



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E CONFIABILIDADE DE UMA ESCALA DE  
TRANSTORNOS DE HUMOR EM UMA AMOSTRA CLÍNICA E NÃO CLÍNICA  
EM MOÇAMBIQUE**

**ADELINO DOMINGOS ONOFRE**

Orientador: Prof. Dr: Roberto Moraes Cruz

Coorientadora: Profr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rachel Schlindwein-Zanini

**Florianópolis, SC**

**2022**

Adelino Domingos Onofre

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E CONFIABILIDADE DE UMA ESCALA DE  
TRANSTORNOS DE HUMOR EM UMA AMOSTRA CLÍNICA E NÃO CLÍNICA  
EM MOÇAMBIQUE**

Tese elaborado junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Área 3 (Saúde e Desenvolvimento Psicológico), Linha 3: Avaliação em saúde, desenvolvimento e processos psicológicos básicos, apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz  
Coorientadora Profr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rachel Schlindwein-Zanini

Florianópolis, SC

2022

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.**

Onofre, Adelino Domingos  
EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E CONFIABILIDADE DE UMA ESCALA  
DE TRANSTORNOS DE HUMOR EM UMA AMOSTRA CLÍNICA E NÃO  
CLÍNICA EM MOÇAMBIQUE / Adelino Domingos Onofre ;  
orientadora, Prof. Dr: Roberto Moraes Cruz, coorientadora,  
Profra. Dra. Rachel Schlindwein, 2022.  
124 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Alterações neuropsicológicas. 3.  
Transtornos de humor. 4. Construção de uma escala de  
transtornos de humor. 5. Evidências de validade de  
conteúdo de uma escala de transtornos de humor. I. Cruz,  
Prof. Dr: Roberto Moraes. II. Schlindwein, Profra. Dra.  
Rachel. III. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

**Adelino Domingos Onofre**

**EVIDENCIA DE VALIDADE E CONFIABILIDADE DE UMA ESCALA DE  
TRANSTORNOS DE HUMOR DE UMA AMOSTRA CLINICA E NÃO CLINICA  
EM MOÇAMBIQUE**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Adriano Beiras  
Coordenador

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz  
Orientador

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em psicologia obtido pelo Programa de Pós-graduação e Psicologia

## **Agradecimentos**

À DEUS, CAPES, UFSC, MISAU, HCB, Corpo Docente, pela vida e a vitória.

Aos professores Roberto Cruz e Carmem Moré, sem palavras para eles, por terem sido a porta de entrada para os estudos doutorais.

Todos aqueles incansavelmente deram o seu mínimo e máximo “*Kanimambo*”

Minha riqueza Fidel, Eduardo, Fernanda, Elton por terem sabido gerir ausência do pai, em especial a Rabia Raste Sumana no empenho de tarefas “mãe/pai”, sem você nada seria possível, mais uma vez meu muito obrigado, amor.

Quem não escolhe um destino, não chega por nenhum caminho do mundo

Adelino Onofre  
Florianópolis, Setembro de 2022

<b>Lista de Figuras</b>	<b>Pag</b>
Figura 1 – <i>Fluxograma da revisão sistemática</i> .....	28
Figura 2 – <i>Descrição das Etapas de Construção e Busca de Evidências de Validade de Conteúdo, Neuropsic-H</i> .....	73
Figura 3 – <i>Distribuição da idade dos participantes moçambicanos (N=916)</i> .....	82
Figura 4 – <i>Distribuição de normalidade dos escores da escala Neuropsi-H</i> .....	84
Figura 5 – <i>Parallel Analysis Score Plots-H</i> .....	86
Figura 6 – <i>Distribuição dos escores da escala Neuropsi-R entre os participantes (N=916)</i> .....	92

<b>Lista de Tabelas</b>	<b>Pag</b>
Tabela 1 – Características de 42 estudos incluídos na pesquisa.....	29
Tabela 2 – Características de 24 estudos que descrevem Transtornos de humor.....	31
Tabela 3 – Características de 18 estudos que descrevem Alterações neuropsicologicas.....	37
Tabela 4 – Propriedades psicométricas de instrumentos utilizados para avaliar alterações neuropsicológicas e correlatos comportamentais e humorais.....	66
Tabela 5 – <i>Distribuição antes e depois de análise dos itens</i> .....	77
Tabela 6 – <i>Coeficientes de Kappa de Fliess total e por item da escala Neuropsic-H</i> .....	77
Tabela 7 – Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas dos participantes de Moçambique.....	81
Tabela 8 – <i>Distribuição estatística das variáveis clínicas entre os participantes do grupo clínico (N=500)</i> .....	83
Tabela 9 – <i>Distribuição estatísticas das médias dos itens Neuropsic-H</i> .....	85
Tabela 10 – <i>Cargas fatoriais, variância compartilhada e específica para a análise fatorial exploratória com extração para 2 componentes</i> .....	87
Tabela 11 – <i>Teste de qualidade dos ajustes do Neuropsic-H</i> .....	89
Tabela 12 – <i>Coeficientes de precisão da escala Neuropsic-H</i> .....	90
Tabela 13 – <i>Estudo dos parâmetros da Teoria de Resposta ao Item para a Neuropsic-R (N=916)</i> .....	91
Tabela 14 – <i>Coeficientes de precisão da escala Neuropsic-R</i> .....	94
Tabela 15 – <i>Correlação do escore médio geral da Neuropsic-H e da Neuropsic-R e as variáveis sociodemográficas da população (N=916)</i> .....	95
Tabela 16 – <i>Correlação do escore médio geral da Neuropsic-H e da Neuropsic-R e as variáveis clínicas da população (N=500)</i> .....	96



## Lista de Abreviaturas e Siglas

AN	Alterações Neurológicas
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AFE	Análise Fatorial Exploratória
BICAMS	Brief International Cognitive Assessment of Multiple Sclerosis
BPSD	Bipolar Spectrum Disorders
BNB-N	Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Test
CEPSH-UFSC	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGL	Comprometimento Cognitivo Leve
CNBS	Conselho Nacional de Bioética em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DA	Doença de Alzheimer
DP	Doença de Parkinson
DCL	Demência com Corpo Lewy
DCAN	Dispositivo Computarizado na Avaliação Neuropsicológica
DN	Doenças Neuropsicológicas
EM	Esclerose Múltipla
EMPP	Esclerose Múltipla Progressiva Primária
EMRR	Esclerose Múltipla Recorrente-Remitente
FR	Função Receptiva
Fex	Função Executiva
FD	Função Deficitária
FG	Função Cognitiva
FE	Função Executiva
FHPM	Função das Habilidades Perceptivo-Motoras
IAF	Inventário de Avaliação Familiar
TB	Transtornos Bipolares
TBH	Transtornos Bipolares de Humor

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica de Testes
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TRI	Teoria de Resposta ao Item
TH	Transtornos de Humor
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
MSFC	Multiple Sclerosis Functional Composite Measure
NEUROPSIC-R	Inventários de Alterações Neuropsicologicas para Adultos
NEUROPSIC-H	Inventários de Transtornos de Humor para Adultos
PASAT	Paced Auditory Serial Addition Test
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RS	Revisão Sistemática
SDMT	Symbol Digit Modalities Test
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

## Resumo

Rastrear sintomas de humor nos adultos é caminho em psicologia para identificação das incapacidades cognitivas, executivas, afetivas, emocionais e toma das decisões. O objetivo geral deste estudo foi demonstrar evidências de validade e confiabilidade de uma escala de transtornos de humor de uma amostra clínica e não clínica em Moçambique. Para atingir este objetivo foram realizados dois estudos. No primeiro, foi realizada uma revisão sistemática com objetivo de sistematizar conhecimentos e instrumentos sobre o rastreio de transtornos de humor em adultos com alterações neuropsicológicas/neurofuncionais. Com base no método PRISMA foi possível mapear estudos sobre transtornos de humor em adultos com alterações neuropsicológicas/neurofuncionais, no período 2015-2019. Com base nesses resultados foram levantadas as hipóteses e os indicadores relevantes à construção de itens para investigar sintomas de transtornos de humor nessa população. O segundo, teve por objetivo obter evidências de validade e precisão de escala de rastreio de transtornos do humor em adultos com alterações neuropsicológicas, em Moçambique. Foram utilizados: o Inventário de Alterações Neuropsicológicas para Adultos (Neuropsic-R), com evidências de validade e precisão para o Brasil, com base nas pesquisas do Laboratório Fator Humano da Universidade Federal de Santa Catarina (Schlindwein-Zanini & Cruz, 2018) e; o Inventário de Transtornos de Humor para Adultos, denominada por Neuropsic-H, construído especialmente para rastreio de transtornos de humor em adultos moçambicanos. A Neuropsic-H passou pelos processos de validade de conteúdo (semântica e especialistas), validade da estrutura interna e por construto relacionado (como Neuropsic-R), assim como a verificação da precisão da Neuropsic-H. Foi realizado um delineamento psicométrico com base uma amostra de adultos moçambicanos (N=916), dividida em grupo clínico (n=500) e não clínico (n=416). Foi construído o instrumento Neuropsic-H Os resultados demonstram evidências de validade de estrutura interna da Neuropsic-H, com base em análises exploratórias (KMO=0.911 e Bartlett=96119,440; gl=1081, p<0.001) e Teoria de Resposta ao Item As análises correlacionais entre os resultados obtidos pelo Neuropsic-H e Neuropsic-R, revelaram ambas com propriedades psicométricas importantes para avaliar alterações neuropsicológicas/neurofuncionais e sintomas de transtornos de humor relacionadas, em populações atendidas em ambulatórios hospitalares e com queixas ou diagnósticos de quadros clínicos neurofuncionais e cognitivos.

**Palavras-chave:** Transtornos de humor, Testes neuropsicológicos, Psicometria.

## Abstract

Screening mood symptoms in adults is a way in psychology to identify cognitive, executive, affective, emotional, and decision-making disabilities. The overall objective of this study was to demonstrate evidence of validity and reliability of a mood disorders scale from a clinical and non-clinical sample in Mozambique. To achieve this objective, two studies were carried out. In the first, a systematic review was carried out with the aim of systematizing knowledge and instruments on screening for mood disorders in adults with neuropsychological/neurofunctional disorders. Based on the PRISMA method, it was possible to map studies on mood disorders in adults with neuropsychological/neurofunctional disorders, in the period 2015-2019. Based on these results, hypotheses, and indicators relevant to the construction of items to investigate symptoms of mood disorders in this population were raised. The second aimed to obtain evidence of the validity and accuracy of a screening scale for mood disorders in adults with neuropsychological disorders in Mozambique. The following were used: the Inventory of Neuropsychological Disorders for Adults (Neuropsic-R), with evidence of validity and accuracy for Brazil, based on research by the Human Factor Laboratory of the Federal University of Santa Catarina (Schlindwein-Zanini & Cruz, 2018) and; the Inventory of Mood Disorders for Adults, called Neuropsic-H, built especially for screening mood disorders in Mozambican adults. Neuropsic-H went through the processes of content validity (semantics and experts), internal structure and related construct validity (with Neuropsic-R), as well as verification of the accuracy of Neuropsic-H. A psychometric design was carried out based on a sample of Mozambican adults (N=916), divided into clinical (n=500) and non-clinical (n=416) groups. The Neuropsic-H instrument was constructed. The results demonstrate evidence of validity of the internal structure of the Neuropsic-H, based on exploratory analyzes (KMO=0.911 and Bartlett=96119.440;  $gl=1081$ ,  $p<0.001$ ) and Response Theory to Item Correlational. Analyzes between the results obtained by Neuropsic-H and Neuropsic-R revealed both to have important psychometric properties to assess neuropsychological/neurofunctional alterations and symptoms of related mood disorders, in populations assisted in hospital outpatient clinics.

**Keywords:** mood disorders, neuropsychological test, psychometric.

## Resumen

El seguimiento de los síntomas del estado de ánimo en adultos es una forma en psicología para identificar discapacidades cognitivas, ejecutivas, afectivas, emocionales y de toma de decisiones. El objetivo general de este estudio fue demostrar evidencia de validez y confiabilidad de una escala de trastornos del estado de ánimo de una muestra clínica y no clínica en Mozambique. Para lograr este objetivo, se llevaron a cabo dos estudios. En el primero, se realizó una revisión sistemática con el objetivo de sistematizar conocimientos e instrumentos sobre el cribado de trastornos del estado de ánimo en adultos con trastornos neuropsicológicos/neurofuncionales. Con base en el método PRISMA, fue posible mapear estudios sobre trastornos del estado de ánimo en adultos con trastornos neuropsicológicos/neurofuncionales, en el período 2015-2019. Con base en estos resultados, se plantearon hipótesis e indicadores relevantes para la construcción de ítems para investigar síntomas de trastornos del estado de ánimo en esta población. El segundo tuvo como objetivo obtener evidencia de la validez y precisión de una escala de detección de trastornos del estado de ánimo en adultos con trastornos neuropsicológicos en Mozambique. Se utilizaron: el Inventario de Trastornos Neuropsicológicos para Adultos (Neuropsic-R), con evidencia de validez y precisión para Brasil, con base en investigaciones del Laboratorio de Factor Humano de la Universidad Federal de Santa Catarina (Schlindwein-Zanini & Cruz, 2018 ) y ; el Inventario de Trastornos del Estado de Ánimo para Adultos, llamado Neuropsic-H, creado especialmente para detectar trastornos del estado de ánimo en adultos mozambiqueños. Neuropsic-H pasó por los procesos de validez de contenido (semántica y expertos), estructura interna y validez de constructo relacionado (con Neuropsic-R), así como la verificación de la precisión de Neuropsic-H. Se realizó un diseño psicométrico basado en una muestra de adultos mozambiqueños (N=916), divididos en grupos clínicos (n=500) y no clínicos (n=416). Se construyó el instrumento Neuropsic-H. Los resultados demuestran evidencia de validez de la estructura interna del Neuropsic-H, con base en análisis exploratorios ( $KMO=0.911$  y  $Bartlett=96119.440$ ;  $gl=1081$ ,  $p<0.001$ ) y Teoría de Respuesta al Ítem Correlacional los análisis entre los resultados obtenidos por Neuropsic-H y Neuropsic-R revelaron que ambos tienen importantes propiedades psicométricas para evaluar alteraciones neuropsicológicas/neurofuncionales y síntomas de trastornos del estado de ánimo relacionados, en poblaciones atendidas en consultas externas de hospitales.

**Palabras clave:** trastornos del estado de ánimo, test neuropsicológico, psicométrico.

## Sumário

Introdução.....	15
Estudo 1 - Transtornos de humor em pacientes com alterações neuropsicológicas: uma revisão sistemática.....	21
1.1 Introdução.....	21
1.2 Método.....	26
1.3 Resultados e Discussão.....	29
Considerações Finais.....	43
Referências.....	44
Estudo 2 – Construção, evidências de validade de conteúdo de uma escala de rastreio de transtornos do humor em adultos com alterações neuropsicológicas.....	58
2.1 Introdução.....	58
2.2 Método e Resultados.....	71
Etapa 1: Construção e evidências de validade de conteúdo da escala de rastreio de sintomas de transtornos de humor em adultos com alterações neuropsicológicas.....	71
Etapa 2: Evidências de Validade da Estrutura Interna e da Precisão da Neuropsic-H.....	78
Método.....	78
Resultados.....	81
Etapa 3. Evidências de validade baseada em construtos relacionados.....	91
Discussão.....	97
Conclusões.....	102
Recomendações.....	102
Referências.....	103
Apêndices.....	115

## Introdução

Alterações neuropsicológicas podem ser descritas em termos de ampla variedade de características clínicas que incluem sinais e sintomas no processamento cerebral especialmente no domínio cognitivo e nas respostas emocionais, implicando em déficits nas funções executivas e explicando dificuldades na adaptação pessoas à vida diária. Em termos neurofuncionais, alterações neuropsicológicas atingem a qualidade do processamento do sistema nervoso central e periférico, que podem incluir condições clínicas incapacitantes e debilitantes, tais como sintomas paralisia e má coordenação motora, perda de sensibilidade, convulsões, confusão, dor, níveis alterados de consciência e repercussões importantes no comportamento e no humor (Chamberlain & Sahakian, 2006; Purcell, Maruff, Kyrios, & Pantelis, 1997; Rocca & Lafer, 2006;).

Estimativas epidemiológicas sobre prevalência e incidência de distúrbios neurológicos em diferentes grupos de populações são ainda relativamente imprecisos, condições importantes para o planejamento de tratamentos clínicos e farmacológicos, assim como para a avaliação de intervenções preventivas (Chaudhuri, & Zalutsky, 2007).

Estudos clínicos acerca das alterações neuropsicológicas vêm demonstrando suas complicações na saúde física e mental, que podem ser explicadas por disfunção cognitiva, executiva e psicomotora, muitas vezes associadas a alterações de humor, com reflexos importantes no rebaixamento da capacidade afetiva, motivacional e na tomada de decisões (Dumurgier & Tzourio, 2020; Gourie-Devi, 2014). Em função da sua intensidade, duração e severidade, as alterações neuropsicológicas contribuem sensivelmente para perdas funcionais no ciclo sono-vigília, no prazer, na reatividade fisiológica, na linguagem, na aprendizagem e nas habilidades socioemocionais (Dumurgier & Tzourio, 2020; Kingwell, Marriott, Jetté, Pringsheim, Makhani, Morrow...& Dykeman, 2013;).

A presença transtornos de humor em indivíduos com alterações neuropsicológicas provoca funcionamento inadequado em várias funções neurais como: Função Receptiva (FR), Função Expressiva (Fex), Função Deficitária (FD), Função Cognitiva (FG), Função Executiva (FE) e Função das Habilidades Perceptivo-Motoras (FHPM) (Dias *et al.*, 2015; Miyadahira, 2001). A saber:

FR – Corresponde às habilidades para selecionar, armazenar, integrar e adquirir informações através da visão, audição e sinestesia, memória e aprendizagem na organização mental e reorganização da informação;

Fex – A forma em que informação é colocada em ação e utilizada por indivíduo;

FD – Incluem diferentes níveis de comprometimento da memória, atenção e linguagem;

FG – Compreende o funcionamento dos processos cognitivos, linguagem, memória, percepção, pensamento, consciência, orientação e atenção visão multidimensional prejuízos cognitivos variam acordo natureza, extensão e localização da lesão cerebral;

FE – Permite o controle *top-down*, ou seja, pontos extremos comportamento, cognição e emoção. Nesse contexto podemos falar em três tipos de FE básicas: *Inibição* – entende-se capacidade sujeito inibir respostas dominantes quando julgar necessários de forma controlada. *Memória do trabalho* – manutenção, manipulação ativa, atualização de informação. *Flexibilidade cognitiva* – capacidade de mudar foco ou curso de ação e FHPM – é perceber tarefa desde simples até complexa, envolvendo movimentos coordenados e alta precisão (Borges, 2008; Lezak, Howieson, & Loring, 2004; & Miyadahira, 2001).

Alterações de humor significativas, denominadas de perturbações ou transtornos do humor, são caracterizadas nos quadros de transtornos de saúde mental por meio de alterações emocionais ou tristeza excessiva em períodos prolongados (depressão) ou de exaltação excessiva ou de euforia (mania) ou ambos. É importante salientar que sentimento de tristeza e a alegria fazem parte das experiências normais do cotidiano e são diferentes das síndromes depressivas ou de mania, que caracterizam os transtornos do humor. Entretanto, um transtorno do humor é diagnosticado quando a tristeza ou euforia é excessivamente intensa, é acompanhada por determinados sintomas típicos que compromete a capacidade funcional física, social e no trabalho das pessoas.

A depressão e a mania representam os dois polos opostos dos transtornos do humor e têm como seu sintoma central variações negativas ou déficits na expressão da energia vital e do afeto, classificados em quadros clínicos, tais como, o episódio maníaco, o transtorno afetivo bipolar, o episódio depressivo, o transtorno depressivo recorrente e o transtorno afetivo persistente (APA, 2000, 2002; WHO, 1993;). Situações estressantes e comorbidades clínicas importantes contribuem para a acentuação de transtornos de humor.

Os episódios maníacos ocorrem em, pelo menos, em 5% da população, seja mania ou hipomania. A irritabilidade e sintomas depressivos, perante uma hiperatividade e



heterogeneidade de sintomas podem complicar o diagnóstico. Doenças Neurológicas (DN), endócrinas e metabólicas podem causar síndrome maníaca, quadro frequente e incapacitante em que os pacientes procuram serviços de saúde, ou seja, internações devido às mudanças constantes do comportamento (Angst, Gamma, Benazzi, Ajdacic, Eich, & Rössler, 2003; Moreno, Moreno, & Ratzke, 2005). A mania afeta o humor e as funções vegetativas, sono, cognição, psicomotricidade e o nível de energia. O episódio clássico de humor é expansivo ou eufórico, diminuindo sono, aumentando energia, atividades prazerosas e agitação psicomotora.

O indivíduo com transtorno bipolar do Humor (TBH) influencia significativamente o funcionamento familiar. A compreensão sistêmica do funcionamento familiar diz respeito à forma como família convive no ambiente e seus membros sobrevivem em termos biopsicossociais (Berutti, 2015). TBH é doença mental grave, incapacitante com instabilidade severa e cíclica de humor oscilando em dois polos: *depressão* (tristeza profunda, insônia, perda de interesse, lentificação psicomotora, sentimento de culpa e comportamento suicida) e *mania* (alegria, bem-estar exagerado, motivação e aceleração psicomotora) (Goodwin, Hernández, 2019; & Berutti, 2015; Jamison, 2007;).

Taxas de divórcio nesses pacientes são duas a três vezes mais altas comparativamente na população geral, assim como, doenças transmissíveis sexualmente, gestações indesejadas e desemprego (Miasso, 2012 & St. John, 2005). Um estudo demonstrou que 28% dos pacientes com TBH são impossibilitados de trabalhar e estudar, 19% incapazes de viver independente (Tohen, Watemau, & Tsuang, 1990). História de tentativa de suicídio em pacientes com TB vem associada a escores elevados em diferentes domínios do Inventário de Avaliação Familiar (IAF) (Berutti 2015).

A etiopatogenia do TBH é desconhecida, evidências apontam para etiologia multifatorial e existência de inter-relação de fatores genético e ambientais no aparecimento dos sintomas (Berutti, 2015; Bienvenu, Davydow, & Kendler, 2011). Os TB são classificados em dois tipos, nomeadamente transtornos bipolares tipo I (TBI) e tipo II (TMII), tipo I caracterizado por episódios de mania e depressão e tipo II apresenta episódios hipomaníacos e depressão, ambos diferenciados pela severidade dos sintomas maníacos (Bosaipo, 2017; & NIH, 2014). Segundo a OMS (2015), aproximadamente 3% da população mundial, que corresponde a 350 milhões de pessoas, padecem da enfermidade bipolar (NIH, 2014).

A depressão é considerada um transtorno mental frequente com presença de tristeza, perda de interesse, sentimento de culpa, perda de apetite e falta de concentração (Baptista,

2016, & WHO, 2015). Ela é vista como o distúrbio psicológico mais incidente e relacionado a ideação suicida e a ocorrência de sintomas não remete necessariamente ao diagnóstico psiquiátrico, junto com ansiedade, é considerado em 2020 a primeira causa de doença do mundo desenvolvido (Baptista, 2018; de Dios *et al.*, 2017; Wilcox *et al.*, 2010; & Reppold, 2016).

Acerca dos danos funcionais visíveis dos sintomas depressivos, 60% dos casos não são diagnosticados e tratados frequentemente na juventude, levando possibilidades aumentar comorbidade de distúrbios afetivos (Ferrão, 2013; Resende, Santos, Santos, , & Reppold, 2016). O período transcorrido entre incidência das alterações afetivas e para realização de diagnóstico médico é aproximadamente de 10 anos. Nessas populações, são observadas diferenças comportamentais e indicadores de desajustamento (Tijssen *et al.*, 2010). Episódios de depressão têm altas taxas recidivas variando de 50% a 80% num período entre quatro e seis anos. Sintomas que não são específicos entre depressão unipolar e bipolar, clinicamente podem distinguir por perfil dos sintomas, história familiar e curso da doença (Bosaipo, 2017). O transtorno depressivo maior apresenta o retardo motor como característica comum com potencial prognóstico e significância etiopatogenia, conforme DSM-IV, pacientes exibem lentidão motora com gravidade suficiente capaz de ser observada por outros, com comprometimento significativo na escala de velocidade e tempo de reação (Caligiuri & Ellwanger, 2000).

Relatos neuropsicológicos consistentemente referem comprometimento cognitivo em idosos. Estudos da função cognitiva com pacientes jovens demonstraram boa capacidade da memória do curto prazo, de trabalho, capacidade de planejamento, velocidade cognitiva e capacidade reduzida em sustentar respostas motoras, tarefas de alternância de atenção e na mudança de tarefas para outra (Purcell, Maruff, Kyrios, & Pantelis, 1997). O Episódio Depressivo Recorrente, tido como rebaixamento de humor, abatimento psíquico, físico, moral, em que o indivíduo antes com padrão retilíneo ou satisfatório de humor, organísmico, psicológico, social e comportamental sofre um desnível em um desses campos, que pode interferir negativamente nos demais (Martins, 2010).

A prevalência de episódio depressivo recorrente é duas vezes maior no sexo feminino comparativamente ao masculino. A condição socioeconômica é fator causal da depressão nos homens da classe alta ou favorecida e nas mulheres da classe baixa ou desfavorecida (Justo & Calil, 2006). Geralmente a faixa etária de início são os 40 anos de idade, e 50% dos pacientes apresentam o curso de patologia entre 20 a 50 anos (Noble, 2005). A comorbidade difere entre

gêneros, sendo o masculino representado por doenças cardíacas e diabetes, enquanto o feminino é representado por doenças como enxaquecas e disfunção tireoidiana (Justo & Calil, 2006). Fatores genéticos, biológicos e psicossociais contribuem significativamente para surgimento da depressão, destacando relações sociais, familiares e de trabalho no grupo de fatores psicossociais.

### *Perspectiva de investigação e organização dos estudos*

Tendo em vista a prevalência, incidência e propagação de transtornos de humor tanto quanto alterações neuropsicológicas para desequilíbrio mental, emocional com destaque para déficits cognitivo e comprometimento psíquico, surge a necessidade de mapear tipos e formas de suas manifestações e desenhar estratégias para sua mitigação, urge a seguinte questão: Quais os sintomas de transtorno de humor são detectados em pacientes com alterações neuropsicológicas?

Para responder a essa questão geral, esta pesquisa está estruturada em dois estudos relacionados: o primeiro corresponde a uma revisão sistemática da literatura sobre transtornos de humor em pacientes com alterações neuropsicológicas; o segundo sistematiza os procedimentos para construção e validade de conteúdo de uma escala de rastreio de sintomas de transtornos de humor em pacientes com alterações neuropsicológicas.

No período de estudo 2015-2019, em 5 bases pesquisadas, foram identificados estudos relacionados vários estudos sobre transtornos de humor. Entretanto, foi identificada uma carência de instrumentos de rastreio de alterações neuropsicológicas e de humor, no Brasil, com evidências validade e confiabilidade psicométricas, assim como de padronização de normas para uso clínico-profissional. Nessa direção, pesquisas empíricas e psicometricamente consistentes, realizadas em diferentes países, podem ampliar a capacidade identificação de padrões clínicos de identificação de pacientes com prováveis prejuízos de funções cognitivas decorrentes de lesões/disfunções cerebrais associados à sintomas ou quadros de transtornos de humor.

Considerando a importância do uso e validação de medidas psicométricas para o contexto moçambicano, foram utilizados, nesta pesquisa: o Inventário de Alterações Neuropsicológicas para Adultos (NEUROPSIC-R), com evidências de validade e precisão para o Brasil, com base nas pesquisas do Laboratório Fator Humano da Universidade Federal de Santa Catarina (Schlindwein-Zanini & Cruz, 2018) e; o Inventário de Transtornos de Humor para Adultos, denominada por NEUROPSIC-H, construído especialmente para

transtornos de humor em pacientes neuropsicológicos em Moçambique. Nesta pesquisa, ambos os instrumentos foram submetidos aos estudos psicométricos de estrutura interna e de critério, a fim de permitir estudos comparativos interculturais.

Moçambique em particular, poderá ter ganhos importantes na construção e validação desta escala, já que ela vai estar munida de características típicas de população local e no uso de instrumentos baseados em dados oriundos dos seus costumes. De forma específica, esta pesquisa pode contribuir na identificação de transtornos de humor em pacientes com alterações neuropsicológicas e agravos similares, assim como na formação e orientação aos profissionais da área da saúde para o uso de instrumentos com evidências de validade e confiabilidade. O NEUROPSIC-H, particularmente, se constitui no primeiro instrumento a ser validado, com essas características, na população moçambicana.

Os resultados produzidos nesta investigação são pertinentes à Área 3, Saúde e Desenvolvimento Psicológico e Linha 3, Avaliação em Saúde, Desenvolvimento e Processos Psicológicos Básicos, do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), área que congrega estudos sobre avaliação em saúde e desenvolvimento psicológico. Esta pesquisa faz parte de um programa de estudos interculturais do Laboratório Fator Humano (UFSC), sobre construção e busca evidências de validade transcultural de instrumentos de rastreio clínico neuropsicológico e em saúde mental para populações atendidas na atenção básica e secundária.

O *objetivo geral* dessa pesquisa é rastrear sintomas de transtornos do humor em pacientes com alterações neuropsicológicas em Moçambique. Para atingi-lo, foram operacionalizados os seguintes *objetivos específicos*: 1) Caracterizar transtornos do humor em alterações neuropsicológicas, com base em uma revisão de literatura; 2) Obter evidências de validade e de confiabilidade de uma escala de rastreio de transtornos do humor em pacientes moçambicanos com hipótese de alterações neuropsicológicas e de humor.

## **Estudo 1 - Transtornos de humor em pacientes com alterações neuropsicológicas: uma revisão sistemática**

### **1.1 Introdução**

Doenças Neuropsicológicas (DN) são comuns e afetam Funções Cognitivas (FG) prejudicando atenção, velocidade de processamento de informação, fluência verbal e resistência na interferência a estímulos. Os indivíduos com essas características apresentam dificuldades no uso de recursos cognitivos disponíveis, apresentando maior prevalência nos indivíduos com transtornos depressivos e ansiosos (Medrano-Martinez, Ramos-Platon, & Peraita-Adrados, 2018).

Depressão, euforia e irritabilidade são sintomas neuropsiquiátricos comuns na pré-demência em idosos normais, levando o comprometimento leve e caminhando para declínio cognitivo (Ismail *et al.*, 2018). Os melancólicos comparados com não melancólico em tarefas que requerem memória, função executiva, atenção e tempo de reação, melancólicos apresentam maiores deficiências neuropsicológicas. (Bosaipo *et al.*, 2017). Na depressão fatores psicológicos e psiquiátricos, sociais e clínicos são mais associados a tentativas de suicídios (Bortolini, 2016). Fatores externos prevalentes para ideação suicida se encontram abuso de drogas, pressão da faculdade e conflitos familiares; e os internos a saúde mental. (de Oliveira, 2018, & Santa 2016), e fatores socioeconômicos se destacam histórico de saúde mental, complicações obstétricas e rede de apoio familiar. (Kliemann, 2017). Ansiedade é problema de saúde mental com ênfase na terceira idade impactando na qualidade de vida apresenta taxas altas de recaída, com predomínio para episódios mistos entre ansiedade-depressão, juntos quase sempre têm pior prognóstico, comparativamente quando separados (Clemente *et al.*, 2019, & Sami *et al.*, 2015). Gênero feminino, história psiquiátrica passada e causalidade violenta são vistos como fatores associados á ansiedade e depressão. (Gibson *et al.*, 2018)

A relação cognitiva e afetiva negativa de experiência emocional negativa e depressão, está associada a depressão à não aceitação das emoções e intolerância a angústias (Yoon, 2018). Exercícios físicos mostraram melhorias na aptidão cognição como também associação positiva funcional (Brunt, 2019). A Depressão e a doença de Alzheimer são frequentes nos idosos, o déficits cognitivo é a manifestação psicológica marcante nesta fase, com destaque a memória, atenção e função executiva, os distúrbios emocionais e comportamentais como perda de energia, apatia, transtornos de humor e irritabilidade são vistos na fase precoce,

neuropsicologicamente o perfil mnésico os paciente com depressão apresentaram melhoria semântica e memória de desempenho comparativamente os com doença de Alzheimer (Gasser, Salarmin, Júnior *et al.*, 2018; & Zumbach, 2018).

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é considerado um dos problemas mais incapacitantes na área de saúde mental e tem prevalência mundial estimada de 4,3% ao ano e entre 11,1 e 14,6% durante a vida útil (Mocking *et al.*, 2016). Funcionamento neuropsicológico entre TB e TDM analisando a memória verbal, desempenho defeituoso apresenta-se nos pacientes com TB relativamente aos pacientes com TDM (Szmulewicz *et al.*, 2017, Cambridge *et al.*, 2018). A depressão atípica considera dois diagnósticos (transtorno depressivo e bipolar) acompanhado de reatividade de humor, hiperfagia, hipersonia e sensibilidade à rejeição interpessoal, com prevalência de 15 a 29% a depressão atípica, na clínica pode aumentar para 18 a 36% (Łojko & Rybakowski, 2017). Esses transtornos apresentam déficits moderados em vários domínios (Porter *et al.*, 2015). A contribuição do cerebelo para TDM está envolvido nas funções cognitivas e afetivas, sua estrutura apresenta um aumento do lóbulo IX independentemente da doença aguda (Depping *et al.*, 2018).

Os Transtornos Bipolares do Humor (TBH) constam entre as dez primeiras doenças caras e incapacitantes, e seu cuidado requer tratamento psiquiátrico. E esses pacientes mostram insatisfação, impacto psicossocial negativo aumentado, comorbidade física e psicológica, incompreensão nos aspectos socioprofissionais, além de que 30% dos pacientes apresentam comprometimento cognitivo e danos mnésicos na memória de trabalho (Coppola *et al.*, 2018 & Robinson, 2018). A presença de TB representa a existência de diagnóstico neurocognitivo relacionado a déficits cognitivo independentemente da idade, sexo, escolaridade etc. (Tsitsipa & Fountoulakis, 2015).

