

ANAIS

EICTI 2017

6° Encontro de
Iniciação Científica

2° Encontro de Iniciação
ao Desenvolvimento
Tecnológico e Inovação

4 a 6 de outubro de 2017

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)
Av. Tarquínio Joslin dos Santos, nº 1000
Foz do Iguaçu, Paraná – Brasil



Realização:



Apoio:



ANÁLISE DA DISFUNÇÃO COGNITIVA EM PACIENTES DEPRESSIVOS UNIPOLARES E BIPOLARES

GHELLERE, Gabriela

Estudante do Curso de Medicina, bolsista IC-UNILA – ILACVN – UNILA;

E-mail: gabriela.ghellere@aluno.unila.edu.br;

ZAZULA, Robson

Docente do curso de Medicina – ILACVN – UNILA.

E-mail: robson.zazula@unila.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

Déficits cognitivos em pacientes psiquiátricos tem sido muito estudado nos últimos anos. Uma das principais populações de estudo são os pacientes com transtornos de humor, devido à elevada prevalência e à grande perda observada em alguns ao longo do estadiamento da doença. Por esta razão, o objetivo do presente estudo foi avaliar, por meio da aplicação de alguns instrumentos de avaliação cognitiva de fácil aplicação, se há ou não perdas ou déficits cognitivos entre pacientes com transtorno depressivo maior e transtorno afetivo bipolar.

2 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo não intervencionista e observacional de adultos, com idade entre 18 e 65 anos, com o objetivo de examinar resultados clínicos e funcionais.

Os critérios de exclusão para os pacientes foram: a (hipo) fase maníaca ou misto estado maníaco-depressivo, decorrente de transtornos por uso de substâncias ou psico-orgânico, etc. Os critérios de exclusão para os pacientes e os controles foram: a) doenças médicas, desordens neurodegenerativas, demência, doença de Huntington, Parkinson e acidente vascular cerebral; b) terapias com drogas imunomoduladoras, incluindo glicocorticóides. Os controles foram selecionados por meio de uma entrevista estruturada e serão excluídos para qualquer diagnóstico do eixo I do DSM-IV / V.

Após a triagem inicial, todos os participantes deram seu consentimento informado para participar do estudo, assinando ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Buscando atender a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (1996), este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa para análise e parecer quanto

ao desenvolvimento da pesquisa. Todos os participantes receberam previamente todas as informações pertinentes à pesquisa, o sigilo dos dados, a possibilidade de retirar o consentimento na participação a qualquer momento, sem sofrer nenhuma censura. Nessa ocasião também foram sanadas todas suas dúvidas e, após concordar em participar do estudo deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias e receber uma cópia do mesmo.

Os participantes responderam a um questionário constando os seguintes dados: informações sócio-demográficas, história de hospitalizações, tempo de doença, história pregressa de doenças, tratamentos efetuados anteriores, além de história de outras comorbidades médicas e psiquiátricas. A avaliação cognitiva foi realizada por meio da aplicação dos seguintes testes:

- (a) Teste do Relógio, que consistia em solicitar à pessoa que desenhasse um mostrador de relógio com números e que, em seguida, fossem acrescentados os ponteiros do relógio para duas horas e quarenta e cinco minutos. O objetivo desse teste foi avaliar a perda cognitiva das habilidades não verbais;
- (b) Teste de Fluência Verbal, por meio da solicitação à pessoa para que ela dissesse o maior número de animais e maior número de palavras com a letra P em um minuto. O objetivo foi avaliar a fluência e o raciocínio verbal dos participantes, em contraposição ao teste anterior, que avaliou funções não verbais.

Após a aplicação dos testes, estes foram corrigidos e analisados de modo quanti-qualitativo, conforme os parâmetros de cada um deles. Posteriormente, realizou-se a análise crítica dos resultados, comparando com a literatura pertinente.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O transtorno afetivo bipolar e o transtorno depressivo maior são condições crônicas, com elevadas taxas de recorrência e incapacitação (JUDD *et al.*, 1996). O transtorno afetivo do humor bipolar se caracteriza por flutuações no estado do humor e de energia do indivíduo, afetando aproximadamente 1% da população mundial, independentemente da nacionalidade, origem étnica, condições socioeconômica ou gênero (GRANDE *et al.*, 2016). O transtorno depressivo maior se caracteriza por mudanças significativas no humor, tais como tristeza ou irritabilidade, acompanhadas por mudanças psicológicas. O transtorno depressivo maior afeta aproximadamente 12% dos homens e 20% das mulheres nos Estados Unidos (BELMAKER; AGAM, 2008).

