

# **Depressão minor e funcionamento intelectual do indivíduo com esquizofrenia, em ambiente ambulatorio**

## *Minor depression and intellectual function of individuals with schizophrenia in ambulatory environment*

Charles Ysaacc da Silva Rodrigues<sup>1</sup>

PSIQUE – ISSN 1647-2284 – N.º 9 – Janeiro-Dezembro 2013 – pp. 57-74

Recebido em 30/12/2012; aceite em 25/7/2013

### **Resumo**

Literatura científica prévia sugere que a depressão minor associada à esquizofrenia pode ter implicações no funcionamento cognitivo. O objectivo deste trabalho foi verificar se existem diferenças significativas na cognição entre doentes esquizofrénicos com e sem depressão minor. A amostra foi composta por 74 indivíduos acompanhados em 4 instituições psiquiátricas de âmbito ambulatorio, 2 públicas e 2 privadas do Distrito de Lisboa. A amostra foi dividida em dois grupos, G1 com 37 participantes (20 homens e 17 mulheres) com idade média de  $M = 42.27$  e o G2, igualmente com 37 participantes, (20 homens e 17 mulheres), com idade média de  $M = 41.39$ . Os participantes foram submetidos a uma avaliação quantitativa efectuada através da aplicação da WAIS III e da Escala de Depressão de Hamilton. Os resultados não apresentaram diferenças significativas entre os índices de QI verbal e de QI de realização, existindo no entanto, dife-

---

<sup>1</sup> Universidade da Extremadura. E-mail: [charles.rodrigues@campus.ul.pt](mailto:charles.rodrigues@campus.ul.pt)

renças estatisticamente significativas na velocidade de processamento, complemento e disposição de gravuras e aritmética, inferiores nos indivíduos com esquizofrenia e depressão menor. Conclui-se que estes resultados apoiam investigações anteriores nas quais indivíduos com esquizofrenia e depressão menor apresentaram maior probabilidade de défices no desempenho cognitivo por comparação a indivíduos com esquizofrenia e sem depressão menor.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia, depressão menor, cognição, mente.

### Abstract

Scientific literature suggests that minor depression associated with schizophrenia may have implications in the cognitive functioning of individuals. The aim of this study was to verify whether there are significant cognitive differences between schizophrenic patients with and without minor depression. The sample consisted on 74 persons followed by four psychiatric institutions in Lisbon District, two publics and two privates institutions. The sample was divided into two groups, G1 with 37 participants (20 males and 17 females) with an average age of  $M = 42.27$  and G2, also with 37 participants (20 male and 17 female), whit an average age of  $M =$  average of 41.39. The participants were underwent on a quantitative assessment based on the application of the WAIS III and the Hamilton Depression Scale. The results showed no significant differences between the two groups in terms of verbal IQ index and achievement IQ index. However, there was a statistically significant difference in the processing speed index, digit symbol coding, symbol search and arithmetic lower in individuals with schizophrenia and minor depression. It is concluded that the study results support the previous research on the assumption that individuals with minor depression and schizophrenia are more likely to suffer from cognitive deficits in performance by comparison to subjects with schizophrenia without minor depression.

**Keywords:** Schizophrenia, depression *minor*, cognition, mind.

A esquizofrenia, de um modo geral, é caracterizada por um quadro clínico de sintomas positivos e negativos, cuja evolução poderá levar o doente a ter uma menor capacidade de adaptabilidade ao meio em cada momento específico da sua vida. Essa adaptação depende da qualidade das suas aprendizagens, as quais poderão estar afectadas por défices na percepção, atenção, linguagem e/ou desorganização do pensamento e do discurso, resultando na incapacidade progressiva do doente poder manter as suas atividades da vida diária (Gejman & Sanders, 2012; Voineskos, Rogasch, Rajji, & Daskalakis, 2013).

Os sintomas positivos sugerem um funcionamento excessivo das funções normais, podendo gerar ideias delirantes, alucinações e desorganização do discurso e do comportamento (APA, 2006; Arendt, Mortensen, Rosenberg, Pedersen, & Waltoft, 2008; Harrington, Siegert, & McClure, 2005; Vancampfort et al., 2012). Os sintomas negativos, por sua vez, sugerem um funcionamento diminuído das funções normais, podendo gerar alterações da intensidade de expressões emocionais, produtividade do pensamento, do discurso e do comportamento dirigido aos objectos (Andrews, Wang, Csernansky, Gado, & Barch, 2006; APA, 2006; Arendt et al., 2008; Lysaker et al., 2011).