No TBH, os déficits neuropsicológicos frequentemente são observados na velocidade psicomotora, atenção e memória de trabalho e flexibilidade cognitiva, e em menor frequência no âmbito do domínio de aprendizagem e memória, comutação atencional e fluência verbal (Baune & Malhi, 2015). Déficit cognitivos são ilustrados nos bipolares, principalmente quando um parente do primeiro grau ter a doença, as dificuldades são notáveis na funcionalidade, emocionalidade e impulsividade (Lima, Peckham, & Johnson, 2018). Nos transtornos bipolares, existem limites pouco claros no diagnóstico da depressão unipolar, sugere se que o TBH seja definido com base de sintomas clínicos e etiologia heterogênea, neste momento os marcadores confiáveis são os derivados da psicopatologia e do histórico familiar ou da doença (Hasler & Wolf, 2015). Em diferentes faixas etárias o risco para

desenvolver demência é maior para os bipolares (Strejilevich, Samamé, & Martino, 2015). Pacientes com esse transtorno a neuroprogressão está associada com alterações cerebrais e com resultados desfavoráveis acompanhados com episódio de humor, trauma precoce, comorbilidade psiquiátrica e clínica (Passos *et al.*, 2016)

Os Transtornos obsessivos-compulsivos e sintomas compulsivos são altamente comórbidos com os transtornos bipolares e esquizofrenia, influenciando o seu curso (Sharma & Math, 2019). Os distúrbios de obesidade e do humor são prevalentes e comórbidos, compartilham uma série de fatores clínicos, neurológicos, genéticos e ambientais, também são descritos como convergente e bidireccional (Mansur, Brietzke, & McIntyre, 2015).

Os déficits de funcionamento executivo nos TBH tipos I e II indicam pior desempenho no domínio de inibição, planejamento fluência verbal, memória de trabalho e atenção no TBH tipo I e para tipo II o comprometimento se verifica na fluência verbal, memória do trabalho troca de *set* e atenção (Dickinson, Becerra, & Jacqui, 2017). Estes podem apresentar alterações no conteúdo semântico, associações verbais, prosódias anormais em várias tarefas experimentais (Raucher-Chéné *et al.*, 2017). A neuroprogressão é associada a deficiências cognitivas da atenção, aprendizado verbal e flexibilidade mental, e as deficiências aumentam durante a fase aguda da doença e pioram ao longo de distúrbio bipolar, ou seja, quando a doença avança mais se desliga das funções executivas (Cardoso *et al.*, 2015)

A Anedonia e a desmotivação são preditores substanciais de resultados funcionais ruins em pessoas com esquizofrenia e frequentemente representam uma barreira formidável para retornar ao trabalho ou construir relacionamentos. O Modelo de Experiência Temporal de prazer propõe construções que devem ser consideradas alvos terapêuticos para estes sintomas na esquizofrenia, e. prazer antecipatório, memória, funções executivas, motivação e comportamentos relacionados à atividade (Edwards *et al.*, 2015). A maioria dos antidepressivos demonstrou efeitos benéficos nas medidas de anedonia, bem como em outros sintomas depressivos e psicoterapias psicológicas parece aceitável e segura (Cao *et al.*, 2019, & Stratford *et al.*, 2015). Comparando impulsividade e agressão ficou demonstrado, quando maior for impulso maior será agressão, ou seja, impulsividade é diretamente proporcional com agressividades. (Bresin, 2019 & McHugh *et al.*, 2019)

Acerca das demências, a Doença de Alzheimer (DA) é frequente em idosos, associada a distúrbios emocionais e comportamentais, sendo que os sintomas de perda de energia, apatia, transtornos de humor e irritabilidade podem ser identificados precocemente (Gasser, Salamin, & Zumbach, 2018). Cerca de 50% dos pacientes padecem de depressão e danos graves nas

habilidades executivas, além dos cuidadores que sofrem consequências sociais para família (Lincoln, 2016 & Nair, Martin, Karantzas, 2019).

Sintomas comportamentais vêm associados a declínio cognitivo acelerado, a detenção precoce permite a adaptação de cuidados e intervenção terapêutica (Dekker *et al.*, 2015, & Bernardo, 2018). Afeta gravemente habilidades executivas, sofrem depressão e apatia antes mesmo do comprometimento cognitivo, afetando regiões cerebrais específicas que perturbam equilíbrio normal de neurotransmissão (Cortés, Andrade, & Maccioni, 2018). Conhecido pelo comprometimento cognitivo e pelo comportamento de pessoas maiores de 65 anos, é o distúrbio neurodegenerativo mais prevalente no mundo com tendência de aumentar para 62% até 2030 (Costa *et al.*, 2018). No caso da população negra, esta tem alta prevalência de demência comparativamente a população de cor branca e a avaliação cognitiva deve ter em conta informações sociodemográficas e fatores culturais (D’Orazio, 2017; Gomez, Jaine & Cromarty *et al.*, 2016). O comprometimento da memória episódica não se observa logo no início da doença, afeta geralmente os domínios do comportamento, executivo e função motora (Sitek, Barczak, & Harciarek, 2015). Memória verbal e testes de idioma produziram uma precisão preditiva muito alta. Os testes cognitivos são excelentes para prever indivíduos com DCL se irão progredir para demência (Belleville *et al.*, 2017). BDI-II pode ter aplicabilidade nos idosos saudáveis tanto como de grupos clínicos em diversos contextos (de Lima, 2016). Teste de modalidades de símbolo dígito. (Wojcik *et al.*, 2019).

Distúrbios de humor e alterações comportamentais constituem as primeiras manifestações na meia idade, como ausência de autocontrole e percepção reduzida de assuntos sociais (Dekker *et al.*, 2015, & Desmarais *et al.*, 2018). O estudo da demência requer medidas que detém várias doenças, não apenas funcionamento cognitivo (Harrison *et al.*, 2016). Demência com Corpus Lewy (DCL) declínio cognitivo progressivo, cognição flutuante, alucinações visuais, distúrbio de movimentos oculares e parkinsonismo, que caracteriza esta demência degenerativa como a segunda mais comum (Aoki, *et al.*, 2018).

A Esclerose Múltipla (EM), doença inflamatória progressiva crônica do sistema nervoso, causa incapacidade frequente apresentando cognição social perturbada como empatia, percepção social das emoções faciais, corporais e vocais piorando a decodificação interpessoal e da qualidade de vida (Ayache *et al.*, 2017). Entre 45 e 70% dos pacientes com EM apresentam déficits cognitivos como processamento lento da informação, disfunção da memória e aprendizagem. O humor é visto como sintoma neuropsiquiátrico relevante com efeitos multidimensionais nas atividades de vida diária e na qualidade de vida (Hämäläinen &



Rosti-Otajärvi, 2016). A EM promove o comprometimento cognitivo antes mesmo de aparecimento de sintomas físicos (McNicholas *et al.*, 2018). Tal comprometimento cognitivo é semelhante nos estágios iniciais como os posteriores da doença com impacto funcional e qualidade de vida significativo (Mitolo *et al.*, 2015, & Nunan-Saah *et al.*, 2015). Os pacientes com esclerose múltipla progressiva primária (EMPP) apontam para o comprometimento grave em geral em cada domínio cognitivo comparativamente a pacientes com esclerose múltipla recorrente-remitente (EMRR), as diferenças foram notáveis quanto à memória, em particular a verbal (Johnen *et al.*, 2017).

Frequentemente, indivíduos com EM usam estratégia de enfrentamento emocional e de esQUIVA principalmente no estágio inicial da doença (Kar, Whitehead, & Smith, 2017). Causas não traumáticas de incapacidade física são comuns em adultos, provocando problemas cognitivos e neuropsiquiátricos, que, nem sempre são bem investigados em sua fase inicial, o que pode afetar a adesão ao tratamento e piora nas condições de diagnóstico (Moghadasi *et al.*, 2016). Os testes usados na avaliação dos pacientes enfocam a velocidade de processamento e memória operacional (Arent *et al.*, 2019).

O comprometimento cognitivo e os sintomas neuropsiquiátricos também se manifestam em indivíduos com doença de Parkinson (DP) em todo estágio da doença (Barbosa 2019, & Fields, 2017). Esses apresentam distúrbios degenerativos, com sintomas extrapiramidais, alteração da marcha e alterações neurocomportamentais (Combs *et al.*, 2015). Os déficits cognitivos e sociais ocorrem tardiamente geralmente acompanhados da origem multifatorial (Desmarais *et al.*, 2018). No diagnóstico e tratamento do comprometimento cognitivo deve-se ter em conta as patologias dos processos de atenção, memória, percepção, função executiva e cognição social, podendo ser simultaneamente tratados (Shiraishi, Murakami & Iguchi, 2019), como também resultados dependem da área estimulada e técnica usada para melhorar desempenho nos testes cognitivos (Dinkelbach *et al.*, 2017). A doença de Wilson é caracterizada por apresentar várias sintomatologias psiquiátricas e cognitivas conhecida de "grande disfarce", inclui déficits cognitivos, comprometimento da função executiva, distúrbios de humor ou psicose, ocorrendo em diferentes estágio da doença variando em cada paciente (Zimbrean & Seniow, 2017). O exercício é capaz de afetar positivamente o desempenho cognitivo em pessoas com doença vascular conhecida (Brunt, 2019). Segundo Fernandez, Espere e Faiman (2017), pacientes esquizofrênicos que dirigiam apresentam-se melhor no exame do estado mental que os não motoristas. As taxas de acidente encontradas foram quase idênticas nos grupos de pacientes

com transtornos psicóticos. O objetivo deste estudo mapear a situação real sobre transtornos de humor na atualidade e sistematização do conhecimento existente usando metodologia avaliadas e publicadas.

## 1.2 Método

A Revisão Sistemática (RS) é uma das técnicas robustas para avaliação e síntese da literatura em diversos campos do conhecimento, cuja metodologia foi desenvolvida pela Fundação Cochrane, no Reino Unido, em 1992, com o propósito de disseminar uma referência de revisão da literatura para as pesquisas médicas com base em evidências (Alderson & Higgins, 2004; Zoltowski, Costa, Teixeira, & Koller, 2014; Amaral & Silva, 2011, da Silva & Otta, 2014; Cordeiro, Oliveira, Rentería & Guimarães, 2007; Conforto, Clarke & Horton, 2001). No amplo contexto, a RS é caracterizada como sendo uma estratégia de busca, análise crítica e síntese da literatura de forma organizada, minimizando os vieses, desta forma revisar sistematicamente o problema de pesquisa, de modo reflexivo, não limitando-se a apresentação cronológica ou descritiva de um tema (Fernández-Ríos & Buela-Casal, 2009). Contudo, a RS apresenta um processo formal e controlado com critérios claros de inclusão e exclusão de dados, para explicar aos leitores, os caminhos metodológicos utilizados (Akobeng, 2005).

A RS no campo da psicologia tem particularidades em relação outras áreas de saúde, porque lida diretamente com a subjetividade, em que, tanto os indivíduos participantes da pesquisa, como o entrevistador podem exercer influência na interpretação e mensuração dos fenômenos psicológicos, assim, considerando a psicologia relevante na compreensão dos comportamentos e seus determinantes, bem como interação humana (Cano & Sampaio, 2007).

Realiza-se RS aplicando estratégias científicas, de forma a mapear e sistematizar o conhecimento científico existente, usando possíveis metodologias avaliadas e replicadas, além de possibilitar a diminuição de viés na seleção de artigos (Tranfield, Denyer, & Smart, 2003; & Whitemore, 2001). O método usado nesta revisão foi *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses* - PRISMA (Moher *et al.*, 2009) frequentemente utilizado na literatura científica para revisões sistemáticas e meta análises.

A sequência usada conforme o PRISMA são: Título, Resumo estruturado, Introdução (Justificativa e objetivos), Métodos (critério de elegibilidade, fontes de informação, busca, seleção de estudos, processo de coletas de dados, lista dos dados, síntese dos resultados, análises adicionais), Resultados (seleção dos estudos, características dos estudos), Discussão (sumário de evidências, limitações, conclusões) e o financiamento da pesquisa.

Conforme o exposto, foram contemplados aspectos metodológicos qualitativos utilizados como critérios básicos. 1) artigos com identificação dos procedimentos de amostragem, mesmo que não tenha sido probabilística, 2) artigos que apresentavam informações com consistência interna das medidas utilizadas, e 3) pesquisas cujo dados de prevalência e incidência foram apresentados. A partir disso a questão da pesquisa é:

Quais sintomas de transtornos de humor são detectados nos pacientes com alterações neuropsicológicas?

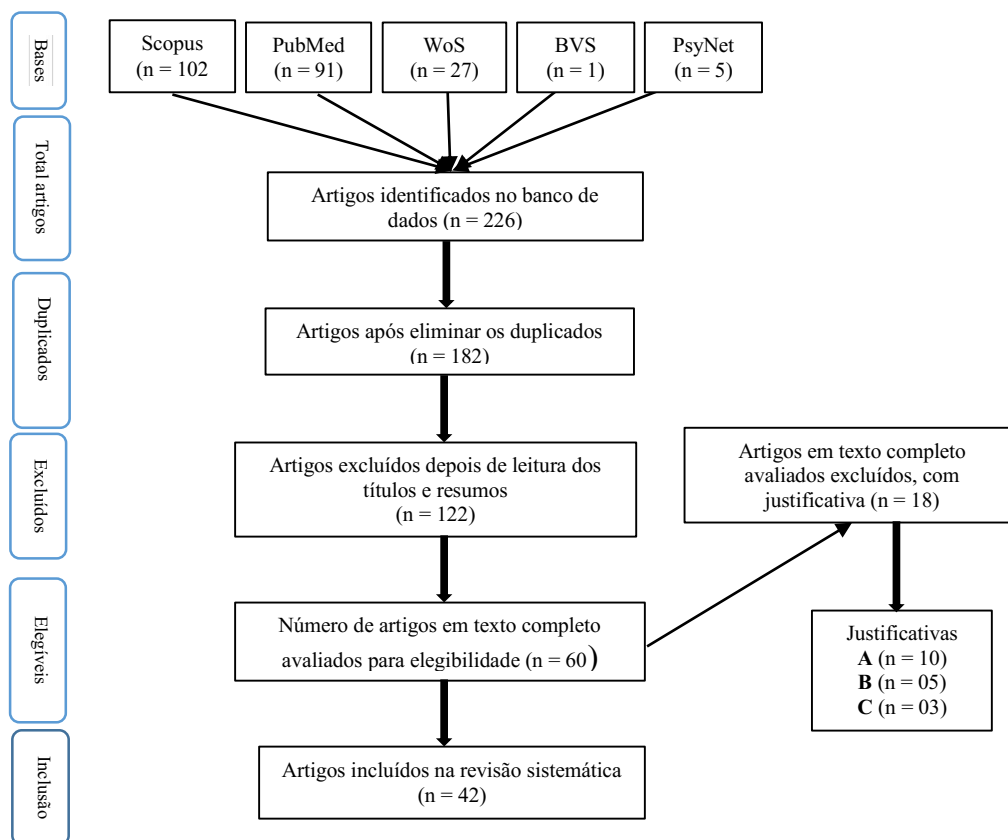
Com base nos estudos quantitativos publicados em inglês, espanhol e português entre 2015 e 2019, a busca foi realizada nas bases de dados de *Scopus*, *PubMed*, *Web of Science*, *Portal BVS* e *PsyNet*. A escolha dessas bases foi selecionada por sua abrangência internacional de publicações em periódicos de alto impacto e, também por contemplar estudos em saúde e em psicologia (Gomes & Oliveira, 2014).

Na busca pela opção abrangente das bases correspondentes a campos de artigos, foram selecionados títulos, resumos e assuntos, palavras chaves para realização da busca foram *mood AND neuropsychological disorder OR neuropsychological disease OR neuropsychological disturb*. A busca foi limitada a artigos empíricos publicados em inglês, espanhol e português, com prioridade a artigos científicos indexados e avaliados por pares, excluindo livros e respectivos capítulos, sendo incluídos artigos, teses e dissertações. O idioma inglês, por ser considerada a linguagem principal das publicações científicas no mundo, português, por se a língua nativa do pesquisador e o espanhol, em função da abrangência da produção científica da América latina, ou seja, países da comunidade de língua espanhola.

Os critérios para inclusão dos artigos foram: a) artigos empíricos e revisões de literatura; b) conter público-alvo composto por pacientes com alterações neuropsicológicas, c) apresentar indicadores de transtornos de humor, independente de demais comorbidades. A busca sistemática foi encerrada no dia 10 de dezembro de 2019. Foram identificados 226 artigos, distribuídos de seguinte forma, com filtro de 5 anos, em três idiomas referidos: *Scopus* = 102, *PubMed* = 91, *Web of Science* = 27, *Portal BVS* = 1, e *PsyNet* = 5.

A figura 1 ilustra o fluxograma da revisão sistemática, seguindo o modelo PRISMA, com 42 artigos incluídos na pesquisa com seguintes dados: objetivo geral do estudo, tema, país, período de publicação, número de participantes, variáveis dependente e independente, métodos (delineamento e tipo de pesquisa), instrumentos, análise estatística, resultados e outros dados epidemiológicos relacionados.

Figura 1. Fluxograma da revisão sistemática



Legenda: **A** = Artigos que não abordam a temática; **B** = os não retratam alterações neuropsicológicas com variável dependente e **C** = aqueles que não apresentaram indicadores de transtornos de humor.

Foram extraídos 226 artigos nas bases de dados selecionadas. Na *PsyNet*, dos 5 estudos encontrados nenhum artigo era referente o tema em estudo, então, a pesquisa seguiu com 221 artigos dentre os quais 39 duplicados excluídos de forma automática. Restaram 182 artigos, cujos títulos e resumos foram lidos para selecionar aqueles que continham critério de inclusão adotados neste estudo. Após as leituras dos títulos e resumos, verificou-se que 122 artigos não tiveram critérios de elegibilidade (a. Artigos que não abordam temática; b. os não retratam alterações neuropsicológicas como variável dependente e c. aqueles que tiveram pouca relação com transtornos de humor). Os 60 restantes foram lidos na íntegra, conforme recomendado na revisão sistemática e, desses, 18 artigos não tiveram elegibilidade, procedimento preconizado no estudo. Portanto, 42 artigos fizeram parte deste estudo.

### 1.3 Resultados e Discussão

Na revisão da literatura, segundo a metodologia usada neste estudo, foram obtidos 226 artigos na primeira busca, compreendido no período de 2015 – 2019. Os idiomas inglês, português e espanhol foram prioritários na busca realizada em 5 bases de dados, distribuídos de seguinte forma: Scopus (n=102), PubMed (n=91), Web of Science (n=27), PsyNet (n=5) e BVS (n=1), dos quais 42 foram incluídos no estudo.

Tabela 1.

*Características de 42 estudos incluídos, considerando autores, continente, país, ano e título.*

<b>Nº</b>	<b>Autores</b>	<b>Continente</b>	<b>País</b>	<b>Ano</b>	<b>Título</b>
1.	Arent et al.	América	Brasil	2019	Avaliação neuropsicológica em adultos com Esclerose Múltipla.
2.	Barboza e Barbosa e Fichman	América	Brasil	2019	How is cognition in subthalamic nucleus deep brain stimulation Parkinson's disease patients?
3.	Baune e Malhi.	Oceania	Austrália	2015	A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general functional outcomes in bipolar disorder.
4.	Belleville et al.	América	Canadá	2017	Neuropsychological measures that predict progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's type dementia in older adults.
5.	Bernardo.	América	Brasil	2018	Older adults with Alzheimer's disease: a systematic review about the Occupational Therapy intervention in changes of performance skills.
6.	Bortolini.	América	Brasil	2016	Fatores associados ao suicídio como violência auto infligida entre idosos.
7.	Bosaipo et al.	América	Brasil	2017	Neuropsychological changes in melancholic and atypical depression.
8.	Bresin	América	EUA	2019	Impulsivity and aggression: A meta-analysis using the UPPS model of impulsivity.
9.	Brunt et al.	Europa	Suíça	2019	The Effectiveness of Exercise on Cognitive Performance in Individuals with Known Vascular Disease: A Systematic Review.
10.	Cambridg et al.	Oceania	Austrália	2018	The clinical relationship between cognitive impairment and psychosocial functioning in major depressive disorder.
11.	Cao et al.	Ásia	China	2019	Pharmacological interventions targeting anhedonia in patients with major depressive disorder: A systematic review.
12.	Cardoso et al.	América	EUA	2015	Neuroprogression and Cognitive Functioning in Bipolar Disorder: A Systematic Review.
13.	Clemente et al.	América	Brasil	2019	Ansiedade no Contexto Esportivo e de Exercício Físico: uma revisão sistemática.
14.	Combs et al.	América	EUA	2015	Cognition and Depression Following Deep Brain Stimulation of the Subthalamic Nucleus and Globus Pallidus Pars Internus in Parkinson's Disease: A Meta-Analysis.

15.	Cromarty et al.	Europa	Inglaterra	2016	Neurophysiological biomarkers for Lewy body dementias.
16.	das Nair, Martin e Lincoln.	Europa	França	2016	Memory rehabilitation for people with multiple sclerosis.
17.	de Lima Argimon. et al	América	Brasil	2016	Aplicabilidade do Inventário de Depressão de Beck-II em idosos: Uma revisão sistemática.
18.	de Oliveira Miranda et al.	América	Brasil	2018	Caracterização da ideação suicida em estudantes universitários.
19.	Dinkelbach et al.	Europa	Alemanha	2017	Non-invasive brain stimulation in Parkinson's disease: exploiting crossroads of cognition and mood.
20.	Dickinson, Becerra e Jacqui	Europa	Irlanda do Norte	2017	Executive functioning deficits among adults with bipolar disorder (types I and II): A systematic review and meta-analysis.
21.	Edwards et al.	Europa	Inglaterra	2015	Investigating the empirical support for therapeutic targets proposed by the temporal experience of pleasure model in schizophrenia: A systematic review.
22.	Fernandes, Esper e Faiman.	América	Brasil	2017	Esquizofrenia e direção veicular: uma revisão sistemática da literatura. Schizophrenia and vehicle driving.
23.	Gibson et al.	Europa	Inglaterra	2018	The association of affective disorders and facial scarring: Systematic review and meta-analysis.
24.	Gomes e Ivo.	América	Brasil	2017	Sistematização da assistência de enfermagem em mulheres com sintomatologia depressiva.
25.	Harrison et al.	Europa	Inglaterra	2016	Outcomes measures in a decade of dementia and mild cognitive impairment trials.
26.	Johnen et al.	América	EUA	2017	Distinct cognitive impairments in different disease courses of multiple sclerosis-A systematic review and meta-analysis.
27.	Júnior et al.	América	Brasil	2018	Hopelessness in the elderly: A systematic review.
28.	Karantzas, Romano e Lee	Oceania	Austrália	2019	Attachment and aged care: a systematic review of current research.
29.	Kar, Whitehead e Smith.	Europa	Inglaterra	2019	Characteristics and correlates of coping with multiple sclerosis: a systematic review.
30.	Kliemann, Böing e Crepaldi.	América	Brasil	2017	Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos.
31.	McHugh et al.	Oceania	Austrália	2019	Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: a systematic review and meta-analysis.
32.	Mitolo et al.	Europa	Inglaterra	2015	Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: A systematic review.
33.	Mondragón, Maurits e De Deyn	Europa	Holanda	2019	Functional neural correlates of anosognosia in mild cognitive impairment and alzheimer's disease: a systematic review.
34.	Newton, Naiberg e Goldstein.	América	Canadá	2015	Oxidative stress and cognition amongst adults without dementia or stroke.

35.	Passos et al.	América	Brasil	2016	Areas of controversy in neuroprogression in bipolar disorder.
36.	Tucker e Bertke.	América	EUA	2019	Assessment of cognitive impairment in HSV-1 positive schizophrenia and bipolar patients.
37.	Sami et al.	Europa	EUA	2015	The natural course of anxiety disorders in the elderly: A systematic review of longitudinal trials.
38.	Santa e Cantilino.	América	Brasil	2016	A Review of Literature on Suicide among Doctors and Medical Students.
39.	Stratford et al.	Europa	Inglaterra	2015	Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders.
40.	Strejilevich, Samamé e Martino.	Europa	Irlanda do Norte	2015	The trajectory of neuropsychological dysfunctions in bipolar disorders: a critical examination of a hypothesis.
41.	Szmulewicz et al.	América	Argentina	2017	Neuropsychological profiles of major depressive disorder and bipolar disorder during euthymia. A systematic literature review of comparative studies.
42.	Wojcik et al.	América	EUA	2019	Computerized neuropsychological assessment devices in multiple sclerosis: A systematic review

Tabela 1 reportou que, dos 42 estudos incluídos na pesquisa, relativamente dos 4 continentes envolvidos “América, Europa, Oceania e Ásia”, América foi a mais representada (n=23; 54,8%) e, entre os países, o Brasil (n=14; 33,33%). Ficou demonstrado uma produção temporal irregular ao longo dos anos, com destaque para 2019 (n=12; 28,6%). Revisão Sistemática foi o tema preferido dos pesquisadores (n=26; 61,9%), Analisados por grupos encontramos 24 artigos que pesquisaram sobre transtornos de humor e 18 alterações neuropsicologicas. A continuação a tabela 2 detalha o grupo TH.

Tabela 2.

*Características de 24 estudos que descrevem à transtornos de humor: autores, tipo de estudo e transtorno de humor, objetivos, amostra, principais resultados.*

Nº	Autores, ano, país	Tipo estudo e Transtorno de humor	Objetivo	Amostra	Principais resultados
1.	Baune e Malhi. (2015) <i>Austrália</i>	Transversal e Longitudinal <i>Transtorno bipolar.</i>	Examinar a literatura sobre relações entre a função cognitiva e a função geral nas fases clínicas do TB.	18 Estudos	Existência de uma relação consistente entre a função social, ocupacional e o desempenho cognitivo, a executiva é afetada por déficits cognitivos nos TB.

2.	Bosaipo et al. (2017) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática	Revisar sistematicamente e analisar criticamente a literatura sobre a função cognitiva em pacientes com depressão melancólica e atípica	17 Estudos	Pacientes melancólicos apresentaram maiores deficiências neuropsicológicas quando comparados (MEL) com os não melancólicos (NMEL) e os não clínicos (NC) em tarefas que requerem memória, função executiva, atenção e tempos de reação.
3.	Bortolini. (2016) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Tentativa de suicídio.</i>	Conhecer as características bibliométricas e identificar os fatores associados ao suicídio entre os idosos	38 Estudos	Os fatores psicológicos e psiquiátricos os mais associados ao suicídio; a depressão é destacada em 26,3%, tentativa de suicídio prévia e transtorno de humor – ambos com 15,8%. Os fatores sociais associados à morte recente de familiares (11,4%), os aspectos financeiros e falta de apoio ambos com 10,5%. Os fatores clínicos, doenças crônicas com 28,9%; dor crônica, 7,8% e o comprometimento funcional, 2,6%.
4.	Bresin (2019) <i>EUA</i>	Meta-análise <i>Impulsividade</i>	Determinar a relação entre as diferentes facetas da impulsividade (ou seja, urgência negativa, urgência positiva, falta de premeditação, falta de perseverança e busca de sensação) e agressão.	93 Estudos	Mostraram correlações significativas e pequenas e médias entre cada faceta da impulsividade e agressão em várias formas diferentes de agressão, com mais impulsividade sendo associada a mais agressão. Urgência negativa, urgência positiva e falta de premeditação teve associações significativamente mais fortes com agressão.
5.	Cambridge et al. (2018) <i>Austrália</i>	Revisão sistemática <i>Transtorno depressão maior</i>	Revisar sistematicamente a literatura sobre a relação entre deficiências cognitivas específicas e funcionamento psicossocial no TDM	28 Estudos	Déficits cognitivos nos domínios do funcionamento executivo, atenção, memória e cognição global estão associados à disfunção psicossocial em domínios como qualidade de vida e funcionamento social, ocupacional e global. Idade mais avançada e maior gravidade dos sintomas de TDM parecem aumentar a relação cognição-disfunção psicossocial.
6.	Cao et al (2019) <i>China</i>	Revisão sistemática <i>Anedonia</i>	Avaliar a eficácia terapêutica dos tratamentos farmacológicos nas medidas de anedonia em adultos com TDM	17 Estudos	Com base nas evidências disponíveis, a maioria dos antidepressivos demonstrou efeitos benéficos nas medidas de anedonia, bem como em outros sintomas depressivos. Apenas o tratamento combinado de escitalopram / riluzol foi ineficaz no tratamento dos sintomas de anedonia em TDM.
7.	Cardoso et al. (2015) <i>EUA</i>	Transversal e Longitudinal <i>Transtorno bipolar.</i>	Examinar a literatura em relação aos potenciais mecanismos que explicam o declínio cognitivo nos TB.	39 Estudos	O declínio cognitivo está relacionado com número de episódios de hospitalização e curso da doença.
8.	Clemente et al. (2019) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Transtorno de ansiedade.</i>	Verificar estudos no período de 2006-2016, que discutissem formas de avaliação e intervenção sobre a ansiedade em atletas e praticantes de exercício físico	39 Estudos	Os resultados do presente estudo são de fundamental importância por poderem proporcionar novos parâmetros sobre os fatores individuais intervenientes na percepção da ansiedade em atletas de diferentes modalidades esportivas e suas relações com os diferentes tipos de ansiedade ao longo de uma competição.
9.	de Lima Argimon. et al. (2016) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Transtorno depressivo.</i>	Caracterizar as amostras de idosos, se clínicas ou não, a finalidade do uso instrumento, bem como os locais de	8 Estudos	Verificou-se que a aplicabilidade do BDI-II ocorre tanto com idosos saudáveis quanto idosos de grupos clínicos, em diversos contextos. Para grupo clínico BDI-II usou-se para idosos com depressão, doença de Parkinson, Alzheimer, declínio cognitivo leve, distúrbio de sono e Esclerose Múltipla



recrutamento dos participantes.

10.	de Oliveira Miranda et al. (2018) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Tentativa de Suicídio.</i>	Entender e pontuar a prevalência do comportamento de ideação suicida em jovens universitários.	8 Estudos	Analisou-se a presença de fatores externos associados às causas prevalentes para a ideia de suicídio, estando dentre eles: o abuso de drogas lícitas e ilícitas; pressão da faculdade e conflitos familiares; e, por fim, fatores internos como saúde mental debilitada e depressão.
11.	Dickinson, Becerra e Jacqui. (2017) <i>Irlanda do Norte</i>	Revisão sistemática e Meta-Análise <i>Transtorno bipolar I e II.</i>	Avaliar se existem déficits na função executiva em adultos com TB e se diferem de acordo com subtipo de TB.	36 Estudos	Os TBI tiveram pior desempenho nas habilidades sociais em todos os domínios. Os TBII podem experimentar algumas funções executivas maiores.
12.	Edwards et al (2015). <i>Inglaterra</i>	Revisão sistemática <i>Anedonia</i>	Revisar sistematicamente as evidências empíricas para cada componente do modelo experiência temporal de prazer TEP e propor alvos terapêuticos baseados em evidências para anedonia e a motivação na esquizofrenia.	85 Estudos	As funções executivas, a memória emocional e tradução de motivação em ações são destacados como principais déficits com destaque em pessoas esquizofrênicas.
13.	Gibson et al (2018) <i>Inglaterra</i>	Revisão sistemática PRISMA <i>Afetividade</i>	Avaliar a prevalência e os fatores de risco associados aos transtornos afetivos em pacientes adultos com cicatrizes faciais	21 Estudos	Usando um modelo de efeitos aleatórios, a prevalência combinada ponderada de ansiedade foi de 26,1% (IC 95% 17,9% - 36,3%) e a prevalência combinada ponderada de depressão foi 21,4% (IC 95% 15,4% -29,0%). Estudos identificaram gênero feminino, história psiquiátrica passada e causalidade violenta como fatores associados à ansiedade e depressão.
14.	Gomes e Ivo. (2017) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Transtorno depressão.</i>	Averiguar a sistematização da assistência do enfermeiro em mulheres com sintomas depressivos	13 Estudos	As assistências de enfermagem aplicadas em mulheres com depressão encontradas nesta revisão foram: escuta qualificada, musicoterapia, terapia cognitiva comportamental, biodança e auxílio na terapia medicamentoso.
15.	Júnior et al., (2018) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Desesperança</i>	Analisar a prevalência de desesperança em idosos demonstrar os problemas que podem estar associados a esse sentimento nessa população específica	04 Estudos	A desesperança estava relacionada com vulnerabilidades patológicas, sociais, comportamentais e fisiológicas, variando de acordo com à situação analisada.
16.	Karantzas, Romano e Lee (2019). <i>Austrália</i>	Revisão sistemática <i>Insegurança</i>	Revisar pesquisas publicadas nos últimos anos, síntese qualitativa a artigos publicados recentemente.	11 Estudos	Para o cuidador, a ansiedade de apego foi associada a uma pior saúde mental e a insegurança de apego a uma forma mais controladora de cuidar. A insegurança de apego estava associada a uma maior autoavaliação dos sintomas de demência e a uma menor sensação de segurança.