O transtorno afetivo bipolar e o transtorno depressivo maior estão entre as principais condições de saúde que afetam diretamente a adaptação e a funcionalidade dos indivíduos para a realização de tarefas cotidianas, especialmente na população em idade economicamente ativa (GRANDE *et al.*, 2016; KESSLER *et al.*, 2009; MURRAY; LOPEZ, 1997 OMS (2004). Pacientes com estes dois transtornos apresentam co-morbidade com diversas doenças crônicas, tais como doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, dislipidemia e resistência à insulina, bem como condições psiquiátricas (KUPFER, 2005; MURPHY *et al.*, 1987).

Além do comprometimento da funcionalidade e da co-morbidade com outras doenças, estudos indicam que indivíduos com transtorno afetivo do bipolar e transtorno depressivo maior apresentam maiores taxas de disfunção cognitiva quando comparados com indivíduos sem transtornos do humor ou transtornos psiquiátricos (BARBOSA *et al.*, 2012; BURDICK *et al.*, 2006; IVERSON *et al.*, 2011; REICHENBERG *et al.*, 2009; SZMULEWICZ *et al.*, 2015). Estudos neuropsicológicos sustentam a hipótese de que a disfunção cognitiva persiste durante as fases agudas, bem como nos períodos de remissão ou fases eutímicas do transtorno afetivo do humor bipolar (BOURNE *et al.*, 2013; MARTÍNEZ-ARÁN *et al.*, 2004) e do transtorno depressivo maior (MARAZZITI *et al.*, 2010), independentemente do tratamento medicamentoso realizado (BOURNE *et al.*, 2013). Sintomas residuais das mudanças do humor nos dois transtornos afetam as funções cognitivas e estão intimamente relacionados com a duração dos sintomas e o número de hospitalizações (SZMULEWICZ *et al.*, 2015; THOMPSON *et al.*, 2005).

Estudos apontam que entre 30% e 62% dos pacientes com transtorno afetivo bipolar apresentam déficits cognitivos (BOURNE *et al.*, 2013; IVERSON *et al.*, 2011; REICHENBERG *et al.*, 2009; SZMULEWICZ *et al.*, 2015). Dentre os domínios cognitivos com maior prejuízo, destacam-se: funções executivas (BARBOSA *et al.*, 2012), aprendizagem e memória verbal, memória de trabalho e atenção sustentada (ARTS *et al.*, 2008; BARBOSA *et al.*, 2012; BORA *et al.*, 2009; BURDICK *et al.*, 2006). Os déficits cognitivos relacionados ao transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo maior comprometem a realização de atividades regulares e funcionalidade cotidiana (BAŞ *et al.*, 2015).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra de pacientes foi pequena e, por esta razão, não é possível realizar generalização dos resultados. De acordo com a literatura, pacientes com transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo maior apresentam maior perda cognitiva quando comparado com participantes controle. Em cada um dos transtornos a perda se concentra em algumas áreas/ funções cognitivas, a saber: Transtorno Afetivo Bipolar se concentra no controle executivo, aprendizagem verbal, memória visual e atenção, bem como na funcionalidade para atividades cotidianas, enquanto para o Transtorno Depressivo Maior se concentra nas funções executivas, memória e atenção.

5 CONCLUSÕES

Por meio dos resultados foi possível constatar que pacientes com transtorno depressivo maior e transtorno afetivo bipolar apresentam perdas cognitivas, quando comparado a pessoas sem transtornos de humor. Isto ficou evidenciado tanto nos testes verbais, quanto nos testes não verbais. Os resultados corroboram a literatura revisada e estudada. No entanto, conforme apontado pela literatura, uma maior quantidade de estudos se faz necessária, devido às dificuldades em se realizar com precisão avaliações cognitivas com esta população, bem como as variações encontradas nessa população.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Alington: American Psychiatric Publishing; 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th ed. Alington: American Psychiatric Publishing; 2013.

BOURNE, C., AYDEMIR, E. O., BALANZÁ-MARTÍNEZ, V., BORA, E., BRISSOS, S., CAVANAGH, J. *et al.* Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: an individual patient data meta-analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 128, p. 149-162, 2013.

COLOM, F.; VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: O papel da psicoeducação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 47-50, 2004.

HARVEY, P. D. et al. Cognition and disability in bipolar disorder: lessons from schizophrenia research. **Bipolar disorders**, v. 12, n. 4, p. 364-375, 2010.