Um quadro sintomatológico geral pode provocar no doente uma alteração do conceito de realidade, podendo alterar também a sua forma natural de apreender a informação procedente do meio e, conseqüentemente, a qualidade das suas relações mentais entre experiências e estratégias de adaptação. Em termos práticos, este quadro poderá levar o doente a uma consciência social desajustada, tornando-o incapaz de efectuar processos tão primários como diferenciar os seus objectivos das suas expectativas ou diferenciar as suas vontades dos limites normativos da sociedade onde se insere (Larrinoa et al., 2011; Maldonado, Urizar, García, & Dávila, 2011).

A percepção assume um papel importante nas operações metacognitivas do indivíduo com esquizofrenia, por ser um elemento capaz de desencadear no mesmo a impossibilidade geral de reconhecer ou compreender os seus estados mentais, isto é, a incapacidade de gerar imagens mentais sobre os seus desejos ou intenções, bem como a incapacidade de empatizar com os outros. Este conflito entre a complexidade do comportamento

social e a disputa interna entre desejos e vontades poderá produzir no doente uma grande dor psicológica, capaz de se transformar num estado depressivo persistente (Abdel-Hamid et al., 2009; Bundy, Stahl, & MacCabe, 2011; Dimaggio & Lysaker, 2010; Lysaker et al., 2010).

As percepções sensoriais são processadas por mecanismos internos de cognição gerando consciência perceptiva, que quando alterada no doente pode gerar um discurso do tipo desorganizado e incoerente em relação aos seus estados mentais ou, até mesmo, o não reconhecimento da fonte geradora de pensamentos ou acções. Em relação aos processos cognitivos externos, esta consciência perceptiva pode gerar repulsa social, uma vez que a sua baixa qualidade reflexiva não lhe permite formular ideias sobre o pensamento ou a intenção das pessoas com quem interage (Bora, Yucel, & Pantelis, 2009; Jovanovski, Zakzanis, Atia, Campbell, & Young, 2007; Lysaker, et al., 2010).

O processo aporta uma intensa frustração, uma vez que as limitações intelectuais provocam oscilações na atenção; limitação de habilidades associativas entre acontecimentos; dificuldade em reter informação para utilização imediata; limitação em transformar, armazenar e recuperar informação; limitação em adequar conhecimentos adquiridos em novas situações e limitação na compreensão e entendimento de regras sociais, alterações que são altamente comuns em doentes com esquizofrenia (Gejman & Sanders, 2012; Lysaker et al., 2010).

A consciência perceptiva, além da capacidade de intensificar os estados emocionais, aumentando os afectos negativos, a ansiedade e a possibilidade de sintomatologia depressiva em doentes esquizofrénicos, parece ser também um dos aspectos responsáveis pela incapacidade que estes têm em relacionar experiências passadas a novas situações, com o intuito de gerar estratégias e resolver problemas. Com efeito, constitui-se uma incapacidade que parece ser frequente e proporcional à gravidade da doença (Abdel-Hamid et al., 2009; Kring & Caponigro, 2010; Voineskos et al., 2013).

Uma percepção desadequada pode levar o doente a ter humor deprimido; perda de interesse, prazer e energia reduzida; actividade diminuída e uma maior fatigabilidade, o que segundo a APA (2006), podem caracte-

rizar uma depressão em qualquer um dos seus estados: leve, moderada ou grave. A sua sintomatologia mais variada poderá incluir a dificuldade de concentração, baixa autoestima, ideias de culpa, visões pessimistas do futuro, perturbação do sono ou diminuição do apetite – factores que são fortemente influenciados pelo funcionamento intelectual (Arendt et al., 2008; Conley, Svanum, Zhu, Faries, & Kinon, 2007; Dimaggio & Lysaker, 2010; Maldonado et al., 2011).

A depressão insere-se nas perturbações do humor, conforme a descrição de critérios do DSM-IV (APA, 2006) e como tal necessita de um diagnóstico diferencial. Para este trabalho foi necessário que os doentes tivessem um diagnóstico clínico de depressão *minor* e que estivessem a ser medicadas para tal, uma vez que a não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão em doentes com esquizofrenia pode resultar num aumento dos esquecimentos, de descuidos ou, até mesmo, à interrupção da terapêutica para a esquizofrenia (Gabriel & Violato, 2010).

Embora a depressão nestes doentes possa ser estudada em dois momentos diferentes, ou seja, durante o episódio psicótico ou durante o período de estabilidade, os resultados têm apontado para que os sintomas depressivos sejam mais frequentes durante o episódio psicótico. Neste sentido, e para que os resultados possam ser comparáveis aos resultados de outros trabalhos é necessário que estes doentes estejam medicados para a depressão e para a esquizofrenia (Moore, Viglione, Rosenfarb, Patterson, & Mausbach, 2013; Schennach-Wolff et al., 2011; Sierra-Siegert, 2008).