17.	Kliemann, Böing e Crepaldi (2017). <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Transtorno de ansiedade e depressão.</i>	Caracterizar a produção de artigos que mensuram sintomas de <i>ansiedade e depressão</i> na gestação	41 Estudos	Os fatores socioeconômicos, o histórico de saúde mental, as complicações obstétricas e a rede de apoio frágil foram os principais fatores de risco para sintomas de depressão e ansiedade na gestação.
18.	McHugh et al (2019) <i>Austrália</i>	Revisão sistemática e meta-análise <i>Impulsividade</i>	Estabelecer se a idade ou o gênero modera a relação entre a impulsividade e tais comportamentos.	18 Estudos	Foram associados a automutilação ou comportamento suicida. Não houve diferenças significativas entre as medidas das diferentes facetas da impulsividade e automutilação ou comportamento suicida.
19.	Passos et al. (2016) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Transtornos bipolares.</i>	Revisar as características clínicas e biológicas fundamentos relacionados à neuroprogressão no transtorno bipolar (TB)	114 Estudos	Pacientes com TB apresentam um curso neoprogressivo com mudanças cerebrais e resultados desfavoráveis. Fatores de risco associados com esses resultados são vários: episódios de humor, trauma e comorbidades psiquiátrica e clínica.
20.	Sami et al. (2015) <i>EUA</i>	Longitudinal <i>Transtorno de ansiedade.</i>	Realizar uma revisão sistemática de estudos longitudinais olhando para o resultado de ansiedade na velhice.	12 Estudos	Taxas de recaídas nos transtornos de ansiedade altas ao longo dos 6 anos de acompanhamento, com considerável migração de episódios misto de ansiedade-depressão e puro humor depressivo. Essa mistura parece ser estado de pior prognóstico
21.	Santa e Cantilino. (2016) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Tentativa de suicídio.</i>	Construir uma revisão integrativa de literatura sobre o suicídio em médicos e estudantes de Medicina com base em uma análise de artigos científicos sobre o tema.	17 Estudos	As taxas de suicídio nessa população são maiores do que as da população geral e de outros grupos acadêmicos. Causas maior incidência de transtornos psiquiátricos, como depressão e abuso de substâncias, e sofrimento psíquico relacionados a vivências específicas da profissão, como grande carga de trabalho, privação do sono, dificuldade com pacientes, ambientes insalubres, preocupações financeiras e sobrecarga de informações.
22.	Stratford et al. (2015) <i>Inglaterra</i>	Revisão sistemática <i>Transtorno bipolar.</i>	Analisar evidências da eficácia da terapia psicológica para comorbilidade de ansiedade em adultos com transtorno de espectro bipolar.	22 Estudos	A terapia psicológica parece aceitável e segura, mas a coleta e o relato mais sistemáticos de informações de segurança e aceitabilidade são necessários. O desenvolvimento de modelos psicológicos e protocolos de tratamento para ansiedade em BPSD pode ajudar a melhorar os resultados.
23.	Strejilevich, Samamé e Martino. (2015) <i>Irlanda do Norte</i>	Longitudinal <i>Transtorno bipolar.</i>	Examinar a trajetória das disfunções neuropsicológicas nos TB	12 Estudos	Um risco aumentado de desenvolver demência foi encontrado em indivíduos bipolares. Evidência de estudos transversais não mostraram déficits cognitivos mais graves em pacientes com doença mais longa. Além disso, estudos longitudinais revelaram que o desempenho cognitivo de indivíduos bipolares não mudou entre diferentes pontos no tempo.
24.	Szmulewicz et al. (2017) <i>Argentina</i>	Revisão sistemática <i>Transtorno depressivo maior e bipolar.</i>	Fornecer uma revisão sistemática atualizada de estudos comparando o funcionamento neuropsicológico entre transtorno bipolar e depressão maior.	50 Estudos	Sem diferenças significativas no desempenho de atenção e velocidade de processamento. Quanto a memória verbal defeituoso desempenho para pacientes com TDM.

Transtornos de humor forma identificados com as seguintes características: Bipolar (n=07), Tentativa de suicídio (n=03), Depressão (n=03), Impulsividade (n=02), Anedonia (n=02), Ansiedade (n=02), Insegurança (n=01), Desesperança (n=01), Afetividade (n=01), Ansiedade e depressão (n=01), Depressivo maior e bipolar (n=01). Transtornos bipolares foram os mais estudados e apresentaram seguintes resultados: Existência de uma relação consistente entre a função social, ocupacional e o desempenho cognitivo, a função executiva é afetada por déficits cognitivos nos TB (Baune & Malhi, 2015). Pacientes melancólicos apresentaram maiores deficiências neuropsicológicas quando comparados (MEL) com os não melancólicos (NMEL) e os não clínicos (NC) em tarefas que requerem memória, função executiva, atenção e tempo de reação (Bosaipo *et al.*, 2017). Os TBI tiveram pior desempenho nas habilidades sócias em todos os domínios. Os TBII podem experimentar algumas funções executivas maiores (Dickinson, Becerra, & Jacqui, 2017). Pacientes com TB apresentam um curso neoprogressivo com mudanças cerebrais e resultados desfavoráveis. Fatores de risco associados com esses resultados são vários: episódios de humor, trauma e comorbidades psiquiátrica e clínica (Passos *et al.*, 2016). A terapia psicológica parece aceitável e segura, mas a coleta e o relato mais sistemáticos de informações de segurança e aceitabilidade são necessários (Stratford *et al.*, 2015). Um risco aumentado de desenvolver demência foi encontrado em indivíduos bipolares (Strejilevich, Samamé & Martino, 2015). Palavras-chaves usadas com frequência nesta categoria destacam-se transtorno bipolar, conhecimento, neuroprogressão, ansiedade.

Os fatores psicológicos e psiquiátricos os mais associados ao suicídio; a depressão é destacada em 26,3%, tentativa de suicídio prévia e transtorno de humor com 15,8%. Os fatores sociais associados à morte recente de familiares (11,4%), os aspectos financeiros e falta de apoio ambos com 10,5%. Os fatores clínicos, doenças crônicas com 28,9%; dor crônica 7,8% e o comprometimento funcional 2,6%. (Bortolini 2016). Analisou-se a presença de fatores externos associados às causas prevalentes para a ideia de suicídio, estando dentre eles: o abuso de drogas lícitas e ilícitas; pressão da faculdade e conflitos familiares; e, por fim, fatores internos como saúde mental debilitada e depressão (de Oliveira Miranda *et al.*, 2018). As taxas de suicídio nessa população são maiores do que as da população geral e de outros grupos acadêmicos. Causas com maior incidência são transtornos psiquiátricos, como depressão e abuso de substâncias, e sofrimento psíquico relacionados a vivências específicas da profissão como grande carga de trabalho, privação do sono, dificuldade com pacientes,

ambientes insalubres, preocupações financeiras e sobrecarga de informações (Santa & Cantilino, 2016)

Outro grupo de transtorno de humor é constituído por transtorno depressivo e transtorno depressivo maior com resultados que indicam: Déficits cognitivos nos domínios do funcionamento executivo, atenção, memória e cognição global estão associados à disfunção psicossocial em domínios como qualidade de vida e funcionamento social, ocupacional e global. Idade mais avançada e maior gravidade dos sintomas de TDM parecem aumentar a relação cognição-disfunção psicossocial (Cambridge *et al.*, 2018). Verificou-se que a aplicabilidade do BDI-II ocorre tanto com idosos saudáveis quanto idosos de grupos clínicos, em diversos contextos. Para grupo clínico BDI-II usou-se para idosos com depressão, doença de Parkinson, Alzheimer, declínio cognitivo leve, distúrbio de sono e Esclerose Múltipla (de Lima Argimon *et al.*, 2016). As assistências de enfermagem aplicadas em mulheres com depressão encontradas, nesta revisão, foram: escuta qualificada, musicoterapia, terapia cognitiva comportamental, biodança e auxílio na terapia medicamentosa (Gomes & Ivo, 2017).

Segundo Kliemann, Böing e Crepaldi (2017) no estudo entre transtornos de ansiedade e depressão. Verificaram que os fatores socioeconômicos, o histórico de saúde mental, as complicações obstétricas e a rede de apoio frágil foram os principais fatores de risco para sintomas de depressão e ansiedade na gestação. Na combinação do transtorno depressivo maior e transtorno bipolar concluíram não haver diferenças significativas no desempenho de atenção e velocidade de processamento. Quanto a memória verbal defeituoso desempenho é visto para pacientes com TDM. (Szmulewicz *et al.*, 2017). Palavras-chaves com frequência utilizadas neste grupo de transtornos foram: Depressão, transtorno depressivo maior, ansiedade e transtorno bipolar.

As pesquisas sobre Anedonia, transtorno de ansiedade e Impulsividade demonstraram que as funções executivas, a memória emocional e tradução de motivação em ações são destacados como principais déficits com destaque em pessoas esquizofrênicas (Edwards *et al.*, 2015). Com base nas evidências disponíveis, a maioria dos antidepressivos demonstrou efeitos benéficos nas medidas de anedonia, bem como em outros sintomas depressivos (Cao *et al.*, 2019). Os resultados são de fundamental importância por poderem proporcionar novos parâmetros sobre os fatores individuais intervenientes na percepção da ansiedade em atletas de diferentes modalidades esportivas e suas relações com os diferentes tipos de ansiedade ao longo de uma competição (Clemente *et al.*, 2019). Essa mistura parece ser de pior prognóstico

(Sami *et al.*, 2015). Mostraram correlações significativas e pequenas e médias entre cada faceta da impulsividade e agressão em várias formas diferentes de agressão, com mais impulsividade sendo associada a mais agressão. Urgência negativa e positiva, falta de premeditação teve associações significativamente mais fortes com agressão (Bresin, 2019). Foram associados a automutilação ou comportamento suicida. Não houve diferenças significativas entre as medidas das diferentes facetas da impulsividade e automutilação ou comportamento suicida (McHugh *et al.*, 2019). Palavras-chaves anedonia, impulsividade, agressão e comportamento suicida.

Uso de modelo de efeitos aleatórios, a prevalência combinada ponderada de ansiedade foi de 26,1% (IC 95% 17,9% -36,3%) e depressão foi 21,4% (IC 95% 15,4% -29,0%). Estudos identificaram gênero feminino, história psiquiátrica passada e causalidade violenta como fatores associados à ansiedade e depressão (Gibson *et al.*, 2018). A desesperança esta relacionada com vulnerabilidades patológicas, sociais, comportamentais e fisiológicas, variando de acordo com à situação analisada (Júnior *et al.*, 2018). Para o cuidador, a ansiedade de apego é associada a uma pior saúde mental e a insegurança de apego a uma forma mais controladora de cuidar. A insegurança de apego está associada a uma maior autoavaliação dos sintomas de demência e a uma menor sensação de segurança (Karantzas, Romano, & Lee, 2019). Palavras-chaves deste grupo são ansiedade, depressão, idoso e trauma facial.

Seguidamente comentar-se-á último grupo de patologias encontrado na pesquisa ilustrando características de 18 estudos que descrevem à alterações neuropsicológicas privilegiando autores; tipo de estudos e transtorno; objetivos; amostra; palavra-chave e resultados (Tabela 3).

Tabela 3.

*Características de 18 estudos que descrevem alterações neuropsicológicas: fonte, tipo de estudo e alteração neuropsicológica, objetivo; amostra, principais resultados.*

Nº	Autores	Tipo de estudo e alteração neuropsicológica	Objetivo	Amostra	Principais resultados
1.	Arent <i>et al.</i> (2019) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Esclerose Múltipla</i>	Identificar e discutir os instrumentos de avaliação neuropsicológica utilizados atualmente com pessoas com diagnóstico de EM.	58 Estudos	As baterias breves mais utilizadas são Brief International Cognitive Assessment of Multiple Sclerosis (BICAMS), Multiple Sclerosis Functional Composite Measure (MSFC) e Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Test (BNB-N). Os testes mais utilizados na avaliação neuropsicológica de paciente com EM são PASAT e SDMT, que enfocam a avaliação da velocidade de

				processamento e memória operacional.	
2.	Barboza e Barbosa e Fichman (2019) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Doença de Parkinson</i>	Analisar o impacto no funcionamento cognitivo de pacientes com DP.	27 Estudos	Revelou resultados conflitantes, impedindo um consenso sobre um padrão de funcionamento cognitivo e dificultando o estabelecimento de um perfil neuropsicológico para pacientes com DP.
3.	Belleville et al. (2017) <i>Canadá</i>	Revisão sistemática e meta-análise <i>Demência tipo Alzheimer</i>	Avaliar a precisão preditiva de diferentes categorias de domínio cognitivo e determinar se a precisão varia em função da idade e do tempo de acompanhamento.	28 Estudos	Muitos domínios apresentaram acurácia preditiva muito boa, com valores elevados de sensibilidade e especificidade ( $\geq 0,7$ ). Memória verbal e testes de idioma produziram uma precisão preditiva muito alta. Os testes cognitivos são excelentes para prever indivíduos com CGL que irão progredir para demência.
4.	Bernardo. (2018) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática intervenção <i>Doença de Alzheimer</i>	Identificar e analisar a produção científica da intervenção do Terapeuta Ocupacional no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer que apresenta alterações.	13 Estudos	As intervenções identificadas são direcionadas à regulação emocional, habilidades motoras e habilidades processuais. O Terapeuta usa ajuda externa, atividades de computador e estimulação multisensorial como recursos para aprendizagem motora, orientação espacial para mudança do comportamento.
5.	Brunt, Albines e Hopkins-Rosseel. (2019) <i>Canadá</i>	Revisão sistemática <i>Doenças vasculares e cardiovasculares</i>	Entender o exercício como uma modalidade para melhorar cognição em pessoas com doença vascular, com foco nas respostas à dose.	22 Estudos	O exercício é capaz de afetar positivamente o desempenho cognitivo em pessoas com doença vascular conhecida. Há evidências que sugerem uma relação dose-resposta. Mais pesquisas são necessárias para otimizar a prescrição.
6.	Cromarty et al. (2016) <i>Inglaterra</i>	Revisão sistemática <i>Demências por corpos de Lewy</i>	Identificar potenciais biomarcadores neurofisiológicos nos Demência com Corpo de Lewy.	37 Estudos	Geralmente, muitos dos achados ainda precisam ser replicados, embora os achados preliminares reforcem a utilidade potencial de abordagens como a eletroencefalografia quantitativa e os paradigmas de estimulação cortical motora.
7.	Combs et al. (2015) <i>EUA</i>	Meta-análise <i>Doença de Parkinson</i>	Determinar se potenciais deficiências cognitivas são artefatos em vez de efeitos reais.	38 Estudos	Foram encontrados prejuízos na velocidade psicomotora, memória, atenção e funções executivas e cognição geral, declínio moderado foram achados na fluência semântica e fonética.
8.	das Nair, Martin e Lincoln. (2016) <i>França</i>	Intervenção <i>Esclerose múltipla</i> .	Determinar se as pessoas com EM que receberam reabilitação de memória mostraram melhorias em comparação com os que não receberam tratamento.	15 Estudos	Os achados revelam efeitos significativos da intervenção na avaliação da memória imediata e a longo prazo. Efeitos significativos também foram encontrados na intervenção de qualidade de vida no seguimento imediato, que o grupo de intervenção teve desempenho melhor. Não foram observadas diferenças significativas entre a memória e humor imediato tanto quanto a longo prazo.

9.	Dinkelbach et al. (2017) <i>Alemanha</i>	Revisão sistemática <i>Doença de Parkinson</i>	Estudar estimulação cerebral não invasiva da cognição e humor n na doença de Parkinson	19 Estudos	Os resultados dependeram da área estimulada e da técnica usada. Quando usar estimulação magnética transcraniana repetitiva sobre o córtex dorsolateral-pré-frontal, observa-se redução significativa nos sintomas depressivos de moderado a grande e aumento de desempenho nos testes cognitivos.
10	Fernandes, Esper e Faiman. (2017) <i>Brasil</i>	Revisão sistemática <i>Esquizofrenia</i>	Levantar estudos na literatura que tragam informações acerca do paciente portador de esquizofrenia e direção veicular, buscando responder se podem ou não ser liberados através do exame mental/psicológico.	13 Estudos	Existem estudos que sugerem um maior número de infrações às regras de trânsito e acidentes de viação em pacientes esquizofrênicos. Esquizofrênicos que dirigiam apresentaram-se melhores no exame do estado mental que esquizofrênicos não motoristas. As taxas de acidente encontradas foram quase idênticas nos grupos de pacientes com transtornos psicóticos e controle, e que além disso, taxas de acidentes com lesões podem ser equiparadas com as da população geral.
11	Harrison et al. (2016) <i>Inglaterra</i>	Validade interna e externa <i>Demência.</i>	Descrever as medidas de desfecho utilizadas em estudos de intervenção de demência e comprometimento cognitivo leve, que avaliam desempenho funcional e qualidade de vida no paciente.	805 Estudos	Identificamos heterogeneidade significativa nas ferramentas utilizadas para capturar esses resultados, com uso frequente de testes não padronizados.
12	Johnen et al. (2017) <i>EUA</i>	Meta-análise <i>Esclerose múltipla.</i>	Compreender magnitude e perfil do comprometimento cognitivo com testes psicológicos padronizados em pacientes com esclerose múltipla primária EMPP e EMRR.	47 Estudos	Apontam para o comprometimento grave em geral em cada domínio cognitivo em pacientes EMPP apesar dos graus comparáveis de fadiga e depressão, se viu também as diferenças não eram atribuíveis a curso da doença e foram claras as diferenças entre EMPP e EMRR quanto a memória em particular a verbal.
13	Kar, Whitehead e Smith. (2017) <i>Inglaterra</i>	Revisão sistemática <i>Esclerose múltipla.</i>	Examinar as estratégias de enfrentamento que as pessoas com esclerose múltipla usam e identificar os fatores que influenciam seu padrão de enfrentamento.	38 Estudos	A síntese das descobertas indicou que as pessoas com esclerose múltipla usam estratégias de enfrentamento emocionais e de evitação mais do que outros tipos de enfrentamento, principalmente nos estágios iniciais da doença. O padrão de enfrentamento foi associado a fatores individuais, clínicos e psicológicos, incluindo gênero, nível educacional, curso clínico humor e estado mental, atitude, traços de personalidade e crenças religiosas.
14	Mitolo et al.(2015) <i>Inglaterra.</i>	Intervenção <i>Esclerose múltipla.</i>	Realizar uma revisão sistemática atualizada de todos os estudos publicados de intervenções de reabilitação cognitiva em pessoas com EM.	33 Estudos	Resultados indicam não haver conclusão definitiva acerca de efeito em diferentes tipos de intervenções na reabilitação cognitiva nesses indivíduos.

15	Mondragón, Maurits e De Deyn (2019) <i>Holanda</i>	Revisão sistemática <i>Doença Alzheimer</i>	Fornecer a compreensão do processamento autor referencial de anosognosia em CGL e DA.	25 Estudos	A conectividade reduzida entre rede é observada nas regiões da rede no modo padrão nos pacientes com DA com anosognosia em comparação de pacientes com e sem DA. O estágio inicial de declínio cognitivo na anosognosia, a redução da atividade neural indireta está associada às regiões da linha média cortical, estrutura parietotemporal em estágios posteriores e finaliza na disfunção frontotemporal.
16	Newton, Naiberg e Goldstein. (2015) <i>Canadá</i>	Revisão sistemática <i>Demência e AVC.</i>	examinar a literatura atual sobre estresse oxidativo e cognição em indivíduos sem acidente vascular cerebral, neurodegeneração, AVC e / ou DA.	19 Estudos	Funções cognitivas frontais estão frequentemente prejudicadas, memória e função cognitiva geral era menos robusta, população psiquiátrica é a mais afetada. A disfunção frontal-executiva implica regiões frontais do cérebro.
17	Tucker e Bertke. (2019) <i>EUA</i>	Revisão sistemática e meta-análise <i>Esquizofrenia e transtorno bipolar.</i>	Analisar os dados agregados de testes neuropsicológicos de estudos anteriores sobre o impacto da infecção por HSV-1 na função cognitiva na esquizofrenia e no transtorno bipolar.	12 Estudos	Um efeito geral estatisticamente significativo de comprometimento cognitivo para os índices de memória e atenção foi a favor de pacientes com esquizofrenia positiva para HIV. Infecção por HIV tem um impacto significativo na função cognitiva de pequeno a moderado. Afetando a memória e a atenção, em esquizofrenia e pacientes bipolares.
18	Wojcik et al. (2019) <i>EUA</i>	Revisão sistemática <i>Esclerose Múltipla</i>	Identificar teorias de teste e testes únicos com boas evidências de confiabilidade e validade, nos dispositivo computarizado de avaliação neuropsicológica. (DCAN)	51 Estudos	DCAN com suporte mais forte incluem a CogState Brief Battery, Bateria de pesquisa de drogas cognitivas, NeuroTrax, CNS-Vital Signs e administrações baseadas em computador de o Teste de Modalidades de Símbolo Dígitos.

Na continuação são caracterizados os 18 estudos que focalizaram aspectos relacionados com alterações neuropsicológicas. Ao analisar alterações neuropsicológicas verificou-se seis alterações, nomeadamente: Esclerose múltipla (n=06), Demência (n=04), doença de Parkinson (n=03), doença de Alzheimer (n=02), Esquizofrenia (n=02), doença Vasculare Cardiovascular (n=01).

Nas alterações neuropsicológicas, a esclerose múltipla foi mais estudada e apresentou seguintes resultados: Os testes mais utilizados na avaliação neuropsicológica de paciente com EM são PASAT e SDMT, que enfocam a avaliação da velocidade de processamento e memória operacional (Arent *et al.*, 2019). Os achados revelam efeitos significativos da intervenção na avaliação da memória imediata e a longo prazo, qualidade de vida, como também grupo de intervenção teve desempenho melhor. Não foram observadas diferenças significativas entre a memória e humor imediato tanto quanto a longo prazo (das Nair, Martin,



& Lincoln, 2016). Apontam para o comprometimento grave em geral em cada domínio cognitivo em pacientes EMPP apesar dos graus comparáveis de fadiga e depressão, se viu também as diferenças não eram atribuíveis a curso da doença e foram claras as diferenças entre EMPP e EMRR quanto a memória em particular a verbal (Johnen *et al.*, 2017). A síntese das descobertas indicou que as pessoas com esclerose múltipla usam estratégias de enfrentamento emocionais e de evitação mais do que outros tipos de enfrentamento, principalmente nos estágios iniciais da doença.

O padrão de enfrentamento foi associado a fatores individuais, clínicos e psicológicos, incluindo gênero, nível educacional, curso clínico humor e estado mental, atitude, traços de personalidade e crenças religiosas (Kar, Whitehead, & Smith, 2017). Resultados indicam não haver conclusão definitiva acerca de efeito em diferentes tipos de intervenções na reabilitação cognitiva nesses indivíduos (Mitolo *et al.*, 2015). DCAN com suporte mais forte incluem a CogState Brief Battery, Bateria de pesquisa de drogas cognitivas, NeuroTrax, CNS-Vital Signs e administrações baseadas em computador de o Teste de Modalidades de Símbolo Dígito (Wojcik *et al.*, 2019). Palavras-chaves: Esclerose múltipla, avaliação neuropsicológica, revisão sistemática e reabilitação cognitiva.

Demência muitos domínios apresentaram acurácia preditiva muito boa, com valores elevados de sensibilidade e especificidade ( $\geq 0,7$ ). Memória verbal e testes de idioma produziram uma precisão preditiva muito alta. Os testes cognitivos são excelentes para prever indivíduos com CCL que irão progredir para demência (Belleville *et al.*, 2017). Geralmente, muitos dos achados ainda precisam ser replicados, embora os achados preliminares reforcem a utilidade potencial de abordagens como a eletroencefalografia quantitativa e os paradigmas de estimulação cortical motora (Cromarty *et al.*, 2016). Identificamos heterogeneidade significativa nas ferramentas utilizadas para capturar esses resultados, com uso frequente de testes não padronizados (Harrison *et al.*, 2016). Funções cognitivas frontais estão frequentemente prejudicadas, memória e função cognitiva geral era menos robusta, população psiquiátrica é a mais afetada. A disfunção frontal-executiva implica regiões frontais do cérebro (Newton, Naiberg, & Goldstein, 2015). Palavras-chaves: Comportamento cognitivo, teste cognitivo, demência, flutuação cognitiva.

Doença de Parkinson Revelou resultados conflitantes, impedindo um consenso sobre um padrão de funcionamento cognitivo e dificultando o estabelecimento de um perfil neuropsicológico para pacientes com DP (Barboza, Barbosa & Fichman, 2019). Foram encontradas prejuízos na velocidade psicomotora, memória, atenção e funções executivas e

cognição geral, declínio moderado foram achados na fluência semântica e fonética (Combs *et al.*, 2015). Os resultados dependeram da área estimulada e da técnica usada. Quando usar estimulação magnética transcraniana repetitiva sobre o córtex dorsolateral-pré-frontal, observa-se redução significativa nos sintomas depressivos de moderado a grande e aumento de desempenho nos testes cognitivos (Dinkelbach *et al.*, 2017). Palavras-chaves: Doença de Parkinson, estimulação cerebral profunda, núcleo subtalamico, cognição.

Alzheimer As intervenções identificadas são direcionadas à regulação emocional, habilidades motoras e habilidades processuais. O Terapeuta usa ajuda externa, atividades de computador e estimulação multisetorial como recursos para aprendizagem motora, orientação espacial para mudança do comportamento (Bernardo, 2018). A conectividade reduzida entre rede é observada nas regiões da rede no modo padrão nos pacientes com DA com anosognosia em comparação de pacientes com e sem DA. O estágio inicial de declínio cognitivo na anosognosia, a redução da atividade neural indireta está associada às regiões da linha média cortical, estrutura parietotemporal em estágios posteriores e finaliza na disfunção frontotemporal (Mondragón, Maurits, & De Deyn, 2019). Palavras-chaves: Terapia ocupacional, doença de Alzheimer, idoso, profissão.

Esquizofrenia existem estudos que sugerem um maior número de infrações às regras de trânsito e acidentes de viação em pacientes esquizofrênicos. Esquizofrênicos que dirigiam apresentaram-se melhores no exame do estado mental que esquizofrênicos não motoristas. As taxas de acidente encontradas foram quase idênticas nos grupos de pacientes com transtornos psicóticos e controle, e que além disso, taxas de acidentes com lesões podem ser equiparadas com as da população geral (Fernandes, Esper & Faiman, 2017). Um efeito geral estatisticamente significativo de comprometimento cognitivo para os índices de memória e atenção foi a favor de pacientes com esquizofrenia positiva para HIV. Infecção por HIV tem um impacto significativo na função cognitiva de pequeno a moderado. Afetando a memória e a atenção, em esquizofrenia e pacientes bipolares (Tucker & Bertke, 2019). Palavras-chaves: Esquizofrenia, memória, atenção, conhecimento.

Pacientes diagnosticados com doença Vasculares desenvolvem risco aumentado de deficiências cognitivas. O exercício físico melhora a cognição em populações idosas saudáveis e com leve deficiência cognitiva. Evidências apontam para exercícios aeróbicos podem aumentar múltiplas habilidades cognitivas, especificamente nas áreas da cognição global “atenção, função executiva, memória e velocidade de processamento de informação”

(Brunt, Albines, & Hopkins-Rosseel, 2019). Palavras-chaves: Doença cardiovascular, doença cardíaca, doença vascular, derrame.

É notória a carência de testes com características psicométricas voltadas a população moçambicana para uso dos profissionais em unidades de saúde. Outro aspecto observado consiste no pouco quantitativo de artigos voltados ao tema desse estudo, de fato. Inicialmente foram listados 226 artigos, apenas 42 artigos foram relevantes.

### **Considerações Finais**

A revisão sistemática deste estudo mapeou a situação real relacionada com transtornos de humor em pacientes com alterações neuropsicológicas no período compreendido do estudo, ou seja, 2015-2019. A nível continental América apresentou maior produção com 23 estudos, seguido pela Europa, Oceania e Ásia respetivamente, Brasil, Estados Unidos, Argentina e Canadá fazem parte de países do continente americano e Inglaterra, Irlanda do Norte, França, Suíça e Holanda, representaram a Europa, Austrália no lado da Oceania e China para vertente Asiático. O ano 2019 teve maior produção com 12 seguido por anos 2015 e 2017, 2016 e 2018, quanto a países se destacaram o Brasil com 14, seguido por Estados Unidos e Inglaterra. Neste contexto estudos com revisões sistemáticas tomaram a dianteira com 26, seguidos de estudos com meta-análise, transversais e longitudinais e de intervenção.

Quanto a estudos por grupos de patologias maioritariamente houve mais estudos relacionados com transtornos de humor com 24 e os restantes 18 focalizaram aspectos relacionados com alterações neuropsicológicas, onde os transtornos bipolares ocuparam a primeira posição, seguida por tentativa de suicídio, transtorno depressivo, impulsividade, anedonia, transtorno de ansiedade, insegurança, desesperança, afetividade, transtorno de ansiedade e depressão e transtorno depressivo maior. Podemos interpretar a probabilidade para aumento de pacientes com transtornos de humor se não forem tomadas precauções e pode levar a declínio na produtividade, a comprometimentos cognitivos.

Caraterizados fundamentalmente por existência de uma relação consistente entre a função social, ocupacional e o desempenho cognitivo, a função executiva é afetada por déficits cognitivos (Baune e Malhi, 2015). O declínio cognitivo está relacionado com número de episódios de hospitalização e curso da doença (Cardoso *et al.*, 2015). Um risco aumentado de desenvolver demência foi encontrado em indivíduos bipolares (Strejilevich, Samamé, & Martino, 2015).

Fatores psicológicos e psiquiátricos foram os mais relevantes para tentativas de suicídio com destaque para depressão, fatores sociais relacionados com mortes familiares, aspectos financeiros e falta de apoio, fatores clínicos, doenças crônicas e comprometimento funcional (Bortolini 2016), o abuso de drogas lícitas e ilícitas; pressão da faculdade e conflitos familiares; e, por fim, fatores internos como saúde mental debilitada e depressão (de Oliveira Miranda *et al.*, 2018). Anedonia, transtorno de ansiedade e Impulsividade demonstraram que as funções executivas, a memória emocional e tradução de motivação em ações são destacados como principais déficits com destaque em pessoas esquizofrênicas (Edwards *et al.*, 2015).

Para alterações neuropsicológicas, esclerose múltipla foram as mais estudadas. Na avaliação da velocidade de processamento e memória operacional, achados revelam efeitos significativos da intervenção na avaliação da memória imediata e a longo prazo, qualidade de vida, como também grupo de intervenção teve desempenho melhor (Arent *et al.*, 2019). Não foram observadas diferenças significativas entre a memória e humor imediato tanto quanto a longo prazo. Usam estratégias de enfrentamento emocionais e de evitação mais do que outros tipos de enfrentamento, principalmente nos estágios iniciais da doença. (das Nair, Martin & Lincoln, 2016). O padrão de enfrentamento foi associado a fatores individuais, clínicos e psicológicos, incluindo gênero, nível educacional, curso clínico humor e estado mental, atitude, traços de personalidade e crenças religiosas (Kar, Whitehead, & Smith, 2017).

Os testes cognitivos são excelentes para prever indivíduos com DCL que progride para demência (Belleville *et al.*, 2017). Finalmente é importante que se aprofundem investigações nessa área uma vez que impacto dos transtornos de humor e alterações neuropsicológicas influenciam negativamente na vida do indivíduo com destaque para esfera cognitiva e das funções executivas, levando consequência amontadas para várias esferas do convívio social.

## Referências

- Alderson, P., Green, S., & Higgins, J. P. T. (2004). Assessment of study quality. *Cochrane reviewers' handbook*, 4(2), 52-59.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria from dsM-iV-tr*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. *Texto revisado (DSM-IV-TR)*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2003). Toward

- a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of affective disorders*, 73(1-2), 133-146. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00322-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00322-1).
- Akobeng, A. K. (2005). Principles of evidence-based medicine. *Archives of disease in childhood*, 90(8), 837-840.
- Aoki, Y., Kazui, H., Pascal-Marqui, R. D., Ishii, R., Yoshiyama, K., Kanemoto, H., ... & Iwase, M. (2019). EEG resting-state networks in dementia with Lewy bodies associated with clinical symptoms. *Neuropsychobiology*, 77(4), 206-218. <https://doi.org/10.1159/000495620>.
- Arent, M. K., de Pereira, A. P. A., Sato, H. K., & Gomes Jr, C. (2019). Avaliação neuropsicológica em adultos com Esclerose Múltipla: Revisão sistemática. *Psicologia Argumento*, 37(95), 125-142. <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.37.95.AO07>
- Ayache, S. S., Chalah, M. A., Kuempfel, T., Padberg, F., Lefaucheur, J. P., & Palm, U. (2017). Facial emotion recognition, theory of mind and empathy in multiple sclerosis. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 85(11), 663. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118846>.
- Baptista, M. N., & Borges, L. (2016). ç Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. *Avaliação psicológica*, 15, 19-32. <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335049854004.pdf>.
- Baptista, M. N. (2018). Avaliando" depressões": dos critérios diagnósticos às escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica*, 17(3), 301-310. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14265.03>.
- Barboza e Barbosa, EN, & Fichman, HC (2019). How is cognition in subthalamic nucleus deep brain stimulation Parkinson's disease patients??. *Dementia & Neuropsychologia*, 13, 367-377.<http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040002>
- Baune, B. T., & Malhi, G. S. (2015). A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general functional outcomes in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 17, 41-55. <https://doi.org/10.1111/bdi.12341>.
- Belleville, S., Fouquet, C., Hudon, C., Zomahoun, HTV, & Croteau J.(2017). Neuropsychological measures that predict progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's type dementia in older adults: uma revisão sistemática e

- metanálise. *Revisão de neuropsicologia*, 27 (4), 328-353.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s11065-017-9361-5>
- Bernardo, LD (2018). Older adults with Alzheimer's disease: a systematic review about the Occupational Therapy intervention in changes of performance skills.,26, 926-942.  
<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1066>
- Berutti, M. (2015). *Funcionamento familiar e tentativa de suicídio em pacientes com transtorno afetivo bipolar* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).  
<http://dx.doi.org/10.11606/D.5.2016.tde-03022016-113531>.
- Bienvenu, O. J., Davydow, D. S., & Kendler, K. S. (2011). Psychiatric'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence. *Psychological medicine*, 41(1), 33. <http://dx.doi.org/10.1017/S003329171000084X>.
- Borges, J. L., Trentini, C. M., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. (2008). Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância: Um estudo de revisão. *Psico-USF*, 13(1), 125-133.
- Bortolini, S. M. (2016). Fatores associados ao suicídio como violência autoinfligida entre idosos: revisão sistemática.  
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168214>
- Bosaipo, NB, Foss, MP, Young, AH, & Juruena, MF (2017). Neuropsychological changes in melancholic and atypical depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 309-325. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.014>
- Bresin, K. (2019). Impulsivity and aggression: A meta-analysis using the UPPS model of impulsivity., 48, 124-140. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.08.003>
- Brunt, A., Albines, D., & Hopkins-Rosseel, D. (2019). The Effectiveness of Exercise on Cognitive Performance in Individuals with Known Vascular Disease: A Systematic Review., 8 (3), 294. <https://doi.org/10.3390/jcm8030294>
- Cambridge, O. R., Knight, M. J., Mills, N., & Baune, B. T. (2018). The clinical relationship between cognitive impairment and psychosocial functioning in major depressive disorder: A systematic review. *Psychiatry research*, 269, 157-171.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.033>
- Cano, D. S., & Sampaio, I. T. A. (2007). O método de observação na psicologia: considerações sobre a produção científica. *Interação em Psicologia*, 11(2).
- Caligiuri, M. P., & Ellwanger, J. (2000). Motor and cognitive aspects of motor retardation

- in depression. *Journal of affective disorders*, 57(1-3), 83-93. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00068-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00068-3).
- Cao, B., Zhu, J., Zuckerman, H., Rosenblat, JD, Brietzke, E., Pan, Z., ... & McIntyre, RS (2019). Intervenções farmacológicas visando a anedonia em pacientes com transtorno depressivo maior: uma revisão sistemática. *Progresso em Neuro-Psicofarmacologia e Psiquiatria Biológica*, 92, 109-117. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.01.002>
- Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2006). The neuropsychology of mood disorders. *Current psychiatry reports*, 8(6), 458-463. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0051-x>.
- Cardoso, T., Bauer, I. E., Meyer, T. D., Kapczinski, F., & Soares, J. C. (2015). Neuroprogression and cognitive functioning in bipolar disorder: a systematic review. *Current psychiatry reports*, 17(9), 75. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0605-x>.
- Clarke, M., & Horton, R. (2001). Bringing it all together: Lancet-Cochrane collaborate on systematic reviews. *The Lancet*, 357(9270), 1728. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04934-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04934-5).
- Clemente, K. A. P., de Souza, J. I., Fernandes, R. L. L. P., & da Silva, A. M. B. (2017). Ansiedade no Contexto Esportivo e de Exercício Físico: uma revisão sistemática. *Psicologia Argumento*, 35(90). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000600006>.
- Combs, H. L., Folley, B. S., Berry, D. T., Segerstrom, S. C., Han, D. Y., Anderson-Mooney, A. J. ... & van Horne, C. (2015). Cognition and depression following deep brain stimulation of the subthalamic nucleus and globus pallidus pars internus in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Neuropsychology review*, 25(4), 439-454. <https://doi.org/10.1007/s11065-015-9302-0>.
- Conforto, E. C., Amaral, D. C., & Silva, S. D. (2011). Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos. *Trabalho apresentado*, 8.
- Coppola, F., Courtet, P., & Olié, E. (2018). Neuropsychological Profile and working memory in bipolar disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 314-321. <https://doi.org/10.1177/0706743717744777>.
- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M. D., Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Systematic review: a narrative review. *Revista do colégio Brasileiro de*

- Cirurgiões*, 34(6), 428-431. <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11>
- Costa, M. P., Picanço, C. M., & da Silva Batalha, E. M. S. (2018). Vivência de enfermeiras (os) acerca dos incidentes relacionados à administração de medicamentos em terapia intensiva. *Journal of Nursing and Health*, 8(2). <https://doi.org/10.15210/JONAH.V8I2.13458>.
- Cortés, N., Andrade, V., & Maccioni, R. B. (2018). Behavioral and neuropsychiatric disorders in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 63(3), 899-910. <https://doi.org/10.3233/JAD-180005>
- Cromarty, R. A., Elder, G. J., Graziadio, S., Baker, M., Bonanni, L., Onofri, M., ... & Taylor, J. P. (2016). Neurophysiological biomarkers for Lewy body dementias. *Clinical Neurophysiology*, 127(1), 349-359. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2015.06.020>
- da Silva, G. A., & Otta, E. (2014). Revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais em Psicologia. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 137-153.
- das Nair, R., Martin, K. J., & Lincoln, N. B. (2016). Memory rehabilitation for people with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008754.pub3>
- de Dio, S., Ramírez Soto, A. B., Rocha, B. C. E., Mezzomo da Fonseca, K., Ottoni, L., Chamorro, R. C., ... & Ramos, P. (2017). Depressive disorders in students of medicine of the Universidad Internacional Tres Fronteras "Uninter", Ciudad del Este, Paraguay (2016). *Revista del Nacional (Itauguá)*, 9(2), 20-31. <http://dx.doi.org/10.18004/rdn2017.0009.02.020-031>.
- de Lima Argimon, I. I., Paloski, L. H., Farina, M., & Irigaray, T. Q. (2016). Aplicabilidade do Inventário de Depressão de Beck-II em idosos: uma revisão sistemática. *Avaliação Psicológica*, 15, 11-17. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=335049854003>.
- de Oliveira Miranda, I. M., Zeuri, E., Tank, K., Barbosa, J. G., Antônio Filho, N., & de Rezende, L. F. (2018). Caracterização da ideação suicida em estudantes universitários. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 16(1). <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i1.3731>
- Dekker, A. D., Strydom, A., Coppus, A. M., Nizetic, D., Vermeiren, Y., Naudé, P. J. & De Deyn, P. P. (2015). Behavioural and psychological symptoms of dementia in Down syndrome: Early indicators of clinical Alzheimer's disease? *Cortex*, 73, 36-61. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2015.07.032>.
- Depping, MS, Schmitgen, MM, Kubera, KM e Wolf, RC (2018). Contribuições cerebelares



- para a depressão maior. *Fronteiras em psiquiatria*, 9, 634.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00634>
- Desmarais, P., Lanctôt, K. L., Masellis, M., Black, S. E., & Herrmann, N. (2018). Social inappropriateness in neurodegenerative disorders. *International psychogeriatrics*, 30(2), 197-207. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001260>.
- Dias, N. M., Gomes, C. M. A., Reppold, C. T., Fioravanti-Bastos, A. C. M., Pires, E. U., Carreiro, L. R. R., & Seabra, A. G. (2015). Investigación de la estructura y composición de las funciones ejecutivas: análisis de los modelos teóricos. *Psicologia: teoria e prática*, 17(2), 140-152. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n2p140-152>.
- Dickinson, T., Becerra, R., & Coombes, J. (2017). Executive functioning deficits among adults with bipolar disorder (types I and II): A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 218, 407-427. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.010>.
- Dinkelbach, L., Brambilla, M., Manenti, R., & Brem, A. K. (2017). Non-invasive brain stimulation in Parkinson's disease: exploiting crossroads of cognition and mood. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 75, 407-418. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.021>.
- Dumurgier, J., & Tzourio, C. (2020). Epidemiology of neurological diseases in older adults. *Revue Neurologique*. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.01.356>.
- Edwards, CJ, Cella, M., Tarrier, N., & Wykes, T. (2015). Investigando o suporte empírico para alvos terapêuticos propostos pelo modelo de experiência temporal do prazer na esquizofrenia: uma revisão sistemática. *Schizophrenia Research*, 168 (1-2), 120-144. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.08.013>.
- Fernandes, C., Esper, C. D. A., & Faiman, C. J. S. (2017). Esquizofrenia e direção veicular: uma revisão sistemática da literatura. *Saúde Ética & Justiça*, 22(2), 72-80. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v22i2p72-80>.
- Fernández-Ríos, L., & Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 329-344.
- Fields, J. A. (2017). Cognitive and neuropsychiatric features in Parkinson's and Lewy body dementias. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 32(7), 786-801. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx085>.

- Gasser, A. I., Salamin, V., & Zumbach, S. (2018). Late life depression or prodromal Alzheimer's disease: Which tools for the differential diagnosis? *L'encephale*, 44(1), 52-58. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.03.002>.
- Gibson, J. A., Ackling, E., Bisson, J. I., Dobbs, T. D., & Whitaker, I. S. (2018). The association of affective disorders and facial scarring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 239, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.013>
- Gitlin, L. N., Corcoran, M., & Leinmiller-Eckhardt, S. (1995). Understanding the family perspective: An ethnographic framework for providing occupational therapy in the home. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(8), 802-809. <https://doi.org/10.5014/ajot.49.8.802>.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression* (Vol. 2). Oxford University Press.
- Gomes, I. S., & de Oliveira Caminha, I. (2014). Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. *Movimento (ESEFID/UFRGS)*, 20(1), 395-411. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.41542>.
- Gomes, T. E. B., & Ivo, O. P. (2017). Sistematização da assistência de Enfermagem em mulheres com sintomatologia depressiva: uma revisão sistemática. *ID on line. Revista de psicologia*, 11(38), 835-848. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/957/1359>
- Gomez, L. R., Jain, F. A., & D'Orazio, L. M. (2017). Assessment of the Hispanic Cognitively Impaired Elderly Patient. *Neurologic Clinics*, 35(2), 207-229. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2017.01.003>.
- Gourie-Devi, M. (2014). Epidemiology of neurological disorders in India: Review of background, prevalence and incidence of epilepsy, stroke, Parkinson's disease and tremors. *Neurology India*, 62(6), 588.
- Hämäläinen, P., & Rosti-Otajärvi, E. (2016). Cognitive impairment in MS: rehabilitation approaches. *Acta Neurologica Scandinavica*, 134, 8-13. <https://doi.org/10.1111/ane.12650>.
- Harrison, J. K., Noel-Storr, A. H., Demeyere, N., Reynish, E. L., & Quinn, T. J. (2016). Outcomes measures in a decade of dementia and mild cognitive impairment trials. *Alzheimer's research & therapy*, 8(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13195-016-0216-8>.

- Hasler, G., & Wolf, A. (2015). Toward stratified treatments for bipolar disorders. *European neuropsychopharmacology*, 25(3), 283-294. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.12.006>
- Hernández, O. M., Martínez, O. M., & Izquierdo, Y. B. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista médica electrónica*, 41(2), 467-482.
- Hirtz, D., Thurman, D. J., Gwinn-Hardy, K., Mohamed, M., Chaudhuri, A. R., & Zalutsky, R. (2007). How common are the “common” neurologic disorders?. *Neurology*, 68(5), 326-337. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000252807.38124.a3>
- Hasler, G., & Wolf, A. (2015). Rumo a tratamentos estratificados para transtornos bipolares. *European neuropsychopharmacology*, 25(3), 283-294. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.12.006>
- Ismail, Z., Gatchel, J., Bateman, D. R., Barcelos-Ferreira, R., Cantillon, M., Jaeger, J., & Mortby, M. E. (2018). Affective and emotional dysregulation as pre-dementia risk markers: exploring the mild behavioral impairment symptoms of depression, anxiety, irritability, and euphoria. *International psychogeriatrics*, 30(2), 185-196. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001880>.
- Johnen, A., Landmeyer, N. C., Bürkner, P. C., Wiendl, H., Meuth, S. G., & Holling, H. (2017). Distinct cognitive impairments in different disease courses of multiple Sclerosis a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 568-578. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.09.005>.
- Júnior, J. A. S. H., Fernandes, A. L. A. F., Medeiros, A. G. A. P., Vasconcelos, C. A. C., Amorim, L. L. L., Queiroga, M. F. S., & Araújo, R. C. T. (2018). Hopelessness in the elderly: A systematic review. *MOJ Gerontology & Geriatrics*, 3(4), 273-278.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 74-79. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200007>.
- Karantzas, G. C., Romano, D., & Lee, J. (2019). Attachment and aged care: a systematic review of current research. *Current opinion in psychology*, 25, 37-46. <https://doi.org/10.1016/j.copsys.2018.02.016>
- Keramat Kar, M., Whitehead, L., & Smith, C. M. (2017). Characteristics and correlates of coping with multiple sclerosis: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 41(3), 250-264. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1387295>.

- Kingwell, E., Marriott, J. J., Jetté, N., Pringsheim, T., Makhani, N., Morrow, S. A., ... & Dykeman, J. (2013). Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review. *BMC neurology*, *13*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-13-128>.
- Kliemann, A., Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2017). Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, *25*(2), 69-76. <https://www.psicologiadasaude2021.com.br/arquivos/5e78bb5252440.pdf>
- Lima, I. M., Peckham, A. D., & Johnson, S. L. (2018). Cognitive deficits in bipolar disorders: Implications for emotion. *Clinical psychology review*, *59*, 126-136. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.006>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.
- Łojko, D., & Rybakowski, J. K. (2017). Atypical depression: current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *13*, 2447. <https://doi.org/10.2147/NDT.S147317>.
- Mansur, RB, Brietzke, E., & McIntyre, RS (2015). Existe uma “síndrome do humor metabólico”? Uma revisão da relação entre obesidade e transtornos de humor. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* , *52* , 89-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.017>
- Martins, R. O. A. (2010). A prevalência do transtorno depressivo e transtorno depressivo recorrente em trabalhadores brasileiros do ano de 2004. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/8740>.
- McHugh, C. M., Lee, R. S. C., Hermens, D. F., Corderoy, A., Large, M., & Hickie, I. B. (2019). Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, *116*, 51-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.012>
- McNicholas, N., O'Connell, K., Yap, S. M., Killeen, R. P., Hutchinson, M., & McGuigan, C. (2018). Cognitive dysfunction in early multiple sclerosis: a review. *QJM: An International Journal of Medicine*, *111*(6), 359-364. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcx070>.
- Medrano-Martinez, P., Ramos-Platon, M. J., & Peraita-Adrados, R. (2018). Neuropsychological alterations in narcolepsy with cataplexy: a review. *Revista de*

*neurologia*, 66(3), 89.

- Miyadahira, A. M. K. (2001). Capacidades motoras envolvidas na habilidade. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000400009>.
- Miasso, A. I., Carmo, B. P. D., & Tirapelli, C. R. (2012). Bipolar affective disorder: pharmacotherapeutic profile and adherence to medication. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 689-695. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300022>.
- Mitolo, M., Venneri, A., Wilkinson, I. D., & Sharrack, B. (2015). Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: a systematic review. *Journal of the Neurological Sciences*, 354(1-2), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2015.05.004>.
- Mocking, R. J., Figueroa, C. A., Rive, M. M., Geugies, H., Servaas, M. N., Assies, J., & De Raedt, R. (2016). Vulnerability for new episodes in recurrent major depressive disorder: protocol for the longitudinal DELTA-neuroimaging cohort study. *BMJ open*, 6(3), e009510. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009510>.
- Moghadasi, A. N., Pourmand, S., Sharifian, M., Minagar, A., & Sahraian, M. A. (2016). Behavioral neurology of multiple sclerosis and autoimmune encephalopathies. *Neurologic clinics*, 34(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2015.08.002>.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS med*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
- Mondragón, J. D., Maurits, N. M., & De Deyn, P. P. (2019). Functional neural correlates of anosognosia in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a systematic review. *Neuropsychology review*, 29(2), 139-165. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11065-019-09410-x>
- Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 39-48. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000700007>.
- Nair, R., Martin, K. J., & Lincoln, N. B. (2016). Memory rehabilitation for people with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008754.pub3>.
- Newton, D. F., Naiberg, M. R., & Goldstein, B. I. (2015). Oxidative stress and cognition

- amongst adults without dementia or stroke: Implications for mechanistic and therapeutic research in psychiatric disorders. *Psychiatry research*, 227(2-3), 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.038>
- NIH. Bipolar Disorder [Internet]. USA: National Institute of Mental Health[citado 01/10/2016]; 2014. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder/index.shtml>
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2005.01.014>.
- Nunan-Saah, J., Paulraj, S. R., Waubant, E., Krupp, L. B., & Gomez, R. G. (2015). Neuropsychological correlates of multiple sclerosis across the lifespan. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(11), 1355-1364. <https://doi.org/10.1177/1352458515586088>
- OMS (2015): [WHO]. Ficha normativa no. 369 outubro. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/>.
- Passos, I. C., Mwangi, B., Vieta, E., Berk, M., & Kapczinski, F. (2016). Areas of controversy in neuroprogression in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(2), 91-103. <https://doi.org/10.1111/acps.12581>.
- Porter, R. J., Robinson, L. J., Malhi, G. S., & Gallagher, P. (2015). The neurocognitive profile of mood disorders—a review of the evidence and methodological issues. *Bipolar disorders*, 17, 21-40. <https://doi.org/10.1111/bdi.12342>.
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., & Pantelis, C. (1997). Neuropsychological function in young patients with unipolar major depression. *Psychological medicine*, 27(6), 1277-1285. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005448>.
- Raucher-Chéné, D., Achim, A. M., Kaladjian, A., & Besche-Richard, C. (2017). Verbal fluency in bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 207, 359-366. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.03>.
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Hutz, C. S. (2016). Escala de Avaliação de Humor para Adolescentes: evidências de validade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(2), 21-30.
- Resende, C., & Ferrão, A. (2013). La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad. *Pediatría Atención Primaria*, 15(58), 127-133.
- Robinson, E. S. (2018). Translational new approaches for investigating mood disorders in rodents and what they may reveal about the underlying neurobiology of major depressive disorder. *Philosophical Transactions of the Royal Society B:*

- Biological Sciences*, 373(1742), 20170036. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0036>.
- Rocca, C. C., & Lafer, B. (2006). Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(3), 226-237. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300016>
- Sami, MB, & Nilforooshan, R. (2015). O curso natural dos transtornos de ansiedade em idosos: uma revisão sistemática de ensaios longitudinais. *International Psychogeriatrics*, 27 (7), 1061-1069. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001847>
- Santa, N. D., & Cantilino, A. (2016). A review of literature on suicide among doctors and medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40, 772-780. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00262015>
- Schlindwein-Zanini, R., & Cruz, R. M. (2018). Psicométrica e Neuropsicológica: inter-relações na construção e adaptação de instrumentos de medida. *Psicol Argum. jan./abr.*, 36(91), 49-69. : <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.36.91.AO04>.
- Sharma, E., & Math, S. B. (2019). Course and outcome of obsessive–compulsive disorder. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), S43. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_521\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_521_18).
- Shiraishi, T., Murakami, H., & Iguchi, Y. (2019). Diagnosis and Treatment of Cognitive Impairment in Parkinson's Disease. *Brain and nerve= Shinkei kenkyu no Shinpo*, 71(8), 869-874. <https://doi.org/10.11477/mf.1416201367>.
- Sitek, EJ, Barczak, A., & Harciarek, M. (2015). Avaliação neuropsicológica e diagnóstico diferencial em demências de início precoce. *Psychiatric Clinics* , 38 (2), 265-279. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2015.01.003>
- Stratford, H. J., Cooper, M. J., Di Simplicio, M., Blackwell, S. E., & Holmes, E. A. (2015). Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders: a systematic review. *Clinical psychology review*, 35, 19-34. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.11.002>
- Strejilevich, SA, Samamé, C., & Martino, DJ (2015). A trajetória das disfunções neuropsicológicas no transtorno bipolar: um exame crítico de uma hipótese. *Jornal de distúrbios afetivos* , 175 , 396-402. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.018>
- St. John, D. (2005). Bipolar affective disoreder: diagnosing illness. *Clinical Advisor*.
- Szmulewicz, A. G., Valerio, M. P., Smith, J. M., Samamé, C., Martino, D. J., & Strejilevich, S. A. (2017). Neuropsychological profiles of major depressive disorder and bipolar disorder during euthymia. A systematic literature review of comparative

- studies. *Psychiatry research*, 248, 127-133.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.031>.
- Tijssen, M. J., van Os, J., Wittchen, H. U., Lieb, R., Beesdo, K., Mengelers, R., & Wichers, M. (2010). Prediction of transition from common adolescent bipolar experiences to bipolar disorder: 10-year study. *The British Journal of Psychiatry*, 196(2), 102-108.:  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065763>.
- Tohen, M., Waternaux, C. M., & Tsuang, M. T. (1990). Outcome in mania: a 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Archives of general psychiatry*, 47(12), 1106-1111.:  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.0181024002600>
- Tranfield, D., Denyer, D., & Smart, P. (2003). Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *British journal of management*, 14(3), 207-222. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.00375>.
- Tsitsipa, E., & Fountoulakis, K. N. (2015). The neurocognitive functioning in bipolar disorder: a systematic review of data. *Annals of general psychiatry*, 14(1), 42.  
<https://doi.org/10.1186/s12991-015-0081-z>.
- Tucker, J. D., & Bertke, A. S. (2019). Assessment of cognitive impairment in HSV-1 positive schizophrenia and bipolar patients: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 209, 40-47.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.01.001>
- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M. & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 287-294.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.017>.
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative health research*, 11(4), 522-537.  
<https://doi.org/10.1177/104973201129119299>.
- Wojcik, C. M., Beier, M., Costello, K., DeLuca, J., Feinstein, A., Goverover, Y., ... & National MS Society Cognition Work Team. (2019). Computerized neuropsychological assessment devices in multiple sclerosis: A systematic review. *Multiple Sclerosis Journal*, 25(14), 1848-1869. <https://doi.org/10.1177/1352458519879094>
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (Vol. 2). World Health Organization



- Yoon, S., Dang, V., Mertz, J., & Rottenberg, J. (2018). Are attitudes towards emotions associated with depression? A conceptual and meta-analytic review. *Journal of affective disorders*, 232, 329-340. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.009>.
- Zimbread, P., & Seniów, J. (2017). Sintomas cognitivos e psiquiátricos na doença de Wilson. *Handbook of Clinical Neurology*, 142, 121-140. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-63625-6.00011-2>
- Zoltowski, A. P. C., Costa, A. B., Teixeira, M. A. P., & Koller, S. H. (2014). Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros *Psicologia: teoria e Pesquisa*, 30(1), 97-104 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000100012>.

## **Estudo 2 – Construção, evidências de validade de conteúdo de uma escala de rastreio de transtornos do humor em adultos com alterações neuropsicológicas**

### **2.1 Introdução**

A complexa tarefa para compreender os fenômenos em qualquer área do conhecimentos torna o caminho difícil de percorrer o grau de complexidade e plurideterminação dos eventos psicológicos, sendo a condição necessária para tornar-se uma ciência de alta magnitude (Cruz, Alchieri, & Sarda, 2002), no período da segunda guerra mundial, com avanço das técnicas estatísticas a psicométricas introduz seus métodos de investigação das propriedades psicológicas passando a contribuir com outras ciências na construção e adaptação de instrumentos de medida com destaque instrumentos de autor relato e de desempenho psicomotor, partindo de que psicométricas percebe diferenças entre pessoas, capacidades de funcionamento, cognição, emoção, comportamento, diferenças que podem ser identificadas por grupos, condições socioeconômicas que contribuem para a variabilidade.

Na década de 1970, a estratégia de busca de evidências de validade de construto de testes psicológicos tornou-se predominante, incentivados pelos trabalhos originais de Cronbach e Meehl (1955), conforme aponta Pacico e Hutz, (2015). Destaca-se o desenvolvimento da teoria psicológica com base empírica, conjuntamente com avanço de análise fatorial e da Teoria de Resposta ao Item (Pasquali, 2010).

As evidências com base da estrutura interna ganham fundamentação a partir da análise dos itens do próprio instrumento, observando padrões de covariância entre os itens com finalidade de perceber a relação entre itens ou escalas. Neste sentido itens que compartilham informação tende a covariar entre si com significados, assim pode se saber a estrutura dimensional proposta inicialmente conduz com estrutura de covariância Inter itens (Teixeira, 2016; Werlang, Nunes, & Borges, 2014).

Validade de um instrumento constitui julgamento avaliativo sobre o grau com que a evidência empírica e a racionalidade teórica representam adequação e apropriação de interpretação baseadas em escores de instrumentos (APA, AERA, & NCME, 2014). Validade é um parâmetro indispensável na teoria de medida em todas as disciplinas científicas que investigam fenômenos humanos no contexto de mensuração de suas propriedades, na qualidade científica assume aspetos relacionados aos resultados da pesquisa, semelhança do conceito, suas medidas e o que se espera, ou seja, medir aquilo que se propõe medir (Ollaik & Ziller, 2012; Pasquali, 2010).

A validade da estrutura interna de um instrumento (validade de construto) tem por objetivo verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental construto investigado, uma forma de legitimar a teoria (Pasquali, 2010). A confiabilidade é o parâmetro psicométrico que indica a consistência e precisão dos itens, vista como condição necessária, embora não suficiente para verificação da qualidade de interpretação da escala. Dentre os métodos para conhecer a confiabilidade de um instrumento de investigação: consistência interna, confiabilidade teste-reteste e concordância entre avaliadores

*Consistência interna* indica que os itens da escala medem a propriedade, a dimensão teórica ao qual se referem, clinicamente devem apresentar coeficiente alfa superior a 0,75. *Confiabilidade teste-reteste* verifica a estabilidade de resultados de teste repetidos num intervalo de 2 a 3 semanas mantendo os valores percentil acima de 0,75. *Concordância entre avaliadores* permite perceber quando e como os profissionais concordam/discordam uma pontuação específica, é expressa por coeficiente *Kappa* (resultados de 2 ou 3 categorias) ou coeficiente de correlação intra-classe (casos de desfechos contínuos)  $Kappa \leq 0,40$  “pobre”,  $Kappa = 0,60$  e  $0,70$  “bons” e  $Kappa > 0,70$  “ótimos”

*Propriedades psicométricas de instrumentos utilizados para avaliar alterações neuropsicológicas e correlatos comportamentais e humorais*

Adaptação Transcultural e Avaliação das Propriedades Psicométricas do *Home Environmental Assessment Protocol Revision* (HEAP-R) para uso no Brasil” (Aroni, 2019). O HEAP-R tem como objetivo avaliar ambiente domiciliar do idoso somente para indivíduos com demência, autora propôs a redução do tempo de aplicação e facilitar o uso, avalia também presença do riscos, adaptações, pistas visuais, desorganização, conforto, dispositivo de auxílio e proteção contra incêndio nos domicílios do idoso (Struckmeyer, 2016). Quanto a propriedades psicométricas, o HEAP-R criado para ser aplicado entre 20 e 30 minutos por terapeutas ocupacionais, score calculado com domínios riscos, adaptações, pistas visuais e desorganização.

Adaptação de um Instrumento de Rastreamento Cognitivo, O MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*), para a População Cabo-Verdiana (Moreira, 2016). O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) instrumento breve que abrange muitas funções cognitivas mostra-se sensível a estádios de declínio ligeiros, as escalas *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) foram usadas para avaliar a preservação da autonomia e funcionalidade; ausência de sintomatologia depressiva; ausência de deficiência

visual, auditiva e motor significativa; ausência de medicação suscetível de interferir na função cognitiva e ausência de histórico de dependência de álcool e drogas.

A revisão integrativa de instrumento de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira (Baptista & Borges, 2016) analisou a depressão transtorno mental que afeta pessoas de todas as idades, com estimativa de 350 milhões de pessoas sofrendo da doença no mundo inteiro sendo a primeira causa de incapacidade, de acordo da sua duração e intensidade pode se tornar problema grave afetando vários domínios do indivíduo (WHO, 2015). Os instrumentos usados no Brasil, segundo Aros e Yoshida (2009), *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e *Beck's Depression Inventory* (BDI).

O levantamento feito por Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) do Conselho Federal de Psicologia (CFP), instrumentos que avalia a depressão encontraram: a) de autor relato, as versões I e II do Inventário de Depressão de Beck e a Escala Baptista de Depressão (versão adulto) - (EBADEP-A); b) para avaliação de traço depressivo Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neurotiquíssimo - (EFN) que possui fator que avalia o traço de personalidade, assim como Bateria Fatorial de Personalidade – (BFP) e Inventário de Personalidade NEO-PI Revisado – (NEO-PI-R); c) instrumento expressivo ou de desempenho, o *House- Tree-Person* – (HTP) , o Paleográfico, o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, o Rorschach e o Zilliger, todos incluindo indicadores de depressão, dos 127 testes aprovados por CFP apenas 3 que corresponde a (2, 36%) se destinam a mensuração da depressão no Brasil que são; EBADEP-A, EBADEP-IJ e EADC.

*Acceptance and Action Questionnaire-II* – versão brasileira (AAQ-II) (Barbosa & Marta, 2015), para apresentar evidências psicométricas iniciais da versão brasileira de instrumento de avaliação de capacidades de agir baseando-se em valores, definiram a chamada capacidade Flexibilidade Psicológica (FP), entendida como habilidade de contatar o presente de forma completa possível como um ser humano conscientes de mudar ou persistir no comportamento que possa servir aos fins valorizados (Hayes *et al.*, 2006), por outro lado se encontra o termo Inflexibilidade Psicológica (IP) caracteriza-se pela incapacidade em mudar ou persistir nos comportamentos orientados em valores e vem associado à disfuncionalidade, com prejuízos para regular eventos internos a estímulos que orientam a vida, geralmente é comum a não realização de valores pessoais (Hayes *et al.*, 1996).

Foi realizado estudo com estudantes universitários de oito cidades brasileiras: Aracaju/SE, Belém/PA, Brasília/DF, Goiânia/GO, Rio Branco/AC, Rio de Janeiro/R,

Unai/MG e São Paulo/SP. Instrumentos usados foram: Escala de Resiliência Connor-Davidson-10 (CD-RISC 10) para avaliar a resiliência, apresenta estrutura unifatorial a serem respondidos numa escala *Likert* de 5 pontos, 0 (nunca é verdade) e 5 (sempre é verdade) (Lopes & Martins, 2011), A *Center for Epidemiological Studies – Depression* (CES-D), para avaliar a depressão, avaliando 4 fatores: afeto negativo, afeto positivo, dificuldades de iniciar comportamentos e o quarto fator não interpretado, avaliado por uma escala *Likert* de 4 pontos, entre 1 (raramente) e 4 (sempre) (Batistoni, Neri, & Cupertino, 2007), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado – Traço (IDATE-T) direcionada para avaliação da ansiedade, respondida de uma escala *Likert* 4 pontos de 1 (quase nunca) a 4 (quase sempre), apresenta uma estrutura bifatorial indicando ausência ou presença de ansiedade (Fioravanti *et al.*, 2006) e o Questionário de Saúde Geral – 12 (QSG-12) (Gouveia *et al.*, 2012) avalia a saúde mental geral, avaliando 2 fatores: depressão e ansiedade, respondidos de acordo com escala de 1 (absolutamente não) a 4 (muito menos que de costume) para itens negativos, de 1 (mai que de costume) a 4 (muito mais que do costume) para itens positivos.

Validação do Questionário de Avaliação de Habilidades Sociais, Comportamentos, Contextos para Universitários (Bolsoni-Silva, 2016), segundo a WHO (2004) doença mental em universitários a prevalência é alta, sugerindo a identificação, prevenção e tratamento precocemente, tendo em conta ser o período decisivo para atividades futuras, neste contexto foram identificados 25,4% dos universitários apresentavam algum grau de depressão e 50% de ansiedades (Gonzáles, Hernández & García-Campayo, 2009). Foram constatados problemas de saúde mental nos universitários principalmente no início do curso apresentavam índices elevados de depressão (Fang *et al.*, 2010). Estudo realizado com universitários em 9 faculdades de medicina entre públicas e privadas nos Estados Unidos referiam 19% tinham manifestações de ansiedade, 18% de depressão e 46% tiveram algum sintoma de saúde mental (Roberts *et al.*, 2001).

No Brasil, foram identificados 85% dos universitários que relataram ter ao menos um transtorno mental associado a diversas causas, tais como: morar sozinho (Cerchiari, Caetano, & Faccenda, 2005), natureza de atividade prevista no curso (Neves & Dalgalarro, 2007), momento do curso (Cerchiari *et al.*, 2005), o sexo (Barreto *et al.*, 2004) e repertório de habilidades sociais (Veenman, Wilhelm & Beishuizen, 2004).

Avaliação das Propriedades Psicométricas da Versão Brasileira do “*Personality Inventory for DSM-5* (PID-5)” em Amostra de Pacientes Obesos Candidatos à Cirurgia Bariátrica (Brandalise, 2017), Obesidade constitui ser doença crônica altamente prevalente a

sua etiologia é multifatorial e com alta morbimortalidades e define a obesidade como acúmulo anormal de gorduras que pode prejudicar a saúde (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO), considerada maior problema de saúde pública, levantamento de 2014 apontou para 600 milhões de indivíduos em todo mundo. Brasil por seu lado demonstrou que 52,5% encontram-se acima do peso. Obesidade vem associada com altas prevalências de transtornos psiquiátricos destacando-se transtornos de humor e de ansiedade (Duarte-guerra *et al.*, 2015). Vários instrumentos fizeram deste estudos,

a) Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) - Versão Brasileira, respondidos na escala de tipo *Likert* de 4 pontos, 0 “não tem nada a ver comigo, falso” a 3 “tudo a ver comigo, totalmente verdadeiro” avalia os traços patológicos da personalidade, contendo 25 facetas e 5 domínios traduzida, adaptada e validada por (Oliveira, 2015; 2016).

b) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), usada para avaliar a intensidade de sintomas de ansiedade, respondida da escala *Likert* com variação de 0 a 3 (sintoma ausente “quase não consigo suportar”), tradução e validação para português (Cunha, 2001).

c) *World Health Organization Quality of Life Instrument – Short Version* (WHOQOL BREF) - Versão Brasileira, é a versão reduzida com 26 itens respondida da escala *Likert* com 5 graus de intensidade, respondendo 4 domínios de qualidade de vida Saúde Física, Domínio Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (Fleck *et al.*, 2000).

d) *Defense Style Questionnaire 40* (DSQ-40) - Versão Brasileira, escala composta por 40 perguntas respondida até 9 pontos 1 indica “discordo totalmente” e 9 “concordo totalmente” fornece 20 tipos de defesa do ego 4 relacionadas ao estilo defensivo maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); 4 relacionadas ao estilo neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e 12 ao estilo imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autista, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização), adaptado, traduzido e validado para português (Blaya, *et al.*, 2004).

e) Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) – Versão Brasileira, criada para medir a intensidade dos sintomas compulsivos alimentares, composta por 62 afirmativas distribuídas em 16 itens, onde o participante escolhe afirmativa que o representa da melhor forma possível gerando um escore final de 17 pontos, tradução e adaptação por (Freitas, Lopes & Coutinho 2001).

Avaliação das funções executivas em idosos: evidências de validade convergente e dados normativos do teste Wisconsin de classificação de cartas versão reduzida de 64 cartas

para idosos (Esteves, 2015), população idosa é entendida como indivíduos com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e 65 anos nos desenvolvidos, estimada até 2050 a população poderá aproximar-se a dois milhões no mundo todo (WHO, 2005).