Os sintomas negativos emergentes no indivíduo com esquizofrenia podem levá-lo a experienciar efeitos emocionais próprios da doença, como por exemplo o episódio de disforia, que facilmente se poderá confundir com sintomatologia depressiva; estados de ansiedade de grande magnitude ou efeitos adversos da terapêutica farmacológica. Este tipo de episódio pode evoluir para um quadro psicótico agudo ou para um quadro depressivo. Assim, torna-se indispensável a diferenciação da condição depressiva de outras condições associadas à psicopatologia, sendo necessário para tal um acompanhamento contínuo do humor do doente e a utilização de escalas e testes psicológicos capazes de mensurar a gravidade da depressão em indivíduos com esquizofrenia (Bayón & Ramírez, 2009;

Gamero, Oñate, & Vucinovich, 2011; Iriarte, Giles, Sandoval, Mendoza, & Avilés, 2013; Perry, Henry, & Grisham, 2011).

A literatura pode levar-nos ao entendimento de dois aspectos: em primeiro lugar, que a boa adaptação destes doentes depende do processo cognitivo e do seu nível de intelectualidade e, em segundo lugar, que o funcionamento mental dos mesmos depende da percepção do meio e do processamento desta informação para realizar estratégias adaptativas. Ambas situações são fortemente influenciadas pelas questões emocionais inerentes à patologia ou a factores externos, como é o caso da influência dos fármacos ou da associação psicopatológica com outras doenças, como pode ser a depressão menor (Bundy et al., 2011; Gejman & Sanders, 2012; Kring & Caponigro, 2010; Moore, Viglione, Rosenfarb, Patterson, & Mauts-bach, 2013; Voineskos et al., 2013).

O presente estudo tem como objectivo verificar se existem diferenças nas capacidades intelectuais em doentes esquizofrénicos com e sem depressão menor, uma vez que tal processo é indispensável para uma boa adaptação do doente ao meio em que se insere. Os trabalhos efectuados até à data, maioritariamente procuram a influência da depressão maior nas capacidades cognitivas dos doentes com esquizofrenia dando pouca importância à condição menor.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram neste estudo 74 indivíduos com diagnóstico clínico de esquizofrenia, dentro dos vários espectros da patologia e conforme o manual de diagnóstico DSM-IV (APA, 2006). Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos, sem outras patologias neurológicas, demências ou histórico de dependência química. Os mesmos constituíram uma amostra de conveniência e os dados foram recolhidos em quatro instituições psiquiátricas de âmbito ambulatório, duas instituições públicas e duas privadas do Distrito de Lisboa.

A amostra foi dividida em dois grupos o mais homoganeamente possível, com 20 indivíduos do sexo masculino e 17 indivíduos do sexo feminino em cada um deles. O grupo com depressão *minor* (G1) foi constituído por um total de 37 participantes, com idade média de  $M = 42.27$ , cujo critério diferencial era o diagnóstico clínico de depressão *minor*, conforme o manual de diagnóstico DSM-IV (APA, 2006). O grupo sem depressão *minor* (G2) constituído também por 37 participantes, com idade média de  $M = 41.39$ , sem qualquer critério diferencial. A maioria dos participantes eram solteiros ou separados 73% (G1 = 35% e G2 = 38%), enquanto os restantes 27% (G1 = 12% e G2 = 15%) eram casados ou viviam com outra pessoa. O nível de escolaridade igual ou inferior ao ensino secundário foi conseguido por 51.3% da amostra (G1 = 26% e G2 = 25.3%), enquanto 24.3% (G1 = 13.2% e G2 = 11.1%) frequentou o ensino superior sem que nenhum deles o tivesse concluído. Dos participantes, apenas 12% estavam a trabalhar (G1 = 9% e G2 = 3%), 65% recebiam pensão social (G1 = 31% e G2 = 34%) e os restantes 23% (G1 = 13% e G2 = 10%) viviam de rendimentos dos familiares. Do ponto de vista residencial, apenas 9.2% dos participantes viviam autonomamente (G1 = 4.2% e G2 = 5%), 54% usufruíam de estruturas de apoio residencial, habitação social (G1 = 26% e G2 = 28%) e 36.8% habitavam conjuntamente com a família de origem (G1 = 16.3 e G2 = 20.5%).