O funcionamento cognitivo está em dependência das capacidades mentais como habilidade de pensar, lembrar, raciocinar, sentir, perceber e responder a estímulos externos, paralelamente à idade associa-se o declínio das mesmas, tendo em conta aspetos genéticos, sociais e estilo de vida, tem em consideração fator escolaridade como protetor do declínio das funções cognitivas (Ribeiro *et al.*, 2010). Capacidade de memória, atenção e velocidade de processamento estão diretamente ligadas a funções executivas, anatomicamente as áreas frontais de cérebro é responsável por planeamento, sequenciamento e monitoramento (executivo), córtex pré-motor, córtex motor primário e córtex pré-frontal responsável pela motricidade (os 2 primeiros) e processos cognitivos (último) (Woodruff-pak, 1997).

Testes de Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) criado por Berg em 1948 nos EUA para medir processos mentais envolvidos na flexibilidade do pensamento, WCST inicialmente usada para população geral mais tarde usado para avaliação neuropsicológicas das funções executivas envolvendo os lóbulos frontais (Trentini *et al.*, 2010), requer habilidades de concentração, planeamento, flexibilidade cognitiva, memória de trabalho e inibição de respostas impulsivas (Kongs *et al.*, 2000).

Escala de flutuação cognitiva em demências: versão adaptada para o contexto brasileiro e investigação de evidências de validade de conteúdo (Júnior, 2018), American Psychiatric Association (APA) considera a demência como síndrome de comprometimento adquirido com gravidade necessária para provocar declínio funcional (APA, 2013), ao redores de 15,2% e 16,3% é a prevalência estimada para população brasileira (Chaimowocz & Burdorf, 2015). Nível escolar baixo na população brasileira é reconhecido como fator de risco para comprometimento cognitivo, muitos deles não são diagnosticados (Engedal & Lacks, 2016), atendimento destes pacientes tem sido tardio por ser diagnosticado quando se apresenta alterações comportamentais como: interferência nas habilidades de realizar atividades da vida diária; quando denota fraco desempenho em relação a funcionamento anterior; quando não se encontram explicações a partir dos transtornos psiquiátricos, comprometimento cognitivo pelo historial, de cuidadores e mediante avaliação neuropsicológica e o comprometimento deve apresentar dificuldades no mínimo dois dos seguintes domínios: memória (habilidade para consolidar, lembrar novas informações); funcionamento executivo (raciocínio, julgamento, planeamento, tarefas complexas); habilidade visuo espacial e linguagem (verbal-oral, leitura

e escrita) e personalidade e comportamento (agitação, retraimento social, falta de empatia etc.).

Várias escalas foram desenvolvidas para avaliar a presença de flutuações cognitivas (FC): *The Clinician Assessment of Fluctuation* (CAF) (Walker *et al.*, 2000), usado pelo clínico para se informar dos informantes acerca da duração FC; *The One Day Fluctuation Assessment Scale* (ODFAS) (Walker *et al.*, 2000), abrangendo as flutuações, sonolências, quedas, comunicação, pensamento desorganizado e nível de consciência; *The Mayo Fluctuation Scale* (MFS) (Ferman *et al.*, 2004), escala com perguntas dicotômicas (sim ou não), *The Dementia Cognitive Fluctuation Scale* (DCFS) (Lee *et al.*, 2014), avalia 4 dimensões identificadas FC (confusão, sono, alerta e comunicação)

Funcionalidade em sujeitos com transtorno depressivo maior (TDM): avaliação das propriedades psicométricas da escala *Functioning Assessment Short Test* (FAST) em amostra brasileira (Prado, 2019). TDM no Brasil é causador de 3,5% no total das doenças (Bonadiman *et al.*, 2017). Parte considerável de sujeitos portadores convivem com déficit de funcionamento mesmo depois do episódio agudo (Moussavi *et al.*, 2007; Mundt, Marks & Greist, 2002). Prejuízos funcionais acometidos pela depressão sobre funcionalidade incluem, diminuição da produtividade, aumento de erros e riscos de acidentes, conflitos interpessoais (Lerner & Henke, 2008). A prevalência dos trabalhadores Canadense nos últimos 12 meses foi de 4% e nesses 79% consideraram sintomas depressivos impedem a *performance* para trabalho, uma média de 32 dias de afastamento do trabalho (Gilmour & Patten, 2007). As escalas usadas foram Avaliação Global de Funcionamento (AGF) (Apa *et al.*, 1994), *Disability Assessment Scale 2.0* (DAS-2.0) (OMS, 2004). *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), Escala de Hamilton para Depressão (HAM-D): versão 5.0.0, são usadas para aferição da funcionalidade. FAST foi traduzida e validada para pacientes bipolares no Brasil, suas propriedades psicométricas apresentam alta consistência interna (Alpha de Cronbach > 0,9) e (coeficiente de *Kappa* de 0.90) propondo estudos para pacientes depressivos (Gazalle *et al.*, 2007).

FAST versão traduzida e adaptada para Brasil que avalia o desempenho dos últimos 15 dias, divididos em seis subescalas que avaliam a depressão: Autonomia (capacidade de tomar decisões), Funcionamento ocupacional (capacidade de se manter em trabalho regular), Funcionamento cognitivo (capacidade de se concentrar, aprender ..), Habilidades financeiras (gerir as finanças de forma regular), Relacionamento interpessoais (capacidade de se



relacionar com outros) e Atividade de lazer (capacidade físicas, esportes e exercícios) o escore soma dos itens que varia de 0 (ausência de limitação) a 3 (limitação severa) (Rosa *et al.*, 2007).

HAM-D destinada para avaliar sujeitos previamente diagnosticados com depressão, para definir a gravidade dos sintomas pontuando de 0 a 7 (eutímico), 8 a 13 (depressão leve), 14 a 18 (depressão moderada) e acima de 22 (depressão grave) (Bagby, Ryder, Schulle & Marshall, 2004).

Escala de Avaliação de Humor para Adolescentes: evidências de validade (Reppold, Gurgel, & Hutz, 2016), a depressão transtorno psicológico considerado mais influente para ideação suicida na camada juvenil (Moreira & Bastos, 2015), mesmo com danos funcionais visíveis os clínicos gerais com frequência não os diagnóstica na população jovem, aproximadamente 60% dos casos elevando para comorbilidade dos transtornos afetivos (Resende & Ferrão, 2013). No âmbito internacional são utilizados os seguintes instrumentos para avaliar sintomas depressivos: *Children Depression Inventory* (CDI); *Children Depression Rating Scale Revised* (CDRSR); *Depression Self-Rating Scale* (DSRS); *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS); *Child And Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA); *Mood and Feeling Questionnaire* (MFQ); *Adolescent Mood Scale* (MAS) e *Child Behavior Checklist/Youth Self Report* (CBCL YSR).

Na prática brasileira os instrumentos privilegiados para detenção de humor deprimido na camada mais jovem se destacam: Inventário de Depressão Infantil, adaptado para amostras adolescentes (Reppold & Hutz, 2003); Escalas Beck de Depressão, Desesperança e Ideação Suicida (Cunha, 2001), indicadas para uso clínico em pacientes a partir dos 17 anos de idade; e Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (Baptista & Cremasco, 2013). Para validade convergente da escala de humor fizeram parte simultaneamente com Escala Beck de depressão (BDI), Desesperança (BHS) e Ideação Suicida (BSI) (Cunha, 2001). Para evidência de validade de construto realizaram análise fatoriais exploratórias tendo sido extraído 3 fatores. O primeiro fator composto por 41 itens, o segundo, 17 itens e, o terceiro, 21 itens, respectivamente, humor deprimido, bem-estar subjetivo e mania/risco de suicídio.

Propriedades Psicométricas da Escala Multidimensional de Expressão Social – Parte Motora (EMES-M) em uma Amostra Brasileira (Pereira, Dutra-Thomé & Dutra-Thomé, 2018), expressão social motora ou mesmo habilidades sociais pode ser definido como comportamentos pelo qual são expressas ideias, opiniões e sentimentos ajudando as pessoas a lidar com situações sociais, resolver problemas nas relações interpessoais (Caballo, 2003). Diversos estudos apontam associação entre déficits de habilidades sociais e transtornos

psicológicos, como depressão (Del Prette, 2002; & Segrin, 2000), transtornos de ansiedades (Bandeira, Del Prette, Del Prette & Magalhães, 2009), tentativas de suicídios (Pereira, Wilhelm, Koller & Almeida, 2018), e a esquizofrenia (Penn, Kohlmaier & Corrigan, 2000).

A escala multidimensional de expressão social está composta por duas escalas: Escala Multidimensional de Expressão Social parte Motora (EMES-M) e a Escala Multidimensional Expressão Social parte Cognitiva (EMES-C). A EMES-M seu objetivo é avaliar a frequência de comportamentos sociais hábeis nos contextos em que a pessoa está inserida. A EMES-C avalia a ocorrência de pensamentos negativos relacionados a interação social, a escala pontua de 0 (nunca ou muito raramente) a 4 (sempre ou com muita frequência).

Tabela 4

*Propriedades psicométricas de instrumentos utilizados para avaliar alterações neuropsicológicas e correlatos comportamentais e humorais*

Fonte e País	Instrumento	Escopo de Estudo	Construtos	Propriedades Psicométricas
Aroni (2019) Brasil	HEAP-R, CHIEF	Realizar a adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento de avaliação ambiental <i>Home Environmental Assessment Protocol Revision (HEAP-R)</i> para uso no Brasil.	Demência, Riscos, desorganização, adaptações, pistas visuais e conforto	Evidência de validade; confiabilidade Inter examinadores variou entre moderado e substancial; coeficiente intra-classe teve concordância significativa e escore total do domínio risco
Barbosa e Marta (2015) Brasil	AAQ-II, CD-RISC 10, CES-D, IDATAE-T QSG-12	Traduzir e adaptar o AAQ-Q para contexto brasileiro e submeter os dados à verificação de validade de construto via análise fatorial exploratória.	Resiliência, depressão ansiedade e saúde mental.	Índice de consistência interna e as correlações entre a FP e construtos de saúde mental de AAQ-II foram positiva e limitações podem comprometer a consistência das evidências empíricas.
Baptista e Borges (2016) Brasil	BDI, BDI I-II, CDI, EBADEP-IJ, KADS-6 EADC	Revisão integrativa da literatura científica acerca dos instrumentos de depressão de crianças/adolescentes e adultos utilizados no país.	Ansiedade, qualidade de vida, estresse, desempenho cognitivo, qualidade de sono, ideação suicida, autoestima e desesperança	Foram encontrados 5 instrumentos para avaliar a sintomatologia depressiva para crianças, adolescentes e adultos o BDI (o BDI I-II pode ser utilizado já com crianças e/ou adolescentes), CDI, EBADEP-IJ, KADS-6 e a EADC. Ansiedade, Q de Vida, Estresse, D. Cognitivo, Q. Sono e I. Suicida Autoestima e Desesperança.
Baptista (2018) Brasil	CES-D, EBADEP-A, EPDS, BDI	Diferentes apontamentos sobre os critérios dos manuais psiquiátricos e características das escalas que avaliam sintomatologia depressiva	Perda de peso, Insônia, agitação, fadiga, Culpa, Ideação Suicida	As escalas psicométricas são ferramentas úteis na avaliação da sintomatologia depressiva e complemento do diagnóstico de depressão
Bolsoni-Silva, Loureiro	QHC-U, IHS-Del-Prette, BDI,	Testar as propriedades psicométricas de validade e fidedignidade do	Habilidades sociais, déficits de habilidades sociais,	As propriedades psicométricas aferida via estatística obteve resultados satisfatórios quanto à

(2016) Brasil	SCID	Questionário de Avaliação de Habilidades Sociais, Comportamentos e Contextos para Universitário	depressão, fobia social e saúde mental	consistência interna e variáveis do construto e concorrente. Análise fatorial isolou três fatores a Parte 1 (Comunicação e Afeto, Enfrentamento e Falar ao público) e dois fatores para Parte 2 (Potencialidade e dificuldades).
Brandalise (2017) Brasil	PID-5, BDI, WHOQOL BREF, ECAP	Investigar as propriedades psicométricas do PID-5 na avaliação dos traços patológicos de personalidade em pacientes obesos candidatos à cirurgia Bariátrica	Traços patológicos da personalidade, ansiedade, qualidade de vida, neuroses e compulsão alimentar	As facetas Anedonia, Distratibilidade, Excentricidade, Hostilidade, Impulsividade, Evitação de intimidade Perfeccionismo Rígido, Submissão e Retraimento; as demais tiveram variações. De forma geral, os domínios e facetas correlacionaram-se de forma esperada com os construtos correlatos.
Esteves (2015) Brasil	WCST-128, MEEM, GDS-15, WAIS-III	Apresentar evidências de validade convergente e dados normativos preliminares do WCST-64 para idosos brasileiros.	Depressão, concentração, função executiva e cognitiva, memória de trabalho	Indicadores da versão reduzida avaliação do construto de funções executivas com evidências validade convergente.
Júnior (2018) Brasil	DCFS, CAF, ODFAS, MFS, DCFS	Apresentar para o contexto brasileiro a versão adaptada da <i>Dementia Cognitive Fluctuation Scale</i> , bem como investigar evidências de validade de conteúdo.	Flutuações cognitivas, sonolência, quedas, comunicação, pensamento e nível de consciência	DCFS apresenta equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial quando comparado com original. Forte relação positiva nas FC e as alterações neuropsiquiátricas e estresse dos cuidadores nos grupos com demência foi encontrada indicadores que apontam FC como fator que contribui para piorar estado psicológico global e dos cuidadores.
Moreira (2016) Portugal	MoCA, MMSE, CDR GDS-15	Traduzir e adaptar MoCA para população Cabo-Verdiana, analisar as propriedades psicométricas e validade clínica da versão adaptada (MoCA-CV).	Autonomia, depressão deficiência visual e motora	Consistência interna para cada domínio é muito variável a estabilidade temporal através da correlação teste-reteste é satisfatória. Verifica-se correlação alta nos domínios Capacidade Visuo-espacial, Atenção, Cálculo e Memória de trabalho. Os demais domínios apresentam correlação moderada.
Pechorro, Barroso, Silva, Marôco, Gonçalves (2016) Portugal	SDRS MCSDS-SF BES SAS-A	Analisar as propriedades psicométricas da Escala de Respostas Socialmente Desejáveis - 5 (SDRS-5)	Desejabilidade social, empatia afetiva e cognitiva, ansiedade social dos adolescentes	Estrutura fatorial, consistência interna, validade convergente e discriminante. Em termos de validade de critério, foram encontradas correlações negativas entre a SDRS-5 e consumo de álcool, de cannabis, de cocaína/heroína e sexo sem preservativo
Pereira, Dutra-Thomé, Koller (2018) Brasil	EMES-M EMES-C SAD-D	Descrever o processo de adaptação e validação da Escala Multidimensional de Expressão Social – parte Motora (EMES-M)	Comportamento social, comportamentos negativos e sintomas de ansiedade social	A escala apresentou propriedades psicométricas adequadas e consistência interna. Também apresentou validade convergente, medida a partir de correlações com escalas que avaliam assertividade e ansiedade social.
Prado, Prado,	FAST	Observar as propriedades	Depressão,	Fortes correlações entre FAST e AGF

Santos (2019) Brasil	AGF DAS-2.0 MINI 5.0.0 HAM-D	psicométricas da escala FAST em amostra brasileira	autonomia, funcionamento ocupacional e cognitivo, habilidades financeiras, relacionamento interpessoal e atividade de lazer	entre subescalas e a escala total boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste. O estudo de validade discriminativa evidenciou que a FAST discrimina os casos de não moderados/graves dos demais
Reppold, Gurgel, Hutz (2016) Brasil	BDI BHS BSI	Construção e evidências de validade Escala de Humor para Adolescentes brasileiros	Humor deprimido, desesperança e ideação suicida	Evidências de validade de construto e convergente. Os três fatores apresentaram correlações significativas com as escalas de depressão e de desesperança.
Schaab, Duarte, Cruz (2017) Brasil	ECDI GDS-15 OLS	Construir uma escala contextual de depressão em idosos baseando-se na importância das intervenções primárias em saúde.	Depressão, satisfação com a vida	Validade discriminante, aferida entre a população com e sem sintomas depressivos.

**HEAP-R** = Home Environmental Assessment Protocol Revision; **CHIEF** = Craig Hospital Inventory of Environmental Factors; **MoCA-CV** = Montreal Cognitive Assessment versão Cabo-verdiana; **MMSE** = Mini-Mental State Examination; **CDR** = Clínica Dementia Rating; **GDR-15** Geriatric Depression Scale-15 Items;; **BDI** = Beck Depression Inventory; **CDI** = Children Depression Inventory; **EBADEP-IJ** = Escala Baptista de Depressão - versão Infantojuvenil; **KADS-6** = Kutcher Adolescent Depression Scale; **EADC** = Escala de Avaliação de Depressão para Crianças; **CD-RISC 10** = Escala de Resiliência Connor-Davidson-10; **CES-D** = Center for Epidemiological Studies – Depression; **IDATE-T** = Inventário de Ansiedade Traço-Estado – Traço; **QSG-12** = Questionário de Saúde Geral – 12; **QHC-U** = Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos para Universitários; **IHS-DeI-Prette** = Inventário de Habilidades Sociais; **BDI** = Inventário de Depressão de Beck; **Mini SPIN** = Versão reduzida do Inventário de Fobia Social; **SCID-I** = Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV; **PID-5** = Personality Inventory for DSM-5; **BAI** = Inventário de ansiedade de Beck; **WHOQOL BREF** = World Health Organization Quality of Life Instrument – Short Version; **DSQ-40** = Defense Style Questionnaire 40; **ECAP** = Escala de Compulsão Alimentar Periódica; **MEEM** = Mini Exame do Estado Mental; **WAIS-III** = Subtestes Dígitos e Vocabulário da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos, terceira edição; **WCST** = Teste Wisconsin de Classificação de Cartas **CAF** = The Clinician Assessment of Fluctuation; **ODFAS** = The One Day Fluctuation Assessment Scale; **MFCS** = The Mayo Fluctuations Scale; **DCFS** = The Dementia Cognitive Fluctuation Scale; **FAST** = Functioning Assessment Short Test; **AGF**= Avaliação Global de Funcionamento; DAS-2.0 = Disability Assessment Scale; **MIN** = Mini International Neuropsychiatric Interview: versão 5.0.0; **HAM-D** = Escala de Hamilton para Depressão; **BHS** = Desesperança; **BSI** = Ideação Suicida; **EBADEP-A**= Escala Baptista de Depressão – versão adulto; **EPDS** = Edinburgh Postnatal Depression Scale; **SDRS** = Socially Desirable Response Set 5; **MCSDS-SF** = Marlowe-Crowne Social Desirability Scale -Versão Curta; **BES** = Basic Empathy Scale; **SAS-A** = Social Anxiety Scale for Adolescents; **EMES-M** = Escala Multidimensional de Expressão Social parte Motora, **EMES-C** = Escala Multidimensional Expressão social parte Cognitiva; **SAD-D** = Dimensional Social Anxiety Scale; **ECDI** = Escala Contextual de Depressão em Idosos; **OLS** = Overall Life Satisfaction Single Item.

Construir, adaptar e obter evidências de validade e precisão de instrumentos de rastreio clínicos tem se tornado uma atividade de pesquisa relevante entre os profissionais que atuam nas ciências da saúde e na psicologia. A busca por instrumentos científicos que auxiliem no diagnóstico ou no levantamento de condições de saúde, em diferentes populações, é uma realidade a ser sistematicamente conquistada, tendo em vista as necessidades de cada cultura ou país. Seja por meio de processos de adaptação transcultural ou construção de instrumentos autóctones, é importante considerar os aspectos semânticos da população destino, ou seja, respeitando-se a capacidade de comunicabilidade das instruções e características verbais dos itens adaptados ou construídos.

No Brasil não é exceção ter esse tipo de problemas relacionados à testes psicológicos que necessitam uma adaptação para população brasileira (CFP, 2004; & Cruz, 2002). Vários

estudos realizados para terminar esse impasse que a psicométrica enfrentava nos últimos anos (Cruz, 2009; Gomes *et al.*, 2014; Pacico, 2015; Pasquali, 1999, 2001, 2010; & Santos *et al.*, 2018). Este fato torna-se difícil ainda para população moçambicana que se beneficia dos instrumentos psicológicos não padronizados, desde logo a escala de rastreio neuropsicológica NEUROPSZC será um dos primeiros a ser validado e adaptado para essa população (Schlindwein-Zanini & Cruz, 2018). Nesta população de Moçambique não apenas teste não padronizados, mais também próprio sistema sanitário contribui para proliferação de doenças (Carvalho & Afonso, 2019). Os pesquisadores brasileiros têm envidado esforços na padronização, adaptação de testes em avaliações neuropsicológicas que possuem normas específicas para determinada população (Magalhães & Hamdan, 2010; Nelson & Galvão, 2010). É notório o interesse crescente dos pesquisadores da neuropsicologia em desenvolver instrumentos de medida com parâmetro psicométricos de validade e de precisão (Bender *et al.*, 2009; Fonseca, Salles, & Parente, 2008 & Wong *et al.*, 2009)

Transtornos de humor apresentam-se afetando diversas áreas do indivíduo e episódios recorrentes relacionados à situações estressantes, classificados em episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo, transtorno depressivo recorrente e transtornos afetivo persistente (WHO, CID-10, 1993), com destaque dos transtornos bipolares (TB) considerados dos mais graves das doenças mentais pela presença alternado de humor (mania/hipomania e depressão) variando na intensidade, duração e frequência, quando ocorrem sintomas psicóticos é indicador de gravidade nas diferentes fases da doença (Borgelt, 2019; & Bosaipo 2017)

Alterações neuropsicológicas acarretam dificuldades em várias áreas e domínios cognitivos, déficits localizados basicamente nas funções executivas, explicando dificuldades na adaptação psicossocial e atividade psicomotora são funções cognitivas extremamente sensíveis às alterações de humor (Caligiuri, & Ellwanger, 2000; Rocca, Lafer, 2006;). Sendo importantíssimo delinear prejuízos cognitivos para auxiliar na compreensão da fisiopatologia, podendo-se oferecer acompanhamento adicional ao tratamento médico, minimizando interferências nas dificuldades que poderá causar na área social e ocupacional (Caligiuri & Ellwanger, 2000).

Os instrumentos psicológicos desempenham um papel importante na consolidação da Psicologia como ciência, pois possibilitam a operacionalização de diferentes hipóteses teóricas, corroborando-as ou refutando-as (Ambiel & Pacanaro, 2011; Primi, 2010). Segundo Pasquali (2010), a ausência de uma teoria consolidada sobre um construto dificulta o processo

de construção de instrumentos. O processo de validação empírica de instrumentos de medida requer, antes de tudo, o esclarecimento das características e extensão do construto que se pretende medir.

Cinco fontes de evidências de validade são definidas nos Standards (AERA, APA & NCME, 2014): 1) Evidências baseadas no conteúdo, as quais este capítulo tem como objetivo identificar com base nas análises de juízes do instrumento em construção; 2) Evidências com base no processo de resposta; 3) Evidências baseadas na estrutura interna; 4) Evidências baseadas na relação com variáveis externas; e 5) Evidências baseadas na consequência da testagem. Além das evidências apresentadas neste capítulo, no capítulo seguinte constam ainda evidências baseadas na estrutura interna do instrumento. A busca por evidências de validade de conteúdo é fundamental para avaliar o conteúdo dos itens do instrumento em construção, sua adequação para representar o construto mensurado (Muniz, 2004).

A validade de conteúdo é fundamental no processo de desenvolvimento e adaptação de instrumento de medidas (Alexandre & Coluci, 2011). Existem três aspectos principais da validade de conteúdo de um instrumento de medida: definição, representação e relevância do domínio (Haynes, Richard, & Kubany, 1995; Michalos, 2014). O primeiro aspecto refere-se às definições constitutivas e operacionais do construto. A representação indica a extensão ou tangibilidade do domínio do conteúdo que será medido, expressa nos itens do instrumento, enquanto a relevância indica o quão importante é medir cada uma das facetas do domínio considerado. O grau de qual um instrumento pode ser percebido como representativo e relevante está também ligado ao uso pretendido, como, por exemplo, para triagem ou avaliação de desempenho e de acordo com o perfil da população-alvo.

É essencial para estabelecer a validade do conteúdo de instrumento, portanto, uma definição clara do construto e suas facetas, assim como uma descrição da finalidade do instrumento. Um construto mal definido ou indiferenciado de outros construtos restringe ou compromete a validade do conteúdo do instrumento.

Nesta pesquisa, o instrumento construído e com evidências preliminares de validade e precisão para a população moçambicana, pretende ser uma importante ferramenta na detecção de sintomas de transtornos de humor em adultos, particularmente naqueles com diagnóstico de alterações neuropsicológicas que, se manifestam, em geral, em função de debilidade na esfera executiva, cognitiva e social. Instrumentos de rastreio de sintomas de transtornos de humor auxiliam no diagnóstico de agravos à saúde mental e podem contribuir em estudos descritivos sobre a prevalência e incidência de transtornos de humor em adultos, aspecto

relevante às necessidades da população moçambicana. Além disso, o instrumento poderá ser aprimorado para ser utilizada nacionalmente pelos técnicos em saúde, contribuindo para inserir Moçambique no mundo de produção científica e tecnológica, auxiliando na obtenção de diagnósticos em atendimentos hospitalares e na rede de saúde em geral.

O objetivo deste estudo foi obter evidências de validade e precisão de uma escala de rastreio de transtornos do humor em pacientes adultos moçambicanos, com hipótese de alterações neuropsicológicas.

## **2.2 Método e Resultados**

A presente etapa da pesquisa se enquadra no âmbito dos estudos que envolvem a construção e a validação de um instrumento de rastreio clínico. O delineamento do estudo é de caráter psicométrico e de corte transversal (Cozby, 2003; Fernández-Collado & Lucio, 2006; Richardson, 1989; & Sampieri, 2006).

A medição da manifestação comportamental de um traço latente é realizada por meio da premissa de que este traço apresenta variação na população e, especificamente, na amostra estudada. Assim, o instrumento psicológico precisa ser capaz de diferenciar as variações em sua extensão e medi-las de forma eficaz, eficiente e reproduzível (Joly, Berberian, Andrade, & Teixeira, 2010).

Este estudo tratou da busca de evidências de validade e precisão de uma escala de rastreio de sintomas de transtornos de humor em adultos com hipóteses de alterações neuropsicológicas. Dada a quantidade de informações do estudo e visando proporcionar uma leitura didática e compreensível dos métodos e resultados para o leitor, este estudo foi organizado em etapas:

Etapa1: Construção e evidências de validade de conteúdo da escala de rastreio de sintomas de transtornos de humor em adultos com alterações neuropsicológicas (Neuropsic-H);

Etapa 2. Evidências de validade da estrutura interna e precisão da Neuropsic-H;

Etapa 3. Evidências de validade da Neuropsic-H baseada em medidas externas e por grupo de contraste

**Etapa 1: Construção e evidências de validade de conteúdo da escala de rastreio de sintomas de transtornos de humor em adultos com alterações neuropsicológicas**

No Estudo I foi realizado um levantamento teórico sobre transtornos de humor em pacientes com alterações neuropsicológicas, para permitir a compreensão do tema. Esse estudo serviu de lastro teórico-técnico ao processo de construção do instrumento, que foi realizada com base nas etapas propostas por Pasquali (1999; 2011; 2015), as quais consistem em três grupos de procedimentos: 1. Procedimentos teóricos (que envolve a construção de itens, do critério escalar e das análises de juízes e semântica, denominada, genericamente de validade de conteúdo); 2. Procedimentos empíricos (relacionados a administração do instrumento de forma extensiva na população-alvo, considerando os critérios amostrais pertinentes); e 3. Procedimentos analíticos (que envolve os estudos estatísticos e psicométricos necessários à busca de evidências de validade interna e externa)

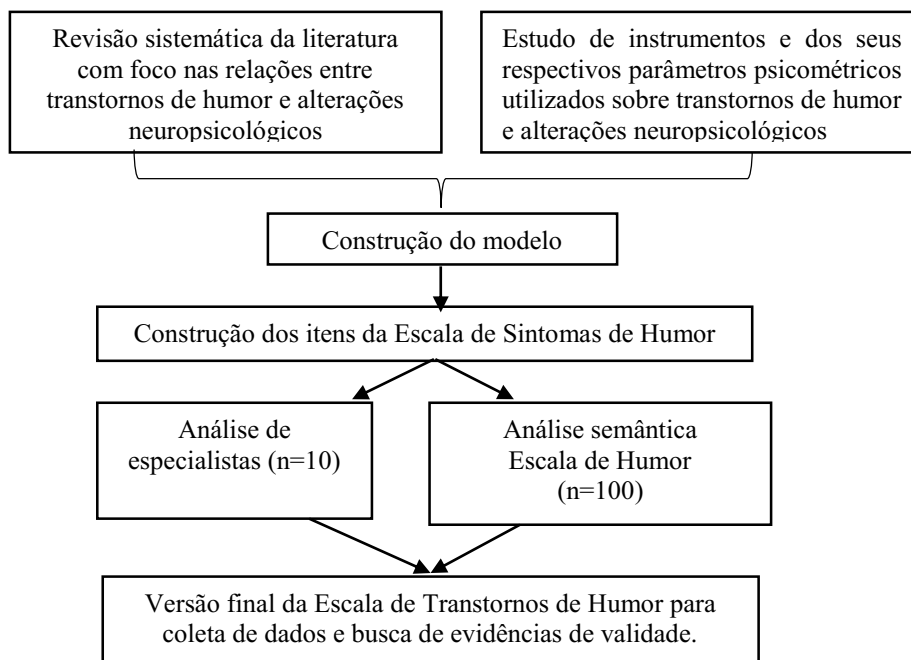
Esta etapa destina-se a apresentar o método, os procedimentos e os resultados relativos à construção da escala de rastreio de sintomas de transtornos de humor em adultos com alterações neuropsicológicas, denominada de Neuropsic-H, incluindo a elaboração dos itens, a análise de juízes e análise semântica, constituindo-se, em seu conjunto, o processo de validade de conteúdo de um instrumento.

Na Figura 2 são descritas as etapas relativas à construção da escala e à busca de evidências de validade de conteúdo, detalhadas na sequência deste texto.



Figura 2

*Descrição das Etapas de Construção e Busca de Evidências de Validade de Conteúdo, Neuropsic-H*



### *Construção da escala Neuropsic-H*

Para construir o instrumento para avaliar sintomas de transtornos de humor em adultos, denominado Neuropsic-H, foram considerados: estudos empíricos acerca de sintomas de humor em pacientes neuropsicológicos ou com lesões cerebrais, sejam do ponto de vista clínico ou epidemiológico; diretrizes diagnósticas sobre transtornos de humor presentes no Manual de Transtornos Mentais (Araújo, 2014). Foram considerados, também, como fontes de itens, questionários e escalas que se referem a alteração de comportamentos, sintomas, sentimentos e crenças sobre humor em pacientes clínicos. Além disso, foram considerados as cinco categorias definidoras de transtornos de humor, presentes na classificação de F30-F39, do CID-10: a) Episódio maníaco (hipomania e mania), b) transtornos afetivo bipolar (episódio hipomaníaco, maníaco, depressivo e atualmente em remissão), c) episódio depressivo (episódio depressivo leve, moderado, grave sem sintomas psicóticos e grave com sintomas psicóticos), d) transtorno depressivo recorrente (episódio atual leve, grave sem sintomas psicóticos, grave com sintomas psicóticos e atualmente em remissão), e) transtornos de humor persistentes (Ciclotimia e distímia).

Foram considerados os critérios propostos por Pasquali (2010) para a construção dos itens do Neuropsic-H: a) comportamental – cada item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto; b) objetividade – os itens devem cobrir comportamentos e expressar a preferência; c) simplicidade - um item deve expressar uma única ideia; d) clareza - o item deve ser inteligível e , para tanto, deve-se utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas, evitando expressões negativas e gírias ou termos técnicos especializados; e) relevância - o item deve ser consistente com o traço latente definido. isto é, não deve insinuar atributo diferente do definido; f) precisão – o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo; g) variedade – os itens devem ser variados, em termos de linguagem, pois o uso dos mesmos termos em todos os itens confunde as frases e dificulta diferenciá-las, além de provocar monotonia, cansaço e aborrecimento; h) modalidade – os itens devem ser formulados com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas (ex: excelente, desprezível etc); i) credibilidade – o item deve ser formulado de modo que não apareça como ridículo, despropositado ou infantil, visto que itens desse tipo podem afetar negativamente a resposta ao teste e, assim, indiretamente afetar a validade psicométrica do teste.

Em relação ao conjunto dos itens, utilizou-se como critérios: a) amplitude – os itens devem cobrir todo o traço latente (construtos utilizados na escala); b) equilíbrio – os itens devem estar distribuídos proporcionalmente no contínuo da escala; c) quantidade de itens: a quantidade de itens de um instrumento deve proporcionar uma variação exaustiva dos atributos que se pretende medir. Ou seja, na busca de evidências de validade de conteúdo deve-se verificar a representatividade dos itens de uma escala em relação aos fatores ou dimensões que o instrumento se propõe a medir (Primi, Muniz & Nunes, 2009; Pasquali, 2010).

Com base nesse conjunto de conhecimentos e critérios, escala Neuropsic-H foi desenvolvida, inicialmente, baseada em nove construtos (subescalas) e 52 itens, distribuídos da seguinte forma: I- Depressão (8); II- Ansiedade (7); III- Agressividade (5); IV- Afetividade (6); V- Insegurança (5); VI- Anedonia (5); VII- Ideação Suicida (5); VIII- Desesperança (6) e IX- Impulsividade (5). Uma vez definidos, os itens foram submetidos à análise de juízes (especialistas) e semântica (com uma pesquisa piloto com a população-alvo)

Um estudo de validade de conteúdo pode fornecer informações sobre a representatividade e clareza de cada item com a colaboração de especialistas (Alexandre & Coluci, 2011). Para tanto, foi realizado o procedimento de análise de juízes (especialistas) com o objetivo de avaliar a correspondência entre os itens e os construtos relacionados ao humor. A análise de juízes serve para determinar o nível de concordância entre os juízes e, em que medida, os itens avaliados podem ser mantidos, retificados ou retirados da escala definitiva, com base em suas observações (Pasquali 1999).

Foram convidados 10 juízes, entre psicólogos, psiquiatras, profissionais da enfermagem e/ou na área de Avaliação Psicológica, de Moçambique, para participarem desta etapa, entre os meses de novembro e dezembro de 2020. Conforme Alexandre e Coluci (2011), procedimentos quantitativos e qualitativos são necessários para validação de instrumento, respeitando a população de interesse, levando em consideração o idioma, o contexto cultural e estilo de vida.

Os itens foram disponibilizados com uma breve descrição do instrumento e definições constitutivas de cada um dos 9 construtos. Os juízes foram instruídos a verificar a correspondência de cada item ao respectivo construto, além realizarem observações, quando necessária, sobre a relevância e qualidade técnica dos itens disponibilizados. Os dados obtidos foram tratados por meio do coeficiente Kappa de Fliess, que é um coeficiente estatístico baseado na razão da proporção de vezes que os juízes concordam (corrigido por concordância devido ao acaso), com a proporção máxima de vezes que os juízes poderiam concordar (corrigida por concordância devido ao acaso). Os valores de Kappa variam de -1 (ausência total de concordância) a 1 (concordância total) (Hulley, Cummings, Browner, Grady, Hearst, & Newman, 2003).

Análise semântica, um processo importante para avaliação qualitativa do instrumento, teve como objetivo verificar se as instruções e o conteúdo dos itens são compreensíveis para a população que vai participar da pesquisa, tendo em vista as particularidades entre o português falado no Brasil e em Moçambique. Para chegar a tal propósito foi realizado um estudo piloto com 100 indivíduos entre pacientes e acompanhantes, com idade acima de 18 anos e não estar em tratamento psiquiátrico, atendidos no hospital Central da Beira, Sofala, Moçambique. Nessa fase foi necessário a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram abordados os objetivos e as instruções para participação na pesquisa.

Os participantes foram recrutados por conveniência e convidados a participar desta etapa da pesquisa de forma voluntária (Creswell, 2007). A coleta de dado foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2021, em todos os serviços do HCB onde trabalham psicólogos: Banco de Socorros, Cirurgias I e II, Consultas Externas, Direção Administrativa, Ginecologia e Obstetrícia, Medicinas I, II, III e IV, Medicina Legal, Pediatria, Psiquiatria, Oftalmologia e Ortopedias.

Os resultados da análise de juízes e semântica permitiram concluir que, dos 52 itens originalmente criados, restaram 47 itens para o estudo empírico extensivo, tendo em vista os critérios adotados de adequação item-construto, relevância e qualidade do item. Este processo teve participação de 10 especialistas todos funcionários de saúde composto por psiquiatras, psicólogos, pessoal de enfermagem e técnicos de assistência social, itens que sumiam mais de um construto e contradiziam objetivos do construto esses foram retirados. Foram excluídos 1 item de cada um dos construtos Depressão, Insegurança e Anedonia e 2 itens do construto ansiedade, tendo em vista terem alcançados valores de Kappa < 0,60 (bom) e/ou itens contemplam mais de um construto e/ou com redação confusa.

Entre as informações registradas pelos juízes constaram sugestões acerca da restrição ao uso de adjetivos de intensidade (muito, bastante), reformulação de itens com duas frases ou com uso de termos científicos pouco usuais. Além disso, foram realizadas as seguintes modificações: **Depressão:** item 6, “Tenho tido dificuldade para dormir ou um sono agitado” para “Tenho tido dificuldade para dormir”. **Ansiedade:** foi modificada item 2, “Tenho a sensação de que algo de ruim pode acontecer” por “Tenho a sensação de que algo de mal pode acontecer”. **Agressividade** item 3, “Quando estou incomodado maltrato animais, como cachorro ou gato, que cruzam meu caminho”, por “Quando estou incomodado maltrato animais que cruzam o meu caminho, como cachorro ou gato”. Para **Insegurança** item 3 foi alvo de mudança, “Me falta confiança para cuidar de pessoas próximas a mim (familiares, amigos)”. Com “Falta me confiança para cuidar de pessoas próximas (familiares, amigos)”. **Anedonia** teve critérios diferente para analistas no item 4 quando refere, “Acho que estou perdendo vontade em me relacionar amorosamente com o meu (minha) parceiro(a)”. Por “Acho que estou perdendo vontade de me relacionar sexualmente com o meu/minha parceiro/a”. No que concerne **Ideação suicida** item 4, “Me sinto desorientado, por “Sinto me desorientado”. **Desesperança** na 5 referência, “Consigo ver boas qualidades em mim mesmo”, para se designar “Consigo ver boas qualidades em mim” e **Impulsividade** no item 1 que

referia, “Tendo a agir rapidamente, sem pensar muito nas consequências”, passar para “Tendo agido rapidamente, sem pensar muito nas consequências”.

A Tabela 5 mostra a distribuição dos itens antes e após a análise de conteúdo, segundo o construto a que pertencem.

Tabela 5

*Distribuição antes e depois de análise dos itens.*

<b>Dimensões do Neuropsic-H</b>	<b>Itens (n)</b>	<b>Itens excluídos (n)</b>	<b>itens finais</b>
Depressão	8	1	7
Ansiedade	7	2	5
Agressividade	5	0	5
Afetividade	6	0	6
Insegurança	5	1	4
Anedonia	5	1	4
Ideação Suicida	5	0	5
Desesperança	6	0	6
Impulsividade	5	0	5
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>5</b>	<b>47</b>

Os coeficientes de Kappa de Fliess, geral e por item, da escala Neuropsic-H são descritos na Tabela 6, uma vez confirmada a escala definitiva (47 itens), que foi submetida ao estudo empírico extensivo na população-alvo.

Tabela 6

*Coefficientes de Kappa de Fliess total e por item da escala Neuropsic-H*

<b>Itens do Neuropsic-H</b>	<b>Kappa Fliess*</b>
1. Tenho estado desanimado em realizar atividades cotidianas.	0,90
2. Sinto que as pessoas observam o que faço.	0,65
3. Eu uso mais força do que o necessário para alcançar ou segurar objetos.	0,72
4. Me sinto indiferente a situações que emocionam as outras pessoas.	0,69
5. Tenho medo de ficar sozinho em casa, mesmo que seja de dia.	0,77
6. Perdi interesses nas coisas que antes eram prazerosas na minha vida.	0,60
7. Tenho tido pensamentos sobre tirar minha vida.	0,68
8. Acredito que não tenho chances na vida pessoal ou profissional.	0,62
9. Tendo agido rapidamente, sem pensar muito nas consequências.	0,81
10. Gosto de aventuras, de novas sensações.	0,67
11. Sinto um vazio interior que não sei explicar.	0,84
12. Acredito que as coisas vão dar certo na minha vida.	0,64
13. Estou perdendo vontade de me relacionar sexualmente com o meu/minha parceiro/a.	0,81
14. Tenho medo de ser rejeitado pelos amigos ou colegas de trabalho.	0,73
15. Me considero uma pessoa amável no meu convívio social.	0,79

16. Me sinto incomodado com as pessoas ao meu redor.	0,68
17. Fico irritado com tudo que faço.	0,67
18. Tenho percebido diminuição na capacidade de pensar e tomar decisões.	0,70
19. Não tenho vontade de fazer nada.	0,74
20. Tenho a sensação de que algo de mal pode acontecer.	0,69
21. Percebo que me comporto de forma violenta para resolver problemas.	0,66
22. Fico alegre com situações que para os outros não traz alegria.	0,67
23. Acho difícil saber se o que faço está bem feito.	0,78
24. Me sinto bem em ficar todo dia sem fazer nada.	0,69
25. Tenho a sensação de que não estou me adaptando mais a esse mundo.	0,69
26. Sou incapaz de fazer algo útil na vida das pessoas.	0,93
27. Não consigo esperar pela minha vez para resolver o que quero.	0,73
28. Sinto que corro riscos desnecessariamente.	0,71
29. Consigo ver boas qualidades em mim.	0,69
30. Sinto me desorientado.	0,78
31. Tenho sentido que perdi capacidades de fazer movimentos bruscos e fortes.	0,73
32. Falta me confiança para cuidar de pessoas próximas (familiares, amigos).	0,65
33. Não me sinto seguro nas coisas que faço diariamente.	0,66
34. Gosto de assistir filmes violentos.	0,66
35. Fico mal quando acho que as pessoas sabem sobre meus pensamentos.	0,64
36. Tenho tido dificuldade para dormir.	0,78
37. Tenho vontade de me relacionar com as pessoas.	0,68
38. Tenho me preocupado demais nos últimos dias com as coisas em geral.	0,69
39. Me sinto triste entre familiares e amigos próximos.	0,73
40. Tenho vontade de desaparecer da vida das pessoas.	0,63
41. Me considero uma pessoa agitada.	0,78
42. Acredito que as coisas vão melhorar.	0,63
43. Tenho dificuldade de expressar minhas emoções.	0,77
44. Quando estou incomodado maltrato animais que cruzam o meu caminho, como cachorro ou gato.	0,80
45. Me sinto melhor quando estou sozinho.	0,75
46. Não sinto prazer em realizar atividades que antes gostava.	0,93
47. Sinto que as pessoas não gostam do que eu faço ou penso.	0,72
<b>Geral</b>	<b>0,72</b>

\*Concordância entre juízes pelo coeficiente kappa de Fliess (IC 95%) para cada item da escala. Interpretação: 0,81 – 1,0: muito bom; 0,61 – 0,80: bom; 0,41 – 0,6: moderado; 0,21 – 0,4: regular; <0,2: fraco

## **Etapa 2: Evidências de Validade da Estrutura Interna e da Precisão da Neuropsic-H**

### **Método**

Uma vez obtidos os resultados da análise de conteúdo, foi aplicada a escala Neuropsic-H em uma amostra de moçambicanos (N=916), dividida em grupo clínico (n=500) e não clínico (n=416). Para todos os participantes foram coletados dados sociodemográficos: sexo, estado civil, escolaridade, religião e ocupação. Para o grupo clínico, participantes atendidos no Hospital Central de Beiras (província de Sofala), foram consideradas as seguintes variáveis: diagnóstico principal, comorbilidade, uso de medicação e posologia, histórico de

internação e morbidez familiar. Com base nesses resultados, foram realizados os estudos estatísticos e psicométricos para atender ao objetivo desta etapa: obter evidências de validade e de confiabilidade de uma escala de rastreio de transtornos do humor em pacientes adultos moçambicanos com hipótese de alterações neuropsicológicas e de humor.

#### *Instrumentos e procedimentos de coleta de dados*

Para a realização desta de pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados:

a) Questionário sociodemográfico, voltado à caracterização do perfil dos participantes;

b) Escala de Sintomas de Transtornos de Humor para Alterações Neuropsicológicas (Neuropsic-H), construída neste estudo, composta por 47 itens, com um nível de mensuração ordinal de 4 pontos, com base na intensidade conferida a cada item pelos participantes. Foram explorados 9 construtos que demonstram a presença de sintomas de transtornos de humor e correlatos - depressão, ansiedade, agressividade, afetividade, insegurança, anedonia, ideação suicida, Desesperança e Impulsividade.

c) Inventário de Alterações Neuropsicológicas para Adultos (Neuropsic-R), construído pelos pesquisadores do Laboratório Fator Humano da Universidade Federal de Santa Catarina, com evidências de validade e confiabilidade para a população brasileira (Schlindwein-Zanini & Cruz, 2018). O Neuropsic-R é uma escala composta por 19 itens, que tem por objetivo obter o rastreio de alterações neuropsicológicas em pacientes ambulatoriais em geral. Nesta pesquisa, o Neuropsic-R foi utilizado para investigar a validade concorrente entre ele e o Neuropsic-H. A hipótese central foi de que há uma correlação positiva, de moderada a alta, entre os instrumentos, pelo fato de que as alterações de humor são um das principais comorbidades em pacientes com alterações neuropsicológicas.

Os instrumentos foram aplicados em Moçambique, província de Sofala, na cidade da Beira, entre setembro 2021 e junho de 2022. Os procedimentos de coleta de dados foram realizados com dois tipos de amostras: a) trabalhadores e estudantes universitários que se voluntariaram para participar da pesquisa; b) pacientes atendidos no Hospital Central da Beira, na mesma região, que apresentavam histórico de morbidez neuropsicológica, neurofuncional ou cognitiva.

Em tratando de evidências de validade de instrumentos psicométricos, as recomendações variam em relação ao número de respostas necessárias para que uma amostra

seja considerada suficientemente boa para a realização dos procedimentos analíticos. Considera-se que para proceder a busca de evidência de validade da estrutura interna de um instrumento, é recomendado em torno de 10 pessoas por item, com o objetivo de gerar dados psicométricos mais robustos (Pasquali, 1999, 2010). Nesta pesquisa foi utilizado o critério de, pelo menos 15 participantes por item, no total, ou pelo menos 8 participantes, por item, para cada grupo definido, tendo sido ambos atingidos.

#### *Tratamento e Análise dos Dados*

Foi realizada a estatística descritiva dos dados, por meio da verificação dos valores mínimos e máximos das variáveis, assim como as medidas de tendência central e a ocorrência de *outliers* multivariados, com o objetivo de caracterizar o conjunto de dados. O Teste de Esfericidade de Bartlett e o Indicador de adequação da amostra Kaiser-Meyer-Olkin foram utilizados para verificar as condições para realização da fatoração da matriz de dados. Para examinar a dimensionalidade do instrumento, foi realizada a análise fatorial exploratória (AFE), assim como foram testados diferentes métodos de rotação, sendo a rotação oblíqua pelos métodos *promax* e *oblimin* e rotação ortogonal pelo método *varimax*.

Para verificação da consistência interna do instrumento foi utilizado o Alfa de *Cronbach*, estimado pela Teoria Clássica dos Testes (TCT), e o indicador de precisão real fornecido pela Teoria de Resposta ao Item (TRI), no qual, é considerada a estimação dos indicadores de ajuste dos itens (Wright & Stone, 2004). Para análise dos parâmetros dos itens pela TRI foram realizadas análises a partir do modelo de Rasch para itens politômicos (*Andrich Rating Scale*), para cada uma das dimensões, visto que o modelo pressupõe a unidimensionalidade dos construtos. Foram analisados, ainda, os indicadores de ajuste *infit* e *outfit*, a desordem de categorias, a correlação item-*theta*, o índice de dificuldade e o mapa de itens. A partir dos resultados desses indicadores, foi iniciado o processo de tomada de decisão acerca da eliminação dos itens com propriedades psicométricas desfavoráveis, resultando em uma versão atualizada do instrumento.

Para a identificação das evidências de validade baseadas nas relações com variáveis de perfil, foram realizados testes de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*, bem como análise de possíveis associações dos níveis e humor com variáveis de perfil. Para tanto, foram analisadas estatisticamente comparações entre indivíduos segundo o sexo, idade, grau de escolaridades, estado civil, local de trabalho e profissão.



## *Procedimentos Éticos*

Uma vez realizada a qualificação do projeto de pesquisa, e tendo em vista as possíveis alterações apontadas pela banca examinadora, este documento foi submetido à Comissão Nacional de Bioética em Saúde (CNBS) do Ministério de Saúde de Moçambique, com aprovação de: Ref:519/CNBS/21. Foram apresentados os objetivos e procedimentos desta pesquisa, enfatizando que a participação era voluntária, bem como foi garantido o anonimato aos participantes e a possibilidade de desistirem a qualquer momento da coleta de dados, sem nenhum prejuízo pessoal ou financeiro.

Aos participantes foi fornecido documento explicando os objetivos do estudo e solicitando sua participação no mesmo, por meio do preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e assinado por aqueles que aceitaram participar, uma via deste documento permaneceu com os participantes e a segunda com pesquisador. O TCLE fornece todas as informações acerca das implicações éticas da pesquisa, em conformidade com os procedimentos éticos estabelecidos. Os participantes não sofreram prejuízos ou malefícios durante a participação nesta pesquisa, tiveram o resguardo do seu bem-estar e dignidade, garantido o sigilo de suas identidades e proteção aos seus direitos. O contato do pesquisador foi disponibilizado e deve ser realizadas a devolutiva dos resultados aos participantes que solicitarem.

## **Resultados**

### *Perfil sociodemográfico dos participantes*

A Tabela 7 descreve o perfil sociodemográfico dos participantes moçambicanos da pesquisa (N=916), considerando as variáveis sexo, estado civil, escolaridade, religião e ocupação. O perfil dos participantes foi predominantemente de solteiros (71,5%) e católicos (70,2%), com distribuição equitativa entre os sexos (masculino 51,3% e feminino, 48,7%), sendo que 32,8% não apresentam instrução formal. Ensino superior foi a segunda categoria de escolaridade mais frequente nesta amostra (31%). Destacaram-se os estudantes (43,2%) e os servidores públicos (26,3%), no perfil ocupacional.

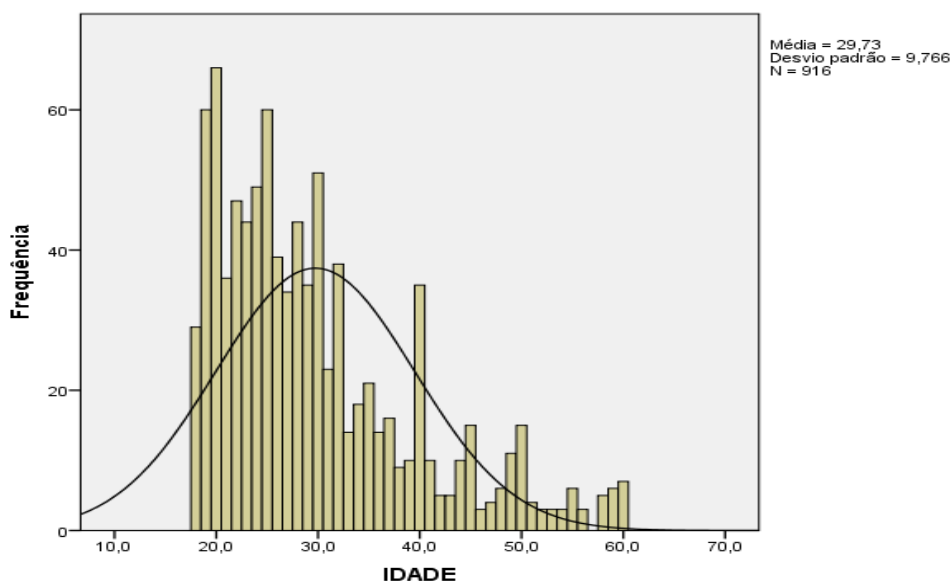
Tabela 7

*Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas dos participantes de Moçambique (N=916)*

Variável		N	%
Sexo	Masc	470	51,3
	Fem	446	48,7
Estado Civil	Solteiro	655	71,5
	Casado/União Estável	231	25,2
	Divorciado/Separado	13	1,4
	Viúvo	17	1,9
Escolaridade	Ensino Fundamental	65	7,1
	Ensino Técnico/Médio	267	29,1
	Ensino Superior	284	31,0
	Sem instrução formal	300	32,8
Religião	Católica	643	70,2
	Islâmica	117	12,8
	Protestante	103	11,2
	Não professa	53	5,8
Ocupação	Estudante	396	43,2
	Servidores públicos	241	26,3
	Trabalhadores do setor privado/serviços/industrial	45	4,9
	Trabalhadores autônomos	78	8,5
	Trabalhadores agropecuários, florestais, caca e pesca	11	1,2
	Desempregado	101	11,0
	Trabalhadoras/es do lar	32	3,5
	Aposentados	12	1,3

A figura 3 descreve a distribuição etária dos participantes. Observa-se uma média de idade de 29,7 anos (Dp= 9,76; Md=27), sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 60 anos.

Figura 3: Distribuição da idade dos participantes moçambicanos (N=916).



A tabela 8 descreve o perfil clínico dos participantes da pesquisa, de acordo com o diagnóstico, comorbidade, sequelas, medicação, internação e histórico familiar. A distribuição dessas variáveis pertencem ao grupo clínico (doentes) investigado (N=500; 54,6%), de um total de 916 participantes. Os pacientes apresentavam, em seu prontuário clínico, condições clínicas gerais e específicas, sendo que foram selecionados, para esta pesquisa, aqueles que apresentavam morbidez principal, doenças do sistema nervoso, de neurofuncionamento motor ou de neurodesenvolvimento, com comorbidades clínicas variadas. O grupo de participantes denominados hígidos (n=416; 45,4%) correspondem àqueles que não referiram históricos de alterações neuropsicológicas, neurofuncionais ou motoras, transtornos mentais ou outros agravos à saúde relevantes.

Tabela 8

*Distribuição estatística das variáveis clínicas entre os participantes do grupo clínico (N=500)*

<b>Variável</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Diagnóstico	Distúrbios Cognitivos em geral	123	13,4
	Distúrbios Neuromotores	106	11,6
	Demências	65	7,1
	Distúrbios de Neurodesenvolvimento	92	10,0
	Doenças do Sistema Nervoso	114	12,4
Comorbidade	AVC	65	7,1
	Depressão	81	8,8
	Síndrome de Pânico	80	8,7
	TDAH	30	3,3
	Ansiedade	56	6,1
	Transtornos Bipolares	120	13,1
	Esquizofrenia e outras Psicoses	37	4,0
	Epilepsia	23	4,6
	Perda Auditiva	6	0,7
	Outros	2	0,2
Sequelas	Físicas	163	17,8
	Emocionais	172	18,8
	Cognitivas	48	5,2
	Não	117	12,8
Medicação	Em Curso	417	45,5
	Sem Medicação	83	9,1
		309	33,7
Internação	Não		
	Sim	191	20,9

Histórico Familiar	Sem Parentes	343	37,4
	Com Parentes	157	17,1

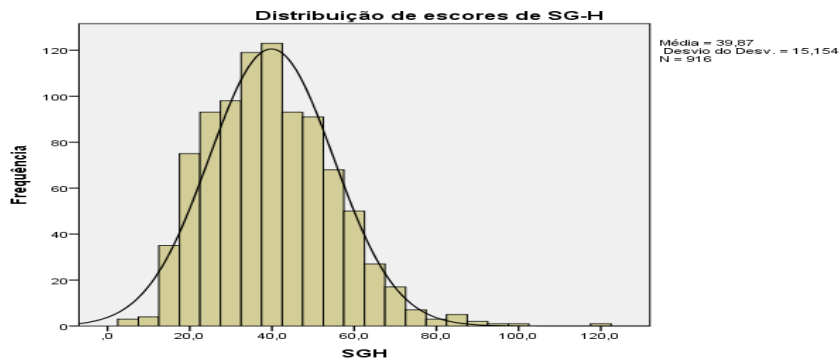
A tabela 8 mostra que, dentre os participantes doentes (54,6% do total dos participantes da pesquisa), destacam-se os quadros clínicos de distúrbios cognitivos, em geral (13,4%), doenças do sistema nervoso (12,4%) e distúrbios neuromotores (11,6%), em termos de diagnóstico principal. Esse grupo de agravos estão diretamente associados ao sistema nacional de saúde e sanitário precários em Moçambique, que mostra menor capacidade de contenção da proliferação de vírus e bactérias instaladoras de quadros graves e sequelas neurofuncionais na população.

As comorbidades mais salientes foram os transtornos bipolares (13,1%), a depressão (8,8%) e a síndrome de pânico (8,7%). Esses dados se relacionam ao predomínio de sequelas emocionais (18,8%) e físicas (17,8%) referidas. Dos pacientes, 45,5% convive com medicação em curso, ou seja, estão em tratamento médico justificado pelo atendimento hospitalar, sendo que maior parte deles não refere parentes com histórico de agravos similares (37,4%) e não estão em internamento hospitalar (33,7%). Antidepressivos e estabilizadores de humor (Fluoxetina 20mg Comp. e Carbamazepina, 100mg/5ml ou em Comprimido 200mg); Antipsicóticos (Aloperidol 5mg oral e injetável e Clorpromazina 100mg Comp e 50 mg injetável) foram referidos como os fármacos mais usados no período em referência.

#### *Análise Psicométrica da escala Neuropsic-H*

Inicialmente, é importante descrever as principais características da distribuição estatística geral da escala Neuropsic-H. O teste de normalidade indica média de 39,87 ( $Dp=15,54$ ) e  $Md= 38,83$ , com valor mínimo=5,0 e máximo=119,0). Ou seja, a distribuição dos resultados é modelada por uma distribuição normal (KMO/Shapiro-Wilk), para  $p>0,05$  Figura 4.

Figura 4. *Distribuição de normalidade dos escores da escala Neuropsic-H*



A distribuição estatísticas das médias dos itens, bem como das curvas de assimetria e curtose revela o padrão geral de um afunilamento da curva de dados em torno da média geral, embora maior concentração de informação abaixo da média (Tabela 9)

Tabela 9

*Distribuição estatísticas das médias dos itens Neuropsic-H*

Itens	Média	Desvio-Padrão	Skew	Kurtosis
It1	0.86	0.74	0.86	1.00
It2	1.16	0.94	0.56	-0.50
It3	0.82	0.95	0.95	-0.07
It4	0.75	0.86	1.05	0.47
It5	0.48	0.82	1.76	2.32
It6	0.77	0.84	0.97	0.37
It7	0.33	0.67	2.22	4.78
It8	0.58	0.81	1.44	1.50
It9	0.87	0.80	0.85	0.52
It10	1.41	1.02	0.30	-1.05
It11	0.94	0.92	0.83	-0.08
It12	0.86	1.00	0.76	-0.72
It13	0.60	0.81	1.35	1.26
It14	0.74	0.89	1.08	0.35
It15	0.97	1.02	0.58	-0.94
It16	0.65	0.75	1.17	1.34
It17	0.59	0.72	1.18	1.38
It18	0.73	0.77	1.05	1.06
It19	0.70	0.76	1.02	0.85
It20	0.88	0.80	0.84	0.49
It21	0.62	0.76	1.14	0.88
It22	0.48	0.73	1.52	1.76
It23	0.98	0.84	0.70	0.08
It24	0.65	0.86	1.28	0.94
It25	0.63	0.83	1.22	0.78
It26	0.53	0.81	1.57	1.83
It27	0.74	0.82	1.07	0.74
It28	0.73	0.86	1.12	0.64
It29	1.08	1.04	0.41	-1.14
It30	0.65	0.76	1.13	1.04

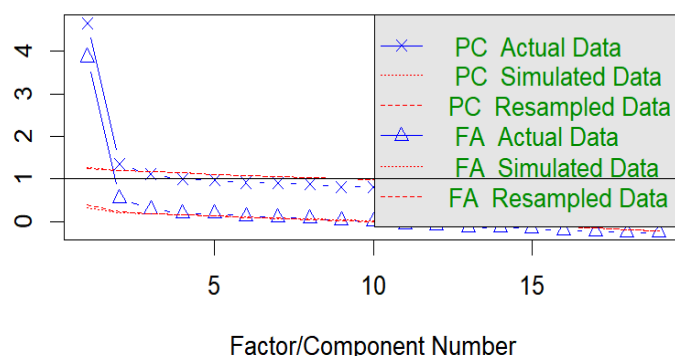
It31	0.59	0.82	1.41	1.36
It32	0.58	0.80	1.36	1.26
It33	0.78	0.86	1.06	0.57
It34	0.86	0.96	0.94	-0.11
It35	0.80	0.89	1.02	0.33
It36	0.89	0.90	0.84	-0.03
It37	1.48	1.06	-0.10	-1.22
It38	1.38	0.98	0.25	-0.95
It39	0.60	0.76	1.23	1.12
It40	0.58	0.78	1.30	1.10
It41	0.86	0.90	0.88	0.02
It42	0.87	1.04	0.80	-0.70
It43	1.01	0.91	0.68	-0.28
It44	0.33	0.68	2.19	4.33
It45	1.02	0.90	0.78	-0.02
It46	0.79	0.88	1.08	0.53
It47	1.09	0.96	0.73	-0.34

A busca de evidências de validade da estrutura interna tem como principal função verificar em que medida o conjunto de itens que compõem a escala se relacionam empiricamente e como eles refletem o construto teórico (Ambiel & Carvalho, 2017). As etapas preliminares às análises exploratórias indicaram  $KMO=0.911$  e  $Bartlett=96119,440$ ;  $gl=1081$ ,  $p<0.001$ . Esses resultados demonstraram a adequação de procedimentos multivariados, especialmente análises fatoriais e modelos da Teoria de Resposta ao Item (Borsa & Seize, 2017).

A análise fatorial, para o estudo da dimensionalidade dos conjuntos dos dados, foi realizada com base na extração do gráfico de sedimentação (*screeplot*), na análise paralela de Horn e no método de seleção de fatores comuns de Hull, via extração por mínimos quadrados não ponderados (ULS) e não ponderados robustos (RULS) (Lorenzo-Seva *et al.*, 2011; Muthén & Muthén, 2017). O gráfico de sedimentação sugeriu, inicialmente, a retenção de 5 componentes, com o método de exclusão *listwise*, sendo que apenas dois componentes explicaram 59,60 da variância compartilhada total (Figura 5).

Figura 5. Gráfico de sedimentação para os componentes da Neuropsic-H

### Parallel Analysis Scree Plots



Um dos principais produtos da Análise Fatorial Exploratória são as cargas fatoriais, que informam o quanto uma variável (item) contribui para um componente ou fator, expressas por meio de coeficientes de correlação (entre -1 e 1). Quanto maior a carga fatorial maior será a correlação com determinado componente ou fator. Nessa direção, foi realizada a análise fatorial exploratória, com extração para 2 componentes principais, conforme sugerido pelo gráfico de sedimentação e pela variância compartilhada, com supressão de valores  $\leq 0,30$  (Erro! Fonte de referência não encontrada.10).

Tabela 10

*Cargas fatoriais, variância compartilhada e específica para a análise fatorial exploratória com extração para 2 componentes*

Itens	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>h2</i>	<i>u2</i>	<i>Com</i>
25. Tenho a sensação de que não estou me adaptando mais a esse mundo.	0.56		0.329	0.67	1.0
47. Sinto que as pessoas não gostam do que eu faço ou penso.	0.56		0.339	0.66	1.0
11. Sinto um vazio interior que não sei explicar.	0.53		0.285	0.72	1.3
30. Sinto me desorientado.	0.53		0.289	0.71	1.0
18. Tenho percebido diminuição na capacidade de pensar e tomar decisões.	0.52		0.267	0.73	1.1
16. Me sinto incomodado com as pessoas ao meu redor.	0.51		0.289	0.71	1.1
32. Falta me confiança para cuidar de pessoas próximas (familiares, amigos).	0.51		0.293	0.71	1.1
39. Me sinto triste entre familiares e amigos próximos.	0.51		0.297	0.70	1.1
46. Não sinto prazer em realizar atividades que antes gostava.	0.50		0.261	0.74	1.0
40. Tenho vontade de desaparecer da vida das pessoas.	0.49		0.260	0.74	1.1
17. Fico irritado com tudo que faço.	0.48		0.275	0.72	1.2
19. Não tenho vontade de fazer nada.	0.48		0.232	0.77	1.0
21. Percebo que me comporto de forma violenta para resolver problemas.	0.48		0.237	0.76	1.0

33. Não me sinto seguro nas coisas que faço diariamente.	0.48	0.232	0.77	1.0	
6. Perdi interesses nas coisas que antes eram prazerosas na minha vida.	0.47	0.213	0.79	1.1	
20. Tenho a sensação de que algo de mal pode acontecer.	0.46	0.204	0.80	1.1	
22. Fico alegre com situações que para os outros não traz alegria.	0.46	0.279	0.72	1.3	
28. Sinto que corro riscos desnecessariamente.	0.46	0.206	0.79	1.0	
14. Tenho medo de ser rejeitado pelos amigos ou colegas de trabalho.	0.45	0.209	0.79	1.0	
31. Tenho sentido que perdi capacidades de fazer movimentos bruscos e fortes.	0.45	0.200	0.80	1.0	
4. Me sinto indiferente a situações que emocionam as outras pessoas.	0.44	0.188	0.81	1.1	
5. Tenho medo de ficar sozinho em casa, mesmo que seja de dia.	0.44	0.217	0.78	1.1	
35. Fico mal quando acho que as pessoas sabem sobre meus pensamentos.	0.43	0.194	0.81	1.4	
13. Estou perdendo vontade de me relacionar sexualmente com o meu/minha parceiro/a.	0.41	0.168	0.83	1.0	
23. Acho difícil saber se o que faço está bem feito.	0.41	0.162	0.84	1.1	
26. Sou incapaz de fazer algo útil na vida das pessoas.	0.41	0.195	0.80	1.2	
43. Tenho dificuldade de expressar minhas emoções.	0.41	0.167	0.83	1.1	
7. Tenho tido pensamentos sobre tirar minha vida.	0.40	0.229	0.77	1.5	
27. Não consigo esperar pela minha vez para resolver o que quero.	0.39	0.144	0.86	1.1	
36. Tenho tido dificuldade para dormir.	0.39	0.149	0.85	1.0	
8. Acredito que não tenho chances na vida pessoal ou profissional.	0.39	0.166	0.83	1.1	
9. Tendo agido rapidamente, sem pensar muito nas consequências.	0.39	0.150	0.85	1.0	
44. Quando estou incomodado maltrato animais que cruzam o meu caminho, como cachorro ou gato.	0.38	0.204	0.80	1.5	
1. Tenho estado desanimado em realizar atividades cotidianas.	0.37	0.130	0.87	1.1	
24. Me sinto bem em ficar todo dia sem fazer nada.	0.36	0.185	0.82	1.5	
45. Me sinto melhor quando estou sozinho.	0.36	0.131	0.87	1.0	
38. Tenho me preocupado demais nos últimos dias com as coisas em geral.	0.35	0.38	0.221	0.78	2.0
3. Eu uso mais força do que o necessário para alcançar ou segurar objetos.	0.34	0.147	0.85	1.8	
42. Acredito que as coisas vão melhorar.	0.64	0.448	0.55	1.1	
12. Acredito que as coisas vão dar certo na minha vida.	0.57	0.385	0.62	1.2	
29. Consigo ver boas qualidades em mim.	0.54	0.300	0.70	1.0	
37. Tenho vontade de me relacionar com as pessoas.	0.41	0.166	0.83	1.0	
15. Me considero uma pessoa amável no meu convívio social.	0.40	0.158	0.84	1.0	
2. Sinto que as pessoas observam o que faço.	0.37	0.186	0.81	1.9	
10. Gosto de aventuras, de novas sensações.	0.32	0.139	0.86	1.9	

Com base na análise fatorial exploratória (AFE), as cargas fatoriais extraídas, com supressão daquelas com valores  $\leq 0,30$ , permitiu identificar dois itens (itens 34 e 41) que não apresentaram cargas fatoriais em nenhum dos componentes principais (Erro! Fonte de referência não encontrada.9), tendo sido excluídos nesta etapa de calibração do instrumento na



busca de evidências de validade interna. Nota-se que os itens 38 (Tenho me preocupado demais nos últimos dias com as coisas em geral”) carregou nos dois fatores.