## Material

Para efetuar a avaliação do desempenho cognitivo da amostra utilizamos a Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition (Wechsler, 1997, versão portuguesa de CEGOC-TEA, 2008). A Escala de Inteligência de Wechsler para adultos (WAIS III), 3ª edição, é um instrumento clínico de aplicação individual, com duração aproximada de 90 minutos e que avalia a capacidade intelectual do adolescente e adulto, a partir dos 16 anos de idade. A WAIS III é composta por 14 subtestes e duas dimensões. A dimensão verbal esta dividida em 6 subtestes verbais de aplicação obrigatória mais um subteste de aplicação opcional: informação, semelhanças, aritmética, vocabulário, compreensão, memória de dígitos e sequência de letras e números (suplementar); e a dimensão perceptiva-motora que esta dividida

em subtestes de realização, cinco subtestes de aplicação obrigatória e dois subtestes de aplicação opcional: complemento de gravuras, disposição de gravuras, código, matrizes, composição de objetos (opcional), pesquisa de símbolos (suplementar) e labirintos (Wechsler, 2008).

O desempenho dos subtestes aplicados é apresentado em três medidas, compostas por – QI's verbal, de realização e de escala completa ou total – e quatro de índices factoriais – compreensão verbal, organização perceptiva, memória de trabalho e velocidade de processamento. A WAIS III foi desenvolvida considerando a conceptualização da inteligência como uma entidade agregada e global, que avalia o funcionamento intelectual do indivíduo, ou seja, a capacidade do indivíduo em raciocinar, lidar e operar com propósito, racional e afetivo, com o seu meio ambiente (Wechsler, 2008).

A WAIS III (Wechsler, 1997) foi aferida para a população portuguesa em 2008. A consistência interna foi verificada mediante o coeficiente Alfa de Cronbach, apresentando uma fiabilidade que varia ligeiramente, conforme a idade, entre .72 e .93 para os subtestes e entre .87 e .97 para os índices factoriais. Na população portuguesa, as médias e desvio-padrão estão distribuídos por grupos etários: [30-34]  $35.21 \pm 12.22$ ; [35-44]  $33.79 \pm 13.27$ ; [45-54]  $31.98 \pm 14.17$ ; [55-64]  $31.95 \pm 15.06$  (Wechsler, 2008).

A avaliação do nível de depressão foi efectuada a partir da Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960), versão abreviada de 17 itens, HDRS-17, que designaremos em português como escala de depressão de Hamilton (EDH-17). Esta escala não tem validação para a população portuguesa, assim utilizamos a validação da EDH-17 para a população brasileira, cujos coeficientes de consistência interna, segundo Moreno e Moreno (1998) variam de .83 a .94, sendo que a sua confiabilidade tem sido consistente ao longo dos inúmeros estudos e em geral situa-se acima de .85. Segundo Neto, Júnior e Hubner (2001), esta escala foi construída para ser aplicada em doentes com diagnóstico prévio de depressão, tendo como principal objetivo avaliar quantitativamente o grau da gravidade dos sintomas, bem como avaliar alterações em pacientes deprimidos. A utilização desta escala permite-nos identificar diferentes graus de depressão



existentes no grupo de indivíduos com esquizofrenia e com depressão *minor* (G1).

A versão original da escala detém 21 itens, no entanto utilizamos a versão reduzida onde constam 17, a qual é recomendada pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos para avaliação do grau de depressão e utilizada em quase todo o mundo. As diversas evoluções desta escala têm permitido a sua utilização, tanto em ambiente hospitalar como em ambiente ambulatorio (Neto et al., 2001).

## **Procedimento**

A avaliação da nossa amostra foi organizada em três sessões de 50 minutos para cada indivíduo, nas respectivas instalações de saúde, onde eram clinicamente acompanhados. A primeira sessão serviu para esclarecimentos e preenchimento da História Clínica, onde participaram os membros da amostra, cuidadores e profissionais de saúde. A segunda sessão foi inteiramente dedicada à aplicação da WAIS III e a terceira e última sessão foi utilizada para finalizar a WAIS III e para aplicar a escala de depressão de Hamilton. Foram efectuadas um total de 222 sessões, num período de 8 meses, entre Novembro e Junho do ano 2011. Os participantes do estudo foram informados dos objectivos do estudo, a sua participação foi voluntária e correspondeu aos critérios éticos de confidencialidade, anonimato e aos critérios metodológicos difundidos pela American Psychological Association (APA).

## **Resultados**

Para a análise estatística utilizámos o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 16.0 para Windows Vista; SPSS, Inc., 2008). Os dados inseridos foram recolhidos a partir da possibilidade de avaliar as diferentes habilidades cognitivas de toda a amostra e estas avaliações foram efectuadas segundo as instruções dos manuais de aplicação.

Antes de apresentar os resultados relativos ao desenvolvimento intelectual, apresentaremos os valores referentes ao grau da depressão dos

participantes do grupo de indivíduos com esquizofrenia e com depressão minor (G1), aos quais foi aplicada a Escala de Depressão de Hamilton. O G1 apresentou um valor de  $M = 16.21$  para a depressão ligeira, um valor de  $M = 16.8$  para a depressão moderada e um valor de  $M = 8.10$  para a depressão severa.

Relativamente à frequência das respostas, a mais alta corresponde ao item de *sentimento de culpa* com um valor de  $M = 62.73$  para a sua pontuação máxima, de 4 valores e um valor médio de  $M = 26.8$ , para a pontuação anterior, de 3 valores. Representando, assim, o item de maior frequência negativa. Quanto ao item de *suicídio*, foi o de maior frequência positiva, com um valor de  $M = 47.6$  para a pontuação mínima, de 0 valores e um valor de  $M = 35.3$  para a pontuação seguinte, de 1 valor.

A escala de depressão de Hamilton também foi aplicada ao G2, apenas para confirmar que nenhum dos participantes tivesse depressão em nenhum grau. Os resultados corroboraram a ausência de diagnóstico clínico de depressão para este grupo, uma vez que o valor médio não foi acima dos 2.1, sendo que o valor mínimo teria de ser superior a pelo menos 4.9 valores. Ainda assim, o valor de  $M = 2.1$  poderia ser justificado por influência farmacológica, terapêutica ou por algum sentimento negativo que poderia estar em evidência no momento da testagem.

A comparação do desempenho cognitivo entre os dois grupos foi efectuada a partir da aplicação do teste *t* de Student para amostras independentes, posteriormente à verificação dos pressupostos de normalidade pelo teste de Shapiro-Wilks e de homogeneidade das variâncias, pelo teste de Levene. O teste de Shapiro-Wilks verificou a distribuição normal em todas as variáveis e grupos, enquanto o teste de Levene revelou a homogeneidade da variância em todas as variáveis num total de 1.076 com uma significância de .39 para ( $p < .05$ ), de modo a que os contrastes fossem calculados com variâncias iguais a 48 graus de liberdade.

**Tabela 1.**

Média, desvio padrão e diferenças estatísticas (*t* de Student) obtidos na avaliação intelectual dos participantes com a WAIS III

Dimensões Cognitivas WAIS	G1 (n = 37)		G2 (n = 37)		t	p
	M	DP	M	DP		
Informação	7.45	2.05	8.22	2.31	.91	.746
Semelhanças	8.91	2.96	8.63	3.02	1.69	.341
Aritmética	<b>7.19</b>	<b>2.74</b>	<b>7.36</b>	<b>2.78</b>	<b>1.59</b>	<b>.038</b>
Vocabulário	7.95	3.23	8.15	3.49	.29	.518
Compreensão	7.45	2.41	7.44	2.72	2.06	.568
Memória de dígitos	8.14	3.19	7.85	4.01	.69	.484
Complemento de gravura	<b>6.09</b>	<b>2.15</b>	<b>6.59</b>	<b>1.98</b>	<b>1.83</b>	<b>.035</b>
Disposição de gravura	<b>6.64</b>	<b>7.42</b>	<b>8.37</b>	<b>7.75</b>	<b>1.10</b>	<b>.014</b>
Código	5.68	4.32	8.07	4.02	.73	.521
Matrizes	5.41	2.07	7.78	2.32	1.42	.174
Labirintos	7.45	2.24	8.48	3.36	2.12	.118
QI verbal	86.2	8.36	86.7	8.71	1.52	.311
QI de realização	70.06	7.82	82.8	7.38	2.83	.977
QI total	78.3	7.95	83.6	8.21	1.93	.857
Compreensão verbal	37.62	4.31	36.4	5.23	.56	.888
Organização perceptiva	34.76	5.71	35.68	5.93	.87	.519
Memória de trabalho	31.28	4.61	33.82	5.25	.29	.752
Velocidade de processamento	<b>23.82</b>	<b>3.71</b>	<b>25.96</b>	<b>3.93</b>	<b>1.85</b>	<b>.039</b>

A tabela 1 apresenta as médias, o desvio padrão e a significância estatística das diferenças de médias através do teste *t* de Student obtidos na avaliação intelectual dos participantes. No que diz respeito à escala de QI total e suas escalas compostas, designadamente, QI verbal e QI de realização, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o G1 e o G2.