Com base nesses resultados foi possível observar que os itens que descrevem sintomas, em geral, carregaram no componente 1, enquanto os itens que descrevem estados positivos carregaram no componente 2, indicando uma clara diferenciação entre as dimensões extraídas na AFE. A Neuropsic-H obteve evidências de validade conteúdo para nove construtos e 47 itens, que refletiam, em sua maioria sintomas (depressão, ansiedade, agressividade, afetividade, insegurança, anedonia, ideação suicida, desesperança, impulsividade). Nesse caso, o componente 1 mostrou se constituir em uma faceta unidimensional. Entretanto, foram mesclados com itens que referiam estados, sentimentos ou comportamentos positivos (“Acredito que as coisas vão melhorar”; “Acredito que as coisas vão dar certo na minha vida”; “Consigo ver boas qualidades em mim”; “Tenho vontade de me relacionar com as pessoas”; “Me considero uma pessoa amável no meu convívio social”; “Gosto de aventuras, de novas sensações”). Todos esses itens positivos carregaram no componente 2, acrescido do item “Sinto que as pessoas observam o que faço”, que, aparentemente foi interpretado como algo positivo, diferentemente no planejado. O Neuropsic-H permaneceu, após a AFE, com 45 itens.

Em seguida, foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC), em que os 45 itens e as respostas de todos os participantes foram considerados, com base em uma matriz de correlação tetracórica, utilizando o método de mínimos quadrados ponderados robustos ajustados pela média (WLSM) como estimador (Suh, 2015; Tarka, 2017). Foram considerados vários modelos resultantes (entre 1 e 10 fatores) e a melhor interpretabilidade da solução foi considerada, tendo em vista os seguintes desfechos estatísticos: Teste de Esfericidade de Bartlett significativo, Critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) igual ou superior a 0,7; Comparative Fit Index (CFI) e Tucker-Lewis Index (TLI) iguais ou acima de 0,9; Root Mean Square of Error of Approximation (RMSEA), com resultado abaixo de 0,08, e aceitável quando abaixo de 0,1 (Costello & Osborne, 2005; Marôco, 2010).

Os resultados encontrados mostram que o modelo de 2 fatores é o mais adequado para explicar a extração fatorial produzida (Tabela 11).

Tabela 11

*Teste de qualidade dos ajustes do Neuropsic-H*

Estatísticas	KMO	Teste de Bartlett	Df	P	RMSEA	TLI	CFI
--------------	-----	-------------------	----	---	-------	-----	-----

0,911	9619,44	1081	0,001	0,0638	0,9008	0,9012
-------	---------	------	-------	--------	--------	--------

A consistência interna de um instrumento oferece um indicador associado à fonte de evidência de validade com base em sua estrutura interna. A obtenção de coeficientes de consistência interna, por meio do Alfa de Cronbach, é uma medida de precisão de uma escala que, espera-se alcançar valor igual ou acima de 0,75. O coeficiente de precisão da escala Neuropsi-H, como um todo, foi de 0,866. A Tabela 11 mostra os coeficientes de precisão por item, com as respectivas correlações item-resto e se suprimidos.

Tabela 12

*Coefficientes de precisão da escala Neuropsi-H*

	Média da escala se o item for excluído	Correlação item-resto	Alfa de Cronbach se o item for excluído
It1	39,07	,335	,866
It2	38,70	,292	,866
It3	38,96	,330	,866
It4	39,13	,407	,864
It5	39,34	,391	,865
It6	39,09	,428	,864
It7	39,50	,348	,866
It8	39,29	,344	,865
It9	38,98	,357	,865
It10	38,57	,248	,868
It11	38,91	,489	,863
It12	37,70	-,143	,876
It13	39,28	,372	,865
It14	39,23	,405	,864
It15	37,81	,038	,872
It16	39,30	,448	,864
It17	39,31	,409	,865
It18	39,13	,480	,863
It19	39,23	,433	,864
It20	39,02	,422	,864
It21	39,20	,431	,864
It22	39,43	,413	,864
It23	38,95	,384	,865
It24	39,26	,309	,866
It25	39,24	,499	,863

It26	39,31	,359	,865
It27	39,10	,357	,865
It28	39,10	,415	,864
It29	37,93	-,008	,873
It30	39,22	,470	,863
It31	39,18	,411	,864
It32	39,28	,447	,864
It33	39,09	,430	,864
It35	39,04	,401	,864
It36	39,05	,355	,865
It37	38,44	,033	,872
It38	38,55	,337	,866
It39	39,27	,445	,864
It40	39,29	,431	,864
It42	37,73	-,094	,875
It43	38,94	,380	,865
It44	39,47	,330	,866
It45	38,94	,335	,866
It46	39,02	,457	,863
It47	38,76	,508	,862

### **Etapa 3. Evidências de validade baseada em construtos relacionados**

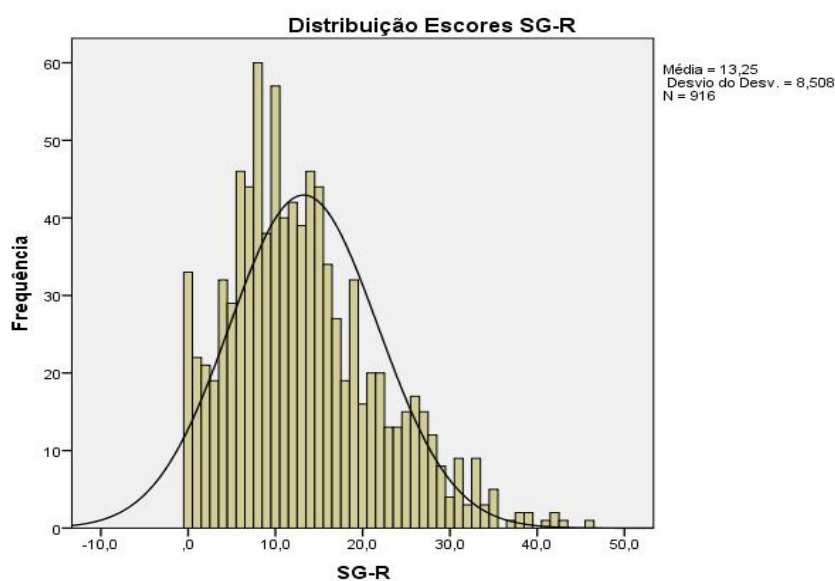
Uma fonte de evidência de validade importante de medidas psicológicas ou clínicas é o perfil de relacionamento entre os resultados obtidos pelo instrumento em desenvolvimento e os resultados obtidos por outros instrumentos, que estudam construtos similares ou divergentes. Indicadores dessa natureza permitem identificar a capacidade de um instrumento se correlacionar com outras medidas psicológicas ou externas, bem como a possibilidade de ele identificar e contrastar grupos clínicos previamente conhecidos. Os aspectos correlacionais, vistos tradicionalmente como validade convergente e discriminativa, os últimos podem ser bem classificados como análises de grupos conhecidos ou contrastantes (Finch et al., 2018; Reeves & Marbach-Ad, 2016) (Coronel, 2015). Instrumentos de medida buscam, sempre que possível, tornar objetivo o processo de aferição e padronização dos seus estimadores (Anunciação, 2018). Para tanto, a validade das interpretações dos resultados obtidos por tais instrumentos está intimamente associada à qualidade das evidências teóricas e empíricas que eles detêm.

Nessa direção, inicialmente foram realizadas a análise estatística descritiva e das propriedades psicométrica da Neuropsic-R no grupo amostral. A busca de evidências de

validade e precisão da escala Neuropsic-R levou em consideração os resultados a sua aplicação em uma amostra de 916 pessoas, maiores de 18 anos, moçambicanos.

Para a análise estatística dos escores da Neuropsic-R foi testada a normalidade da distribuição: média de 13,25 ( $Dp=8,51$ ),  $Md= 11,902$ , valor mínimo=0 e máximo=46. Ou seja, a distribuição dos resultados é modelada por uma distribuição não-paramétrica (KMO/Shapiro-Wilk), para  $p>0,05$  (Figura 6).

Figura 6. *Distribuição dos escores da escala Neuropsi-R entre os participantes (N=916)*



A distribuição estatística das médias dos itens, bem como das curvas de assimetria e curtose revela o padrão geral de um afunilamento da curva de dados em torno da média geral, embora maior concentração de informação abaixo da média. Uma vez que a escala Neuropsic-R não possui estudos psicométricos em Moçambique, foi testada a dimensionalidade da escala e avaliadas as suas propriedades psicométricas, antes de qualquer verificação de medidas correlacionais.

Nesse sentido, a fim de identificar evidências sobre a estrutura interna da Neuropsic-R, bem como ter informações psicométricas sobre seus itens, optou-se por realizar uma análise fatorial exploratória, com base na Teoria de Resposta ao Item (TRI), a fim de promover decisões ajustadas aos parâmetros mínimos, sem depreciação ou subestimação do poder de contribuição do item no desempenho geral da escala. A TRI é um conjunto de modelos estatísticos, em que a probabilidade de resposta a um item é modelada como uma função da habilidade do respondente e de parâmetros que expressam certas propriedades dos itens. Uma

característica importante dos modelos da TRI é que os parâmetros dos itens e a habilidade do respondente estão na mesma escala (Klein, 2013).

Vale ressaltar que a TRI foi utilizada para verificar a dimensionalidade da Neuropsic-R nos estudos de evidências de validade da estrutura interna, no Brasil (Schlinwein-Zanini & Cruz, 2018). E, utilizando o mesmo método adotado no Brasil, os itens da Neuropsic-R foram submetidos à análise psicométrica por meio do Modelo de Resposta Graduada de Samejima (para escalas politômicas). Este modelo assume que as categorias de respostas podem ser ordenadas ao longo de um contínuo, que permitem estimar um conjunto de parâmetros de localização de limite para cada item, em termos de discriminação (parâmetro a ou inclinação) e dificuldade da resposta (parâmetro b). Nesse caso, foi adotado o critério de extração de 7 fatores, conforme apontado na solução fatorial na AFE anterior. Os resultados indicaram um padrão unidimensional, tal como no estudo de Schlinwein-Zanini e Cruz (2018), com valores de discriminação (parâmetro a) acima, ou muito próximo de 1 para todos os 19 itens (Tabela 13).

Tabela 13

*Estudo dos parâmetros da Teoria de Resposta ao Item para a Neuropsic-R (N=916)*

Item	A	b1	b2	b3
It1	1.068	0.407	1.575	3.053
It2	0.964	0.608	2.253	3.803
It3	1.258	0.065	1.208	2.467
It4	1.116	0.186	1.453	2.701
It5	1.036	-0.244	1.497	3.310
It6	1.078	-0.087	1.654	3.057
It7	1.190	0.026	1.632	2.429
It8	1.028	0.196	1.446	2.531
It9	1.381	0.315	1.858	2.985
It10	1.236	0.460	1.953	3.134
It11	1.116	0.427	1.792	3.104
It12	1.197	0.169	1.474	2.945
It13	1.104	0.587	2.262	3.953
It14	1.213	0.164	1.701	2.828
It15	1.022	0.485	2.326	3.452
It16	1.073	0.262	1.923	3.343
It17	0.916	-0.300	1.657	2.606
It18	1.516	0.312	1.380	2.078
It19	1.122	0.552	1.703	2.993

A unidimensionalidade da Neuropsic-R, obtida no contexto moçambicano, também foi encontrada no estudo de validade da estrutura interna, no Brasil (Schlinwein-Zanini & Cruz, 2018). Por sua vez, a precisão de uma escala é vista quando se avalia a proximidade entre os resultados obtidos por meio de ensaios com amostras preparadas conforme descrito, considerando o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach igual ou maior de 0,75. Os coeficientes de precisão geral (0,815) e por item da escala Neuropsic-R foram considerados satisfatórios (Tabela 14).

Tabela 14

*Coeficientes de precisão (alfa de Cronbach) da escala Neuropsic-R*

<b>Item</b>	<b>Correlação item-resto</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Neuropsic-R 1	0,4	0,806
Neuropsic-R 2	0,345	0,809
Neuropsic-R 3	0,451	0,803
Neuropsic-R 4	0,372	0,808
Neuropsic-R 5	0,389	0,807
Neuropsic-R 6	0,365	0,808
Neuropsic-R 7	0,445	0,804
Neuropsic-R 8	0,443	0,804
Neuropsic-R 9	0,32	0,811
Neuropsic-R 10	0,412	0,806
Neuropsic-R 11	0,403	0,806
Neuropsic-R 12	0,405	0,806
Neuropsic-R 13	0,346	0,809
Neuropsic-R 14	0,421	0,805
Neuropsic-R 15	0,285	0,813
Neuropsic-R 16	0,37	0,808
Neuropsic-R 17	0,334	0,81
Neuropsic-R 18	0,492	0,801
Neuropsic-R 19	0,438	0,804
		<b>Total: 0,815</b>

As análises correlacionais entre os resultados obtidos pelo Neuropsic-H e Neuropsic-R, revelaram este último com propriedades psicométricas robustas para avaliar alterações neuropsicológicas/neurofuncionais e cognitivas em populações atendidas em ambulatórios hospitalares e com queixas ou diagnósticos de quadros clínicos neurofuncionais e cognitivos (Schlinwein-Zanini & Cruz, 2019). A hipótese inicial deste trabalho que esses instrumentos apresentariam correlações, pelo menos moderadas entre si, especialmente para o grupo clínico (N=500).

Os resultados encontrados revelaram uma correlação positiva ( $r=0,332$ ) entre as médias do escores das escalas ( $N=916$ ,  $p<0,05$ ). Quando correlacionados os escores das escalas apenas entre os respondentes do grupo clínico ( $N=500$ ), a correlação obtida mostrou-se positiva e moderada ( $r=0,461$ ), indicando que há uma relação importante entre pacientes com quadros neurofuncionais e cognitivos e alterações de humor, aproximando-se da relação esperada.

A capacidade de um instrumento identificar grupos contrastantes é uma importante fonte de evidência de validade (Coronel, 2015; Finch et al., 2018; Reeves & Marbach-Ad, 2016). Essa característica do Neuropsic-H, projetado nesta pesquisa, foi avaliada a partir de um grupo clínico composto por 500 respondentes com diagnósticos de quadros neuropsicológicos, neurofuncionais e alterações cognitivas, atendidos em hospital geral.

Quando correlacionados os escores médios da Neuropsic-H e a Neuropsic-R, considerando as variáveis sociodemográficas, usando coeficiente *Spearman*, não foram encontradas correlações significativas.

Tabela 15

*Correlação do escore médio geral da Neuropsic-H e da Neuropsic-R e as variáveis sociodemográficas da população (N=916)*

Variáveis		Correlação Spearman			
		SG-H		SG-R	
		<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Sexo	Masc	0,007	0,832	0,023	0,496
	Fem				
Estado Civil	Solteiro	0,049	0,140	0,031	0,345
	Casado/União Estável				
	Divorciado/Separado				
	Viúvo				
Escolaridade	Ensino Fundamental	0,023	0,491	0,030	0,472
	Ensino Técnico/Médio				
	Ensino Superior				
	Sem instrução formal				
Ocupação	Estudante	0,050	0,127	-0,05	0,659
	Servidores públicos				
	Trabalhadores do setor privado/serviços/industrial				
	Trabalhadores autônomos				
	Trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca				
	Desempregado				
	Trabalhadoras/es do lar				
Religião	Aposentados				
	Católica	-0,009	0,780	-0,014	0,916
	Islâmica				
	Protestante				
	Não professa				

Tabela 16

*Correlação do escore médio geral da Neuropsic-H e da Neuropsic-R e as variáveis clínicas da população (N=500)*

Variáveis		Correlação Spearman			
		SG-H		SG-R	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Diagnóstico	Distúrbios Cognitivos em geral	0,222	<b>0,000</b>	-0,003	0,940
	Distúrbios Neuromotores				
	Demências				
	Distúrbios de Neurodesenvolvimento				
	Doenças do Sistema Nervoso				
Comorbilidade	AVC	-0,002	0,969	-0,056	0,212
	Depressão				
	Síndrome de Pânico				
	TDAH				
	Ansiedade				
	Transtornos Bipolares				
	Esquizofrenia e outras Psicoses				
	Epilepsia				
	Perda Auditiva				
	Outros				
Sequelas	Físicas	-0,079	0,079	0,025	0,578
	Emocionais				
	Cognitivas				
	Não				
Medicação e Posologia	Em Curso	-0,136	<b>0,002</b>	0,033	0,466
	Sem Medicação				
Internação	Não	0,128	<b>0,004</b>	0,037	0,404
	Sim				
Histórico Familiar	Sem Parentes	-0,001	0,980	-0,114	<b>0,011</b>
	Com Parentes				

Quando correlacionados os escores médios (SG-H e SG-R) com as variáveis clínicas, verifica-se correlação significativas nas variáveis diagnóstico, medicação e posologia e internação para SG-H, entretanto variável diagnóstico com a correlação a que mais se aproxima a 1, com tudo variável histórico familiar a apresenta correlação negativa fraca e significativa para SG-R para coeficiente de Spearman.



## Discussão

Métodos utilizados no percurso destes estudos permitiram-nos compreender, perceber e avaliar suas principais tendências e direcionamentos dos acontecimentos relacionados ao tema em causa. A revisão sistemática revelou o panorama geral relacionados com transtornos de humor em pacientes com alterações neuropsicológicas, no período entre 2015 e 2019 destaque da produção científica pertenceu ao continente americano com 23 artigos ou estudos, relativamente aos países Brasil teve vantagem com 14 estudos, em geral houve produção irregular embora o 2019 seja ano com maior índice 12. Ficou demonstrado de igual forma os pesquisadores interessaram-se a estudos relacionados sobre revisão sistemática 26, destacaram-se 24 artigos retratando temas de transtornos de humor e 18 para alterações neuropsicológicas/neurofuncionais e cognitivas. Com estes resultados anteriormente expressados levam-nos para aumento de mais estudos relacionados com transtornos de humor e alterações neuropsicológicas, com destaque para rastreio e validação de escalas com esse fim. De total de estudos encontrados apenas 42 foram que se relacionaram com objeto de estudo isso indica poucas pesquisas existem ao contorno da temática.

Moçambicanos participaram (n=916) predominantemente com solteiros e católicos 71,5% e 70,2%, distribuição equitativa para sexos M (51,3%) e F (48,7%), sem informação formal 32,8%, estudantes para 43,2% e perfil ocupacional 26,3% servidores públicos. Quadros clínicos predominantes na amostra moçambicana destaca-se, distúrbios cognitivos (24,4%), doenças do sistema nervoso (22,8%) e distribuídos neuropsicológicos (21,2%). Devido ao precário sistema sanitário de saúde, que caracteriza Moçambique, em manter controlado a proliferação de vírus e bactérias instaladoras de quadros graves e sequelas neurofuncionais nas populações (Carvalho & Afonso, 2019). Dentre as comorbilidade frequentes, destacam-se os transtornos de humor (24,0%), e entre eles, a depressão e a síndrome de pânico (16,0%), acompanhados por sequelas emocionais (34,5%) e físicas (32,5%) respectivamente. Esta situação que se apresenta com população moçambicana requer intervenção urgente na criação de políticas de saúde para minimizar os problemas que afetam a saúde, com destaque para ministério da saúde que tem muito a haver com situação.

Quando analisados resultados do nosso estudo, foi notável observar que transtornos bipolares foram os destacados no comprometimento de funcionalidade humano segundo as características que passaremos a descrever. Este transtorno se situa entre as 10 primeiras doenças mais caras, incapacitante que requer um acompanhamento psiquiátrico quase sempre, neste contexto apresenta características de insatisfação na maioria das vezes, levando consigo

impactos psicossociais negativos, a comorbilidade física e psicológica é a predominada para indivíduos acometidos, um 30% dos pacientes caracterizam-se por apresentar déficits cognitivos com destaque para danos na memória de trabalho. Vimos ainda a piora de funcionalidade, emocionalidade e impulsividade é verídica quando existe um membro de primeiro grau na família com a doença, o conhecimento da sintomatologia clínica, etiologia heterogênea e marcadores como a psicopatologia da doença e histórico familiar estará caminhando para realização de um diagnóstico certo, resultados esses que foram também observados com estudos anteriormente realizados. Transtornos bipolares assumiram predominância trazendo consequências caracterizadas por existência de relação consistente para função social, ocupacional, desempenho cognitivo e a função executiva são afetadas (Baune, Malhi, 2015; & Cardoso *et al.*, 2015). Número, ou seja, quantidade de episódios em hospitalizações e curso da doença está diretamente relacionado com declínio cognitivo e risco aumentado para desenvolver demência foi encontrado em indivíduos bipolares com esse transtorno (Cardoso *et al.*, 2015; Strejilevich, Samamé, & Martino, 2015).

Verificou-se que fatores psicológicos e psiquiátricos como a depressão, tentativa de suicídio e transtornos de humor são os mais precipitantes ao suicídio. Entre tanto a morte recente de um familiar, situações financeiras precárias e falta de apoio associam-se a fatores sociais. Onde doenças crônicas, dor crônica, comprometimento funcional tem inclinação para fatores clínicos (Bortolini 2016). Neste contexto abuso de drogas lícitas e ilícitas, pressão da faculdade e conflitos familiares são incluídos nos fatores externos prevalentes a ideação suicida e para os internos se destacam saúde mental e a depressão (de Oliveira Miranda *et al.*, 2018). Transtornos psiquiátricos, como depressão e abuso de substâncias, e sofrimento psíquico relacionados a vivências específicas da profissão como grande carga de trabalho, privação do sono, dificuldade com pacientes, ambientes insalubres, preocupações financeiras e sobrecarga de informações se destacam como causas de maior incidência para suicídio (Santa & Cantilino, 2016). Estes pacientes apresentam curso neuroprogressivo com mudanças cerebrais e resultados desfavoráveis, devido a episódios de humor, trauma e comorbilidade psiquiátricas e clínicas (Passos *et al.*, (2016).

Constata-se que transtorno depressivo e transtorno depressivo maior como responsáveis de déficits cognitivos nos domínios de funcionamento executivo, atenção, memória e cognição global vai estar associada a disfunção psicossocial (Cambridge *et al.*, 2018). Mulheres com depressão beneficiaram-se de assistência por parte de enfermagem que mostrou resultados favoráveis, escuta qualificada, musicoterapia, terapia cognitiva

comportamental, biodança e auxílio de terapia medicamentosa (Gomes & Ivo, 2017). Sexo feminino, história psiquiátrica passada e causalidade violenta como fatores associados a ansiedade e depressão (Gibson *et al.*, 2018).

Nos transtornos de ansiedade e depressão demonstraram que fatores socioeconômicos, histórico da saúde mental, complicações obstétricas e rede de apoio frágil são considerados como principais fatores de risco para sintomas de depressão e ansiedade, quando comparado transtornos depressivo maior e transtorno bipolar não foram encontradas diferenças significativas no desempenho da atenção e velocidade de processamento, só memória defeituosa se ilustra para TDM (Szmulewicz *et al.*, 2017). Anedonia, ansiedade e Impulsividade demonstraram que as funções executivas, a memória emocional e tradução de motivação em ações são destacados como principais déficits, com destaque a esquizofrenia (Edwards *et al.*, 2015). Destaca-se também nestes transtornos que uso de antidepressivos demonstrou ser eficazes para anedonia e outros sintomas depressivos (Cao *et al.*, 2019).

Destaca-se no estudo que alterações neuropsicológicas são reconhecidos como responsáveis para afetar as funções cognitivas tanto quanto executivas, trazendo prejuízos no funcionamento esperado por parte do indivíduos acometidos pela doença. Prejuízos notáveis fundamentalmente para processos de atenção, mostrando diminuição da velocidade de processamento de informação, diminuindo a capacidade para fluência verbal e resistência a influência ao estímulos, neste grupo de esclerose múltipla verificamos características para comprometimento das capacidades cognitivas sociais, como também dificuldades para descodificação interpessoal e a respectiva sua qualidade de vida, os danos cognitivos e executivos situam-se entre 45 e 70% que demonstram definitivamente a gravidade apresentada neste grupo quando estamos perante indivíduos com essa patologia, desta forma é frequente observar pacientes a utilizar estratégia de enfrentamento emocional e de esquiva principalmente na sua fase inicial da doença. Esses comentários foram identificados nos estudos realizados com outros estudo como se referem a continuação. Avaliação neuropsicológica a pacientes com esclerose múltiplas verificou-se uso com frequência de testes PASAT e SDMT para detenção de processamento e memória operacional e destaca-se o grupo que recebia acompanhamento respondia melhor (Arent *et al.*, 2019). Apontam para o comprometimento grave em geral em cada domínio cognitivo em pacientes EMPP apesar dos graus comparáveis de fadiga e depressão, se viu também as diferenças não eram atribuíveis a curso da doença e foram claras as diferenças entre EMPP e EMRR quanto a memória em particular a verbal (Johnen *et al.*, 2017). Quando analisados enfrentamento verifica-se estar

associado a fatores individuais, clínicos e psicológicos, gênero, nível educacional, curso clínico de humor e estado mental, atitudes, personalidade e crenças religiosas, resultados indicam não haver conclusão definitiva acerca de efeito em diferentes tipos de intervenções na reabilitação cognitiva nesses indivíduos ((Kar, Whitehead, & Smith, 2017; Mitolo *et al.*, 2015).

Ao observar pacientes com demência apresentaram resultados encorajadores quando avaliados a memória verbal e testes de idiomas e os testes cognitivos são excelentes para prever indivíduos com CCL que irão progredir para demência (Belleville *et al.*, 2017). Utilização de várias ferramentas em particular testes não padronizados complica na explicação dos resultados (Harrison *et al.*, 2016).

O papel do terapeuta foi primordial para estimulação de regulação emocional, habilidades motoras e habilidades processuais utilizando ajuda externa, atividades de computador e estimulação multisetorial com recursos para aprendizagem motora, orientação espacial para mudança do comportamento (Bernardo, 2018). Nota-se claramente efeitos significativos de comprometimento cognitivo para os índices de memória e atenção a favor de pacientes com esquizofrenia positiva para HIV, impacto na função cognitiva de pequeno a moderado (Tucker & Bertke, 2019). Foi notório para pacientes vasculares, o exercício físico melhora a cognição em populações idosas saudáveis e com leve deficiência cognitiva. Evidências apontam para exercícios aeróbicos podem aumentar múltiplas habilidades cognitivas, especificamente nas áreas da cognição global “atenção, função executiva, memória e velocidade de processamento de informação” (Brunt, Albines, & Hopkins-Rosseel, 2019). Indivíduos com EM usam estratégia de enfrentamento principalmente nos estágios iniciais da doença (das Nair, Martin, & Lincoln, 2016).

O nosso estudo reconhece a variação da população amostral para validação de uma escala neste caso os solteiros e católicos representaram a maioria fato que é justificado por ter sido realizado numa das universidades e a zona centro de Moçambique ser predominada por habitantes professantes na religião católica, os estudantes e sem instrução formal vem logo a seguir na amostra, os sem instrução formal devido alto índice de analfabetismo que se observa no nosso país e o sexo teve sua similaridade na participação, respeitamos de igual forma valor que desempenha procedimentos teóricos, empíricos, analíticos e critérios neste fenômeno, conforme estudos que reportaram resultados semelhantes. Validar um instrumento ou uma escala necessita cumprimento de várias condições a variação na população e, especificamente, na amostra estudada. Assim, o instrumento psicológico precisa ser capaz de diferenciar as

variações em sua extensão e medi-las de forma eficaz, eficiente e reprodutível (Joly, Berberian, Andrade, & Teixeira, 2010). A literatura indica para comprimento de procedimentos e critérios chaves na construção de escala para permitir a dignidade e compreensão, ou seja, a viabilidade do instrumento com destaque para procedimentos teórico, empírico e analítico (Pasquali 1999; 2011; 2015)

Ao analisar os itens que compuseram o estudo verifica-se uma concordância entre juízes pelo coeficiente kappa de Fliess (IC 95%) para cada item da escala, resultado da confiança para continuação de construção e busca de evidencia de validade do instrumento, está observação vai ao encontro dos estudos segundo comentários que seguem. Verifica-se que o conjunto de itens usadas na construção da escala e sua busca de evidencia de validade mostrou em que medida se relacionam e refletem o construto teórico (Ambiel & Carvalho, 2017). Análises exploratórias indicaram  $\alpha=0.911$  e  $\chi^2=96119,440$ ;  $gl=1081$ ,  $p<0.001$ . Esses resultados demonstraram a adequação de procedimentos multivariados, especialmente análises fatoriais e modelos da Teoria de Resposta ao Item (Borsa & Seize, 2017).

Vimos importância de evidencia de validade psicológicas o perfil de relacionamento entre resultados obtidos pelo instrumento construído e outros instrumentos que estudam construtos similares. Indicadores dessa natureza permitem identificar a capacidade de um instrumento se correlacionar com outras medidas psicológicas ou externas, bem como a possibilidade de ele identificar e contrastar grupos clínicos previamente conhecidos. (Finch *et al.*, 2018; Reeves & Marbach-Ad, 2016) (Coronel, 2015).

Análises correlacionais realizadas entre resultados da Neuropsic-H e Neuropsic-R, indicaram uma correlação positiva ( $r=0,332$ ), em vez da hipótese inicial que seria de uma correlação moderada (Schlindwein-Zanini & Cruz, 2019). Quando correlacionados os escores das escalas apenas entre os respondentes do grupo clínico (N=500), a correlação obtida mostrou-se positiva e moderada ( $r=0,461$ ), indicando que há uma relação importante entre pacientes com quadros neurofuncionais e cognitivos e alterações de humor, aproximando-se da relação esperada. A capacidade de um instrumento identificar grupos contrastantes é uma importante fonte de evidência de validade (Coronel, 2015; Finch *et al.*, 2018; Reeves & Marbach-Ad, 2016).

Evidência de validade de medidas psicológica é considerado pela relação entre os resultados obtidos no instrumento construído e outros existentes que avaliam construtos similares, essas medidas devem buscar tornar possível corresponder objetivos da aferição e

padronização, como também a interpretação dos resultados está associada a procedimentos teóricos e empíricos (Anunciação, 2018; Reeves & Marbach-Ad, 2016).

Neuropsic-H e R, revelaram propriedades psicométricas robustas para alterações neuropsicológicas e cognitivas para população em estudo com correlação positiva ( $r=0,332$ ), mostrando existência de relação importante entre pacientes neurofuncionais, cognitivos e alterações de humor (Schlindwein-Zanini & Cruz, 2019).

## **Conclusões**

Este estudo foi realizado a partir do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Área 3 (Saúde e Desenvolvimento Psicológico), Linha 3: Avaliação em saúde, desenvolvimento e processos psicológicos básicos. Com propósito para compreender a existência de transtornos de humor nas alterações neuropsicológicas, objetivou-se construir e validar uma escala que avalie essas perturbações fundamentalmente em adultos. Esta escala vai contribuir não apenas para detecção da psicopatologia, como também facilitar os profissionais e elaboração de estratégias de enfrentamento.

A dimensão desta pesquisa não se limita apenas na avaliação dos transtornos e alterações neuropsicológicas mais também acompanha o desenvolvimento dos fatores que contribuem para surgimento dos transtornos e alterações neuropsicológicas. Lembrando que essas alterações não tem uma linha única da sua origem mais sim de várias formas de surgimento das patologias. Recomenda-se entretanto chegar ao diagnóstico a partir do desenvolvimento do indivíduo assim como histórico familiar e avaliação clínica.

Instrumento construído neste estudo Neuropsic- H e Neuropsic-R pela UFSC como escalas de avaliação neuropsicológica demonstraram evidências que testam qualidades psicométricas para uso clínico, com destaque para avaliação de transtornos de humor tanto como alteração neuropsicológicas, porque apresentaram uma correlação positiva entre ambas. Pesquisas dessa natureza devem ser consideradas como um processo, porque processo não tem fim, o que significa aparecimento de patologias de Neurodesenvolvimento é de forma contínua quando mais estudos melhor desempenho para profissionais e melhores interpretações científica e aproximação a padronização internacional.

## **Recomendações**

Reconhecendo a nossa origem pedimos o PPGP em particular Laboratório Fator Humano (LFH) para estender-nos a mão em receber mais quadros moçambicanos para dar continuidade na formação nesta área. Se nos lembramos este é o primeiro estudo de gênero para um País, que foi realizado em apenas uma província, cidade e hospital, nos sentiríamos realizados se pelo menos tivéssemos um formado na área em cada província. Deixar aqui o nosso desejo e ambição de continuar com os estudos começados e outras áreas que LFH atua para o bem da profissão.

### **Limitações**

Maior limitação observado neste estudo foi a demora na aprovação do projeto pelo CNBS de Moçambique para começar com a coleta de dados, também pela coincidência com período da pandemia de COVID-19 e uso de formato online como via de interação com orientador para consultas já que sistema de internet não é satisfatório em Moçambique. Corte de bolsa pela CAPES em pleno período de pesquisa do campo.