Numa análise mais detalhada dos resultados obtidos nos subtestes de cada subescala podemos verificar que as diferenças entre o G1 e o G2 se revestem de significado estatístico em 3 dos 15 subtestes, a saber: na subescala verbal, a aritmética, e na subescala de realização, o complemento de gravuras e a disposição de gravuras. Estas subescalas apresentam

diferenças estatisticamente significativas para o G2, sendo os valores médios superiores aos de G1. Comparando os resultados obtidos pelo G1 e pelo G2 nos índices fatoriais, eles são estatisticamente significativos apenas na velocidade de processamento, com uma diferença de valor médio considerável e favorável ao G2 com um resultado médio de 25.96 comparativamente ao valor médio do G1 de 23.82.

## Discussão

Podemos constatar a partir dos resultados da dimensão verbal que a linguagem, em ambos grupos, não apresentou qualquer alteração lexical ou sintática. Alguns autores apontam para este facto como sendo um factor importante, ainda que neste estudo não se tenha revelado significativo nos resultados da WAIS III. No entanto, a dificuldade de comunicação só por si poderá ser um elemento gerador de ansiedade e que, conseqüentemente, poderá evoluir no sentido dos sintomas depressivos (Rodrigues, 2012).

Os resultados apontam para diferenças não significativas entre os grupos de indivíduos com esquizofrenia e com e sem depressão menor, no que se refere ao QI verbal e ao QI de realização e, neste sentido, os nossos resultados estão de acordo com resultados propostos por outros autores que consideram que a inteligência do doente com esquizofrenia não difere de maneira significativa do doente com esquizofrenia e depressão (Green & Nuechterlein, 2004; Ventura, Cienfuegos, Boxer, & Bilder, 2008).

Ainda assim, podemos encontrar na dimensão verbal o teste de aritmética, que apresenta diferenças estatisticamente significativas para o índice de memória de trabalho entre o G1 e o G2. Este poderá ser um indicador das alterações de consciência perceptiva, uma vez que os elementos sensoriais são submetidos ao julgamento mnésico da identidade pessoal, isto é, são associados por um lado às experiências passadas (consciência autobiográfica) e por outro lado aos princípios éticos (crenças e valores). O subteste de aritmética propõe, principalmente aos indivíduos do G1, tarefas de resolução de problemas e atenção. Do ponto de vista psicológico, quando estes processos estão em défice podem ter uma influência negativa para o resultado entre a condição de vida social e a trajetória específica do doente,

uma vez que ambas as condições dependem da percepção do mesmo e, conseqüentemente, do seu estado cognitivo para a adaptação. O processo de evocação mnésico só por si pode também despertar sentimentos a partir de uma imagem mental que proceda do julgamento interno ou privado da informação recebida, esta informação tende a interferir com um projeto de vida previamente delineado ou com uma memória desencadeadora de sentimentos, até porque no âmbito da psicose parece existir uma alteração da personalidade quase total e esta alteração reflete-se, essencialmente, no aumento afectivo do pensamento e na percepção de si e do mundo, um processo com influência mnésica determinante (Andrews et al., 2006; Arendt et al., 2008; Vancampfort et al., 2012).

Do ponto de vista mental, a atenção exerce um papel fundamental para a percepção da informação externa, necessária e indispensável para uma boa representação mental dos acontecimentos. Uma atenção eficiente proporciona uma percepção do meio mais concreto ou mais próximo da realidade, transcrevendo menor subjetividade na consciência perceptiva. Os baixos valores nas subescalas de complemento e disposição de gravuras podem sugerir limitações nestes processos, capazes de alterar ainda mais a realidade do doente, uma vez que esta realidade surge da associação de nova informação com a informação anteriormente guardada, sendo este problema tanto mais evidente quanto maior for o grau de depressão apresentado pelos mesmos (Abdel-Hamid et al., 2009; Voineskos et al., 2013).

As subescalas de complemento e disposição de gravuras são responsáveis pelo índice de velocidade de processamento, sendo que apresentaram por isso valores estatisticamente inferiores para o grupo de indivíduos com esquizofrenia e depressão *minor*. Estes resultados sugerem défices cognitivos ao nível da coordenação visuo-motora, velocidade mental e motora, memória de trabalho visual e percepção visual, dificultando aos doentes com esquizofrenia e depressão *minor* a seleção de estímulos relevantes, tornando-os assim, mais distraídos e com menor percepção do seu ambiente (Dimaggio & Lysaker, 2010).

As alterações nestas subescalas podem ser explicativas de uma alteração do pensamento mais específico nos doentes com esquizofrenia e depressão *minor*, reforçado pela sintomatologia depressiva. Este factor

poderá ser também explicativo do aumento de desorganização pessoal de valores e projetos de vida em determinado momento, levando o doente a um intenso sofrimento gerador de pensamentos negativos e, conseqüentemente, ao desequilíbrio psíquico e emocional (Gamero et al., 2011; Iriarte et al., 2013; Voineskos et al., 2013).

Ainda na dimensão perceptiva-motora ou de realização, salientam-se as subescalas do índice de organização perceptiva, que ainda que não apresentem significância estatística apresentaram valores bastante baixos em ambos grupos. No conjunto desta dimensão o doente com esquizofrenia e depressão minor poderá estar prejudicado quanto à sua adaptabilidade, uma vez que este processo tende a mediar o julgamento daquilo que o indivíduo pensa realmente sobre a situação e as imposições culturais que o meio social coloca, garantindo as suas necessidades biológicas primárias, como seja o seu estado homeostático (Lysaker et al., 2011).

Assim, da comparação entre a avaliação efectuada neste trabalho e a integração teórica, cabe referir que a alteração perceptiva, os défices de atenção, de coordenação visuo-motora, de velocidade mental e motora, de memória de trabalho visual e de percepção visual, do doente com esquizofrenia poderá diminuir o seu desempenho cognitivo, sendo que esta constatação parece ser mais evidente quando associada a sintomas depressivos.

## **Conclusão**

A partir da discussão podemos concluir que os doentes com esquizofrenia apresentam no geral um índice de compreensão verbal baixo, mas não significativo, sendo que são capazes de lidar com as convenções sociais, regras e expressões abstractas. O mesmo acontece para toda a dimensão verbal, exceptuando as alterações significativas do índice da memória de trabalho, que implicam um menor controlo mental, maiores dificuldades na concentração e na atenção, principalmente nos doentes com esquizofrenia e depressão minor.

Do ponto de vista da dimensão de realização podemos concluir que, no geral, o índice de organização perceptiva não apresenta valores signifi-

cativos em nenhum dos grupos, no entanto, o mesmo não acontece com a velocidade de processamento, sendo estatisticamente significativa e capaz de promover défices cognitivos nas estruturas da percepção, dificultando assim, o controlo mental dos doentes com esquizofrenia, principalmente quando estes apresentam depressão *minor*.

Finalmente, parece-nos elementar afirmar que o processo de equilíbrio do indivíduo com esquizofrenia passa pela antecipação e acompanhamento nos períodos depressivos, evitando uma maior atitude negativa. Estes doentes, pelo tipo de patologia que apresentam são já penalizados com ideias de tristeza, que se ampliam muitas vezes pelos efeitos indesejados dos fármacos, pelo entorno familiar, social, económico e cultural, o que os torna mais suscetíveis à depressão.

Entendemos que as limitações deste trabalho devem-se principalmente à dimensão e caracterização da amostra. Por motivos de confidencialidade de algumas das instituições participantes, não foi possível ter acesso aos relatórios clínicos completos da amostra em geral, impossibilitando o levantamento da terapêutica farmacológica e do tipo de esquizofrenia dos doentes. Além destas limitações, sugerimos que em trabalhos futuros se apliquem entrevistas aos familiares para uma recolha de dados mais específica sobre a depressão.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2006). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, D.C.: APA.
- Abdel-Hamid, M., Lehmkamper, C., Sonntag, C., Juckel, G., Daum, I., & Brune, M. (2009). Theory of mind in schizophrenia: The role of clinical symptomatology and neurocognition in understanding other people's thoughts and intentions. *Psychiatry Research*, 30(1), 19–26.
- Andrews, J., Wang, L., Csernansky, J. G., Gado, M. H., & Barch, D. M. (2006). Abnormalities of thalamic activation and cognition in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 163, 463-469.

- Arendt, M., Mortensen, P. B., Rosenberg, R., Pedersen, C. B., & Waltoft, B. L. (2008). Familial predisposition for psychiatric disorder: Comparison of subjects treated for cannabis-induced psychosis and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 65, 1269-1274.
- Bayón, D. N., & Ramírez, O. C. (2009). Relación entre síntomas psicóticos, estados emocionales negativos y años de evolución en personas con esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 20(2), 197-204.
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta- analysis. *Schizophrenia Research*, 109(1), 1-9.
- Bundy, H., Stahl, D., & MacCabe, J. H. (2011). A systematic review and meta-analysis of the fertility of patients with schizophrenia and their unaffected relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(2), 98-106.
- Conley, R. R., Svanum, H. A., Zhu, B., Faries, D. E., & Kinon, B. J. (2007). The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90(1), 186-197.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment*. London, England: Routledge.
- Gabriel A., & Violato, C. (2010). Knowledge of and attitudes towards depression and adherence to treatment: The Antidepressant Adherence Scale (AAS). *Journal of Affective Disorders*, 124(3), 241-249.
- Gamero, R. R., Oñate, S. P., & Vucinovich, N. (2011). Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37(1), 65-75.
- Gejman, P. V., & Sanders, A. R. (2012). La etiología de la Esquizofrenia. *Medicina Buenos Aires*, 72, 227-234.
- Green, M. F., & Nuechterlein, K. H. (2004). The MATRICS initiative: Developing a consensus cognitive battery for clinical trials. *Schizophrenia Research*, 72(2), 1-3.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Harrington, L., Siegert, R. J., & McClure, J. (2005). Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10, 249-286.



- Iriarte, A. M., Giles, O. A., Sandoval, M. E., Mendoza, R. D., & Avilés, A. G. P. (2013). Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 18(1), 13-18.
- Jovanovski, D., Zakzanis, K. K., Atia, M., Campbell, Z., & Young, D. A. (2007). A comparison between a researcherrated and a self-report method of insight assessment in chronic schizophrenia revisited. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2), 165-169.
- Kring, A. M., & Caponigro, J. M. (2010). Emotion in schizophrenia: Where feeling meets thinking. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 255-259.
- Larrinoa, P. F., Rodríguez, M. S., Marqués, O. N., Zabaleta, C. M., Eizaguirre, S. J., & Marroquín, G. I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23, 388-393.
- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Daroyanni, P., Buck, K. D., LaRocco, V. A., Carcione, A., & Nicolò, G. (2010). Assessing metacognition in schizophrenia with the Metacognition Assessment Scale: Associations with the Social Cognition and Object Relations Scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 303-315.
- Lysaker, P. H., Erickson, M., Ringer, J., Buck, K. D., Semerari, A., Carcione, A., & Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: The relationship of mastery to coping, insight, self-esteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 412-424.
- Maldonado, J. G., Urizar, A. C., García, M. F., & Dávila, P. F. (2011). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24, 255-262.
- Moore, R. C., Viglione, D. J., Rosenfarb, I. S., Patterson, T. L., & Mausbach, B. T. (2013). Rorschach measures of cognition relate to everyday and social functioning in schizophrenia. *Psychological Assessment*, 25, 253-263.
- Moreno, R. & Moreno, D. (1998). Escalas de depressão de Montgomery e Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 262-72.

- Neto, J., G., Júnior, M. S. C., & Hubner, C. K. (2001). Escala de depressão de Hamilton (HAM-D): Revisão dos 40 anos de sua utilização. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 3(1), 10-14.
- Perry, Y., Henry, J. D., & Grisham, J. R. (2011). The habitual use of emotion regulation strategies in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 217-222.
- Rodrigues, C. (2012). A importância do psicólogo na mediação do stress da comunicação “médico/utente” nas consultas externas de Neurocirurgia do Hospital dos Capuchos. *Revista Psique*, 8, 189-199.
- Schennach-Wolff, R., Obermeier, M., Seemüller, F., Jäger, M., Messer, T., Laux, G., ... Riedel, M. (2011). Evaluating depressive symptoms and their impact on outcome in schizophrenia applying the Calgary Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 228-238.
- Sierra-Siegert, M. (2008) La despersonalización: Aspectos clínicos y neurobiológicos. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 37(1), 40-55.
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Scheewe, T., Remans, S., & Hert, M. (2012). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 125, 352-362.
- Ventura, J., Cienfuegos, A., Boxer, O., & Bilder, R. (2008). Clinical global impression of cognition in schizophrenia (CGI-Cogs): Reliability and validity of a co-primary measure of cognition. *Schizophrenia Research*, 106(1), 59-69.
- Voineskos, D., Rogasch, N. C., Rajji, T. K., Fitzgerald, P. B., & Daskalakis, Z. J. (2013). A Review of Evidence Linking Disrupted Neural Plasticity to Schizophrenia. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58(2), 86-92.
- Wechsler, D. (1997). *Escala de inteligência de Wechsler para adultos – 3ª Edição: Instruções para a administração e cotação*. (trad. e adapt. Portuguesa CEGOC-TEA, 2006). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência de Wechsler para adultos – III*. Lisboa: Cegoc.