### **Referências**

- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de Construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3061-3068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
- Ambiel, R. A. M., & Noronha, A. P. P. (2011). Avaliação preliminar dos itens da Escala de Autoeficácia para Escolha Profissional\* Preliminary assessment of the Professional Choice Self-efficacy Scale's items. *iriceNueva Época REVISTA*, 22,71-81. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100004>.
- American Educational Research Association, & American Psychological Association. National Council of Measurement in Education-AERA, APA, NCME. (2014). *Standards for educational and psychological testing*.
- Anunciacao, L. (2018). An Overview of the History and Methodological Aspects of Psychometrics: History and Methodological aspects of Psychometrics. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 1(1), 44-58. <https://doi.org/10.26407/2018jrtd.1.6>

- Apa, R., Lanzone, A., Miceli, F., Mastrandrea, M., Caruso, A., Mancuso, S., & Canipari, R. (1994). O hormônio do crescimento induz a maturação in vitro de oócitos de ratos encerrados em folículos e cúmulos. *Endocrinologia molecular e celular*, 106 (1-2), 207-212. [https://doi.org/10.1016/0303-7207\(94\)90204-6](https://doi.org/10.1016/0303-7207(94)90204-6)
- Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais—o DSM-5. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 16(1), 67-82. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.659>.
- Aroni, J. N. (2019). Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do Home Environmental Assessment Protocol Revision (HEAP-R) para uso no Brasil. <http://hdl.handle.net/1843/30017>
- Aros, M. S., & Yoshida, E. M. P. (2009). Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de psicologia*, 59(130), 61-76.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight?. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2163-2177. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2163>.
- Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Magalhães, T. (2009). Validação das escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência acadêmica (SSRS-BR) para o ensino fundamental. *Psicologia: teoria pesquisa*, 25(2), 271-282. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000200016>
- Baptista, M. N., & da Silva Cremasco, G. (2013). Propriedades psicométricas da escala baptista de depressão infanto-juvenil (EBADEP-IJ). *Arquivos Brasileiros de psicologia*, 65(2), 198-213. <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229028926004.pdf>
- Baptista, M. N., & Borges, L. (2016). ¿ Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. *Avaliação psicológica*, 15, 19-32.
- Baptista, M. N. (2018). Avaliando" depressões": dos critérios diagnósticos às escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica*, 17(3), 301-310.
- Barbosa, L. M., & Marta, S. G. (2015). Propiedades psicométricas iniciales del Acceptance and Action Questionnaire-II-Versión Brasileña. *Psico-USF*, 20(1), 75-85. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>.
- Barreto, M. C. M., Pierri, M. R. S. R., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2004). Habilidades sociais entre jovens universitários: Um estudo comparativo. *Revista*



*de Matemática e Estatística*, 22(1), 31-42.

- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Validity of the center for epidemiological studies depression scale among Brazilian elderly. *Revista de saúde pública*, 41, 598-605. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400014>.
- Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L. H., Bond, M., & Manfro, G. G. (2004). Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26(4), 255-258. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000400010>
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. M. (2011). Roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P). *São Paulo: Vetor*. v. 42 n. 3 (2011).
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2016). Validação do questionário de avaliação de habilidades sociais, comportamentos, contextos para universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e322211>.
- Bonadiman, C. S. C., Passos, V. M. D. A., Mooney, M., Naghavi, M., & Melo, A. P. S. (2017). A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20, 191-204. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050016>
- Borgelt, L., Strakowski, S. M., DelBello, M. P., Weber, W., Eliassen, J. C., Komoroski, R. A... & Tallman, M. (2019). Neurophysiological effects of multiple mood episodes in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 21(6), 503-513. <https://doi.org/10.1111/bdi.12782>.
- Borsa, JC, & Seize, MDM (2017). Construção e adaptação de instrumentos psicológicos: Dois caminhos possíveis. *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos*, 1, 15-38.
- Bosaipo, N. B., Borges, V. F., & Juruena, M. F. (2017). Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Revista FMRP-USP*, 72-84. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p72-84>.
- Brandalise, L. N. (2017). *Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do "Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)" em amostra de pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica* (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica

- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurtia, M. J., & Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, *11*(3), 539-562
- Caligiuri, M. P., & Ellwanger, J. (2000). Motor and cognitive aspects of motor retardation in depression. *Journal of affective disorders*, *57*(1-3), 83-93. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00068-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00068-3).
- Carvalho, C., & Afonso, A. (2019). Gênero e pluralismo terapêutico: o acesso das mulheres ao sistema de saúde não estatal em Guiné-Bissau, Angola e Moçambique. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, *21*(2), 67-75. <https://doi.org/10.17566/ciads.v5i0.348>
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *10*(3), 413-420. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2005000300010>.
- Conselho Federal de Psicologia (2004). Resolução CFP nº 2/2004. Brasília: CFP.
- Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research, and evaluation*, *10*(1), 7. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>.
- Cozby, P. C. (2003). Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo: Editora Atlas.
- Creswell, J. W., & Tashakkori, A. (2007). Differing perspectives on mixed methods research. <https://doi.org/10.1177/1558689807306132>.
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological bulletin*, *52*(4), 281. <https://doi.org/10.1037/h0040957>.
- Cruz, R. M., Alchieri, J. C., & Sardá JR, J. J. (2002). *Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. Casa do Psicólogo.
- Cruz, R. M., & Schultz, V. (2009). Avaliação de competências profissionais e formação de psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *61*(3), 117-127. <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229016554013.pdf>.
- Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: casa do psicólogo, 256.

- del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1983). Análise de repertório assertivo em estudantes de Psicologia. *Revista de Psicologia*, *1*(1), 15-24. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/10603>.
- del Prette, Z. A. P. (2002). Inventário de habilidades sociais (IHSA-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DEL PRETTE, ZAP; DEL PRETTE, A. *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*.
- Duarte-Guerra, L. S., Coêlho, B. M., Santo, M. A., & Wang, Y. P. (2015). Psychiatric disorders among obese patients seeking bariatric surgery: results of structured clinical interviews. *Obesity Surgery*, *25*(5), 830-837.
- Engedal, K., & Laks, J. (2016). Towards a Brazilian dementia plan? Lessons to be learned from Europe. *Dementia & Neuropsychologia*, *10*(2), 74-78. <https://doi.org/10.1590/S1980-5764-2016DN1002002>.
- Esteves, C. S. (2015). Avaliação das funções executivas em idosos: evidências de validade convergente e dados normativos do Teste Wisconsin de Classificação de Cartas versão reduzida de 64 cartas para idosos.
- Fang, D. Z., Young, C. B., Golshan, S., Fellows, I., Moutier, C., & Zisook, S. (2010). Depression in premedical undergraduates: a cross-sectional survey. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, *12*(6).
- Ferman, T. J., Smith, G. E., Boeve, B. F., Ivnik, R. J., Petersen, R. C., Knopman, D., & Dickson, D. W. (2004). DLB fluctuations: specific features that reliably differentiate DLB from AD and normal aging. *Neurology*, *62*(2), 181-187. <https://doi.org/10.1212/WNL.62.2.181>.
- Fioravanti, A. C. M., de Faria Santos, L., Maissonette, S., de Mello Cruz, A. P., & Landeira-Fernandez, J. (2006). Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*, *5*(2), 217-224.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de saúde pública*, *34*(2), 178-183. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
- Fonseca, R. P., Salles, J. F. D., & Parente, M. A. D. M. P. (2008). Development and

- content validity of the Brazilian brief neuropsychological assessment battery Neupsilin. *Psychology & Neuroscience*, 1(1), 55-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-32882008000100009>.
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23(4), 215-220. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>.
- Gazalle, F. K., Frey, B. N., Hallal, P. C., Andreazza, A. C., Cunha, Â. B. M., Santin, A., & Kapczinski, F. (2007). Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: a matter of unawareness of illness?. *Journal of affective disorders*, 103(1-3), 247-252. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.013>.
- Gilmour, H., & Patten, S. B. (2007). Depression and work impairment. *Health Rep*, 18(1), 9-22.
- Gomes, L. B., Bossardi, C. N., Cruz, R. M., Crepaldi, M. A., & Vieira, M. L. (2014). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação do envolvimento paterno: revisão de literatura. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 13(1), 19-27.
- González Ramírez, M. T., Landero Hernández, R., & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicossomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista panamericana de salud pública*, 25, 141-145.
- Gouveia, V. V., Lima, T. J. S. D., Gouveia, R. S. V., Freires, L. A., & Barbosa, L. H. G. M. (2012). Questionário de Saúde Geral (QSG-12): o efeito de itens negativos em sua estrutura fatorial. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 375-384. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200016>.
- Haynes, S. N., Richard, D., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological assessment*, 7(3), 238. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D., Hearst, N., & Newman, T. B. (2003). Outlining clinical research: an epidemiological approach. *Porto Alegre: Artmed*.
- Joly, M. C. R. A., Berberian, A. D. A., Andrade, R. G. D., & Teixeira, T. C. (2010). Análise de teses e dissertações em avaliação psicológica disponíveis na BVS-PSI Brasil. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(1), 174-187. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100013>.
- Júnior, H., & Nogueira, F. W. (2018). *Escala de flutuação cognitiva em demências: versão adaptada para o contexto brasileiro e investigação de evidências de validade de conteúdo* (Master's thesis, Brasil). <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25479>.
- Kongs, S. K., Thompson, L. L., Iverson, G. L., & Heaton, R. K. (2000). *Wisconsin Card Sorting Test-, 64 Card Version: WCST-64*. Lutz, FL: PAR.
- Lee, D. R., McKeith, I., Mosimann, U., Ghosh-Nodial, A., Grayson, L., Wilson, B., & Thomas, A. J. (2014). The dementia cognitive fluctuation scale, a new psychometric test for clinicians to identify cognitive fluctuations in people with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 926-935. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.072>.
- Lerner, D., & Henke, R. M. (2008). What does research tell us about depression, job performance, and work productivity?. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 401-410. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31816bae50>.
- Lopes, V. R., & Martins, M. D. C. F. (2011). Validação fatorial da escala de resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC-10) para brasileiros. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 11(2), 36-5. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22783>.
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E., & Kiers, H. A. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate behavioral research*, 46(2), 340-364. <https://doi.org/10.1080/00273171.2011.564527>.
- Magalhães, S. S., & Hamdan, A. C. (2010). The Rey Auditory Verbal Learning Test:

- normative data for the Brazilian population and analysis of the influence of demographic variables. *Psychology & Neuroscience*, 3(1), 85-91. <http://dx.doi.org/10.3922/j.psns.2010.1.011>.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)[Statistical Analysis with PASW Statistics (former-SPSS)]*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Michalos, A. C. (Ed.). (2014). *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht: Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5>.
- Moreira, L.C.O., & Basto, P. R. H. (2015): Prevalence and risk factors associated with suicidal ideation in adolescents: literature review." *Psicologia Escolar e Educacional* 19.3 (2015): 445-453. <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>.
- Moreira, J. F. T. (2016). *Adaptação de um instrumento de rastreio cognitivo, o MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para população cabo-verdiana* (Doctoral dissertation). <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/8657>.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9).
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>.
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1). <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus: Statistical Analysis with Latent Variables: User's Guide (Version 8)*. Los Angeles, CA: Authors.
- Nelson, T., & Galvão, O. D. F. (2010). Discrepâncias de procedimento entre o Token Test reduzido original e a adaptação brasileira. *Neurobiologia*, 73(1), 155-159.
- Neves, M. C. C., & Dalgalarondo, P. (2007). Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 237-244. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000400001>.
- Oliveira, L. M. N. D. (2015). *Estudo da tomada de decisão em indivíduos com diagnóstico de doença bipolar Tipo I e Tipo II* (Master's thesis). <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/7038>.
- Oliveira, S. E. S. (2016). Avaliação estrutural e dimensional da personalidade: estudos

- psicométricos e de aplicação clínica. *Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.*
- Ollaik, L. G., & Ziller, H. M. (2012). Concepções de validade em pesquisas qualitativas. *Educação e Pesquisa*, 38(1), 229-242. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022012005000002>.
- Pacico, J. C. (2015). Como é feito um teste? Produção de itens. *Psicometria*, 55-70.
- Pasquali, L. (1999). Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*, 37-71.
- Pasquali, L. (2001). Técnicas de exame psicológico–TEP: manual. *São Paulo: Casa do Psicólogo*, 23.
- Pasquali, L. (2010). Histórico dos instrumentos psicológicos. In L. Pasquali (Ed). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e Práticas* (pp.11-47). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pasquali, L. (2011). *Psicometria*. 4ªed. Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L. (2015). Delineamento de pesquisa em ciência. *São Paulo: Editora Vetor*.
- Pechorro, P. F. D. S., Barroso, R., Silva, I., Marôco, J., & Gonçalves, R. A. (2016). Propriedades psicométricas da Escala de Respostas Socialmente Desejáveis-5 (SDRS-5) em jovens institucionalizados. *Revista Psicologia*, 30(1), 29-36.
- Penn, D. L., Kohlmaier, J. R., & Corrigan, P. W. (2000). Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophrenia research*, 45(1-2), 37-45. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00213-3](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00213-3).
- Pereira, A. S., Dutra-Thomé, L., & Koller, S. H. (2018). Propriedades psicométricas da escala multidimensional de expressão social-parte motora (EMES-M) em uma amostra brasileira. *Avaliação Psicologia: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 17(1), 131-141. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1701.14.13651>.
- Pereira, A. S., Wilhelm, A. R., & Koller, S. H. (2018). Almeida RMMde. *Fatores de risco e proteã § ã o para tentativa de suicãdio na adulez emergente. Ciãnc Saãde Coletiva*, 23(11), 3767-77.
- Prado, J. D. A., Aciole, G. G., & Santos, J. L. F. (2019). Funcionalidade em sujeitos com transtorno depressivo maior: avaliação das propriedades psicométricas da escala Functioning Assessment Short Test (FAST) em amostra brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(1), 23-31. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000221>.

- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(SPE), 25-35. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500003>.
- Reeves, T. D., & Marbach-Ad, G. (2016). Contemporary test validity in theory and practice: A primer for discipline-based education researchers. *CBE—Life Sciences Education*, 15(1), rm1. <https://doi.org/10.1187/cbe.15-08-0183>.
- Reppold, C., & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 2(2), 175-184.
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Hutz, C. S. (2016). Escala de Avaliação de Humor para Adolescentes: evidências de validade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(2), 21-30. <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229048487003.pdf>.
- Resende, C., & Ferrão, A. (2013). La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad. *Pediatría Atención Primaria*, 15(58), 127-133.
- Ribeiro, C. D & Bolsoni-Silva, A. T. (2010). Potencialidades e dificuldades interpessoais de universitários: estudo de caracterização. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análises del Comportamiento*, 19(2).
- Richardson, M., & Stock, J. H. (1989). Drawing inferences from statistics based on multiyear asset returns. *Journal of Financial Economics*, 25(2), 323-348. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(89\)90086-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(89)90086-X).
- Roberts, L. W., Warner, T. D., Lyketsos, C., Frank, E., Ganzini, L., Carter, D., & on Medical, T. C. R. G. (2001). Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. *Comprehensive psychiatry*, 42(1), 1-15. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19747>.
- Rocca, C. C., & Lafer, B. (2006). Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(3), 226-237. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300016>.
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., ... & Kapczinski, F. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 5.



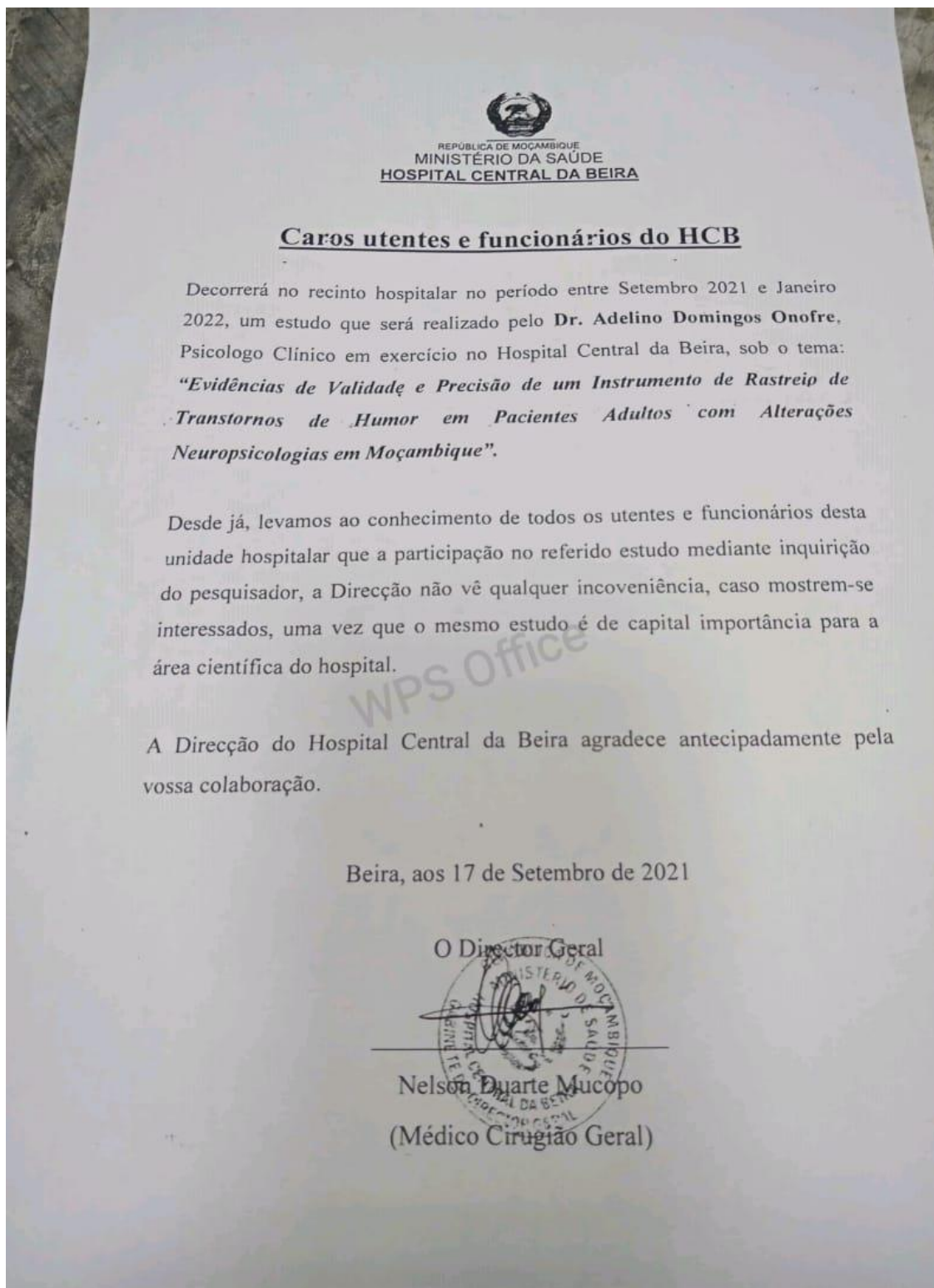
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. D. P. B. (2006). O processo de pesquisa e os enfoques quantitativo e qualitativo. *Metodologia da pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill, 2-21.
- Santos, P., Leide, C., Ozela, P. F., de Fatima de Brito Brito, M., Pinheiro, A. A., Padilha, E. C., ... & Rosa, J. (2018). Alzheimer's disease: a review from the pathophysiology to diagnosis, new perspectives for pharmacological treatment. *Current medicinal chemistry*, 25(26), 3141-3159. <https://doi.org/10.2174/0929867323666161213101126>.
- Schaab, B. L., Duarte, M. Q., & da Cruz, D. V. A. (2017). Estudos para construção e propriedades psicométricas da escala contextual de depressão em idosos. *Mudanças-Psicol da Saúde*, 25(1), 37-47.
- Schlindwein-Zanini, R., & Cruz, R. M. (2018). Psicometria e Neuropsicologia: inter-relações na construção e adaptação de instrumentos de medida. *Psicol Argum*. jan./abr., 36(91), 49-69. <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.36.91.AO04>.
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human communication research*, 26(3), 489-514. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2000.tb00766.x>
- Struckmeyer, L. R., & Pickens, N. D. (2016). Home modifications for people with Alzheimer's disease: a scoping review. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(1), 7001270020p1-7001270020p9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.016089>
- Teixeira, K. C. (2016). Construção e busca de evidências de validade e precisão de uma medida de ansiedade para atletas. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168133>.
- Trentini, C. M., Argimon, I. I. L., Oliveira, M. S., & Werlang, B. S. G. (2010). Teste Wisconsin de Classificação de Cartas: versão para idosos/adaptação e padronização brasileira. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Veenman, M. V., Wilhelm, P., & Beishuizen, J. J. (2004). The relation between intellectual and metacognitive skills from a developmental perspective. *Learning and instruction*, 14(1), 89-109. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2003.10.004>.
- Walker, M. P., Ayre, G. A., Cummings, J. L., Wesnes, K., McKeith, I. G., O'brien, J. T., & Ballard, C. G. (2000). Quantifying fluctuation in dementia with Lewy bodies, Alzheimer's disease, and vascular dementia. *Neurology*, 54(8), 1616-1625. <https://doi.org/10.1212/WNL.54.8.1616>.

- Werlang, B. S. G., Nunes, C. H. S. S., & Borges, V. R. (2014). Evidências de validade com base na estrutura interna no Teste dos Contos de Fadas. *Psico-USF*, 19(1), 107-118. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712014000100011>
- Wong, A., Xiong, Y. Y., Kwan, P. W., Chan, A. Y., Lam, W. W., Wang, K., ... & Mok, V. C. (2009). The validity, reliability and clinical utility of the Hong Kong Montreal Cognitive Assessment (HK-MoCA) in patients with cerebral small vessel disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 28(1), 81-87. <https://doi.org/10.1159/000232589>.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (Vol. 2). World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. In *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (pp. 60-60).
- World Health Organization. (2015). *Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0, 2015* (No. WHO/MSD/MER/15.1). World Health Organization.
- Woods, P., Reed, V., & Collins, M. (2003). Exploring core relationships between insight and communication and social skills in mentally disordered offenders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(5), 518-525. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00651.x>.
- Woodruff-Pak, D. S. (1997). *The neuropsychology of aging*. Blackwell Publishing.
- Wright, BD, & Stone, MH (2004). Julgando desajustado: tomando medidas. *Chicago: Phaneron* , 19-33.

## Apêndices

### Apêndice I:

*Carta informativa sobre a realização do estudo no HCB.*



Digitalizado com CamScanner


Apêndice II:


Carta de cobertura para realização do estudo (HCB).



Apêndice III:

*Carta de cobertura para autorização de estudantes de psicologia 3º ano de UCM participarem na coleta de dados.*

  
REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
HOSPITAL CENTRAL DA BEIRA  
GABINETE DO DIRECTOR CIENTIFICO E PEDAGÓGICO  
C. P. 1613 – TEL. + FAX: +258 – 23 – 312080

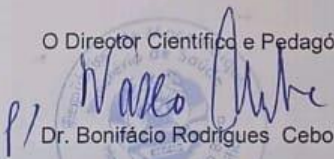
  
"VISTO"  
Director Geral  
Dr. Nelson Duarte Mucopo  
(Cirurgião Geral)

ASSUNTO: Carta de Cobertura para a Realização de Pesquisa

A Direcção do HCBeira é de parecer favorável que os Senhores : **Aida Cecilia Chongo, Edivania Verónica Chirembire Becape, Ines Chirembire, Ines Charmila Silvestre, Isabel da Graça Sábado, Henilte da Dirsabel Filipe, Jacinta da Gloria Timóteo Aníbal, Liriana Carlos Joaquim Risco Pereira, Vera da Felicidade Tomé Vefarias Valente e Adelino Domingos Onofre**, para a realização de um estudo intitulado: *"Evidencia de validade e Precisão de um Instrumento de Rastreo de Transtornos de Humor em Pacientes Adultos com Alterações Neuropsicologias em Moçambique"*., Por considerar-se relevante para o Ministério da Saúde em geral e em particular para nossa instituição.

Cordiais Saudações

Beira, 17 de Setembro de 2021

O Director Científico e Pedagógico,  
  
p/ Dr. Bonifácio Rodrigues Cebola  
( Médico Legista)

Gab. do Director/Tel/Fax 258-23-312078      HC8 Geral – 258-23-312071/3  
Gab. do Dir. Clínica/Tel/Fax 258-23-312080      B. da Mocul, Av. Mártires da Revolução n°727  
Gab. da Administradora/Tel/Fax 258-23-311143      C.P 1613, Email:hospitalcentraldabeira@yahoo.com

Digitalizado com CamScanner


Apêndice IV:

Carta de cobertura para realização do estudo (DPS-Sofala).



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
PROVÍNCIA DE SOFALA  
CONSELHO EXECUTIVO PROVINCIAL  
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE  
NÚCLEO PROVINCIAL DE PESQUISA

Sr.  
Adelino Domingos Onofre

N. Ref:  / NPP-CEP/2020

Beira, 11 de Setembro de 2020

**Assunto:** Resposta a solicitação da carta de cobertura de estudo intitulado: “*Construção e Validação Transcultural do inventário de Rastreo de Transtornos de Humor em Pacientes com alterações Neuropsicologicas para o Brasil e Moçambique*”

Relativamente ao pedido acima mencionado e depois de apreciar o protocolo, cumpre - nos informar o seguinte:

- Concordamos que se realize o estudo na Província de Sofala após a sua aprovação pelo Comité Nacional de Bioética em Saúde.
- Após a aprovação do estudo pelo Comité Nacional de Bioética, deverá ser submetido a DPS - Sofala, um pedido de autorização para o início do mesmo.
- Deverá obedecer - se a prioridade na divulgação dos resultados do estudo, sendo neste caso, a Direcção Provincial de Saúde de Sofala.
- A DPS Sofala, mostra a sua inteira disponibilidade, para prestar o seu apoio, no que eventualmente for necessário.

Com os melhores cumprimentos

Beira, aos \_\_\_\_\_ de Setembro de 2020.

Director Provincial

  
Fino Massalambane Chalimba  
Médico de Clínica Geral de 1<sup>ª</sup>

Caixa Postal n.º 503  
E-mail: [dpsa.cd@cpodro.mz](mailto:dpsa.cd@cpodro.mz)  
[dpsd.dpps@cpodro.mz](mailto:dpsd.dpps@cpodro.mz)

Rua Poder Popular n.º 11 - 50 4º Andar - Beira Sofala - Moçambique

Telefones PBX : 23 - 32 32 74  
23 - 32 51 60  
23 - 32 52 35 - GD  
23 - 32 29 13 - FAX

Apêndice V:

*Submissão do protocolo/projeto tese para revisão e parecer do CNBS.*

**Ao:**

**Presidente do Comité Institucional de Bioética para Saúde do Instituto Nacional de Saúde.**

**Assunto:** Submissão do Protocolo para revisão e parecer do CIBS-INS

Adelino Domingos Onofre, Investigador do Instituto Nacional de Saúde (INS), afecto no Hospital Central da Beira, vem por este meio solicitar ao Comité Institucional de Bioética para a Saúde do Instituto Nacional de Saúde (CIBS-INS), a revisão ética inicial do protocolo de Tese, pesquisa intitulado "*Construção e Validação de uma Escala de Rastreio de Transtornos de Humor em Pacientes com Alterações Neuropsicologias Brasil e Moçambique*", versão 1ª de 29/12/2020, a ser implementado em 01/03/2021

Atenciosamente

Adelino Domingos Onofre



Data: 29 de Setembro de 2020

Apêndice VI:

Aprovação do projeto pela CNBS.



**REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE**  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE**  
IRB00002657

---

**Exmo. Senhor**  
**Dr. Adelino Domingos Onofre**  
**Ref:519/CNBS/21** **Data 01 de Setembro de 2021**

Assunto: Aprovação do Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) ao protocolo de estudo intitulado: **"Evidências de Validade e Precisão de um Instrumento de Rastreio de Transtornos de Humor em Pacientes Adultos com Alterações Neurológicas em Moçambique"**

O Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) analisou as correções efectuadas no protocolo de estudo intitulado: **"Evidências de Validade e Precisão de um Instrumento de Rastreio de Transtornos de Humor em Pacientes Adultos com Alterações Neurológicas em Moçambique"**. Registrado no CNBS com o número 07/CNBS/2021, conforme os requisitos da Declaração de Helsínquia.

Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a continuação do estudo, o CNBS dá a sua devida aprovação aos seguintes documentos:

- Protocolo de estudo, *versão 3 de Julho de 2021;*
- *Consentimento Informado, versão 3 de Julho de 2021;*
- *Instrumento de recolha de dados, 5ª de versão.*

Todavia, o CNBS informa que:

- 1- Qualquer alteração a ser introduzida no protocolo, incluindo os seus anexos deve ser submetida ao CNBS para aprovação.
- 2- A presente aprovação não substitui a autorização administrativa.
- 3- Não houve declaração de conflitos de interesse por nenhum dos membros do CNBS.
- 4- A aprovação terá a validade de um ano, terminando esta a 01 de Setembro de 2022. Os investigadores deverão submeter o pedido de renovação da aprovação um mês antes de terminar o prazo.
- 5- Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.
- 6- A lista actualizada dos membros do CNBS está disponível na secretaria do Comité.

Sem mais do momento, queiram aceitar as nossas mais cordiais saudações.

  
**Dr. João Fernando Lima Schwalbach**

---

**Endereço:**  
Ministério da Saúde - 2º andar dito  
Av. Eduardo Mondlane / Salvador Allende  
Maputo - Moçambique

C.Postal: 264  
Telefone: +258 82 406 6350  
E-mail: cnbsmocambique@gmail.com



Apêndice VII:

*Instrumentos utilizados na pesquisa*

**INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS DE HUMOR EM ADULTOS (Neuropsic-H)**

Distrito/município \_\_\_\_\_, Idade \_\_\_\_, Sexo \_\_\_\_, Estado civil \_\_\_\_\_, Nível de escolaridade \_\_\_\_\_, Ocupação \_\_\_\_\_, Religião \_\_\_\_\_.

Data \_\_/\_\_/2021

**Espaço para uso do profissional**

**N. Registro**

**1. Diagnóstico** ( ) Não ( ) Sim. Especificar:

\_\_\_\_\_

**2. Comorbilidade**

- ( ) Deficiência intelectual
- ( ) Transtornos de déficit de atenção e/ou hiperatividade ( ) Transtornos psicóticos
- ( ) Distúrbios de linguagem ( ) Distúrbios de aprendizagem
- ( ) Transtornos de ansiedade ( ) Depressão ( ) Distúrbios motores
- ( ) Alterações neurológicas ( ) Síndrome de pânico
- ( ) Estresse (considerando condição compatível com CID-10 ou DSM-V)
- ( ) Outros \_\_\_\_\_

**3. Sequelas / limitações / comprometimentos**

- ( ) Não. Sim: ( ) Físico ( ) Emocional ( ) Cognitivos

**4. Medicação utilizada e posologia**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. História de internação hospitalar:**

\_\_\_\_\_

**6. Histórico familiar:**

- ( ) Sem parentes (sanguíneos) diretos (pais, irmãos, tios e primos) com problemas neurológicos e/ou mentais.
- ( ) Com parentes (sanguíneos) diretos (pais, irmãos, tios e primos) com problemas neurológicos e/ou mentais.

**7. Outros aspectos registrar:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INVENTÁRIO DE ALTERAÇÕES DE HUMOR PARA ADULTOS (NEUROPSIC-H)

Uso exclusivo para pesquisa (Schlindwein-Zanini & Cruz, 2020)

### Identificação

Data de aplicação: / /

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ( ) Feminino: ( )

Ocupação: \_\_\_\_\_

Cidade onde reside: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Fundamental Incompleto ( )

Fundamental Completo ( )

Médio Completo e/ou Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( )

### Instrução

Marque com um "X" a frase que melhor descreve **COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS (3 ou 4)**. Antes de escolher, leia cuidadosamente todas as frases para cada grupo de respostas.

1. Tenho estado desanimado em realizar atividades cotidianas.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

2. Sinto que as pessoas observam o que faço.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

3. Eu uso mais força do que o necessário para alcançar ou segurar objetos.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

4. Me sinto indiferente a situações que emocionam as outras pessoas.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

5. Tenho medo de ficar sozinho em casa, mesmo que seja de dia.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

6. Perdi interesses nas coisas que antes eram prazerosas na minha vida.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

7. Tenho tido pensamentos sobre tirar minha vida.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

8. Acredito que não tenho chances na vida pessoal ou profissional.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

9. Tendo agido rapidamente, sem pensar muito nas consequências.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

10. Gosto de aventuras, de novas sensações.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

11. Sinto um vazio interior que não sei explicar.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

12. Acredito que as coisas vão dar certo na minha vida.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

13. Acho que estou perdendo vontade de me relacionar sexualmente com o meu/minha parceiro/a.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

14. Tenho medo de ser rejeitado pelos amigos ou colegas de trabalho.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

15. Me considero uma pessoa amável no meu convívio social.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

16. Me sinto incomodado com as pessoas ao meu redor.

( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

## INVENTÁRIO DE ALTERAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS PARA ADULTOS (NEUROPSIC-R)

Uso exclusivo para pesquisa (Schlindwein-Zanini & Cruz, 2020)

### Identificação

Data de aplicação: / /

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ( ) Feminino: ( )

Ocupação: \_\_\_\_\_

Cidade onde reside: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Fundamental Incompleto ( )

Fundamental Completo ( )

Médio Completo e/ou Superior Incompleto ( )

Superior Completo ( )

### Instrução

Marque com um "X" ou um círculo a frase (a, b., c ou d) que melhor descreve **COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS (3 ou 4)**. Antes de escolher, leia cuidadosamente todas as frases para cada grupo de respostas.

1	<p>a. Concentro-me bem.</p> <p>b. Minha capacidade de concentração é a mesma que sempre tive.</p> <p>c. Tenho mais dificuldade de concentração do que antes.</p> <p>d. Não consigo me concentrar.</p>
2	<p>a. Não me considero uma pessoa irritada.</p> <p>b. Minha irritabilidade é a mesma que sempre tive.</p> <p>c. Sinto-me irritado constantemente, mais que costumava.</p> <p>d. Sinto-me irritado e com raiva a maior parte do tempo.</p>
3	<p>a. Minha capacidade de prestar atenção é boa.</p> <p>b. Minha habilidade de atenção é a mesma que sempre tive.</p> <p>c. Tenho mais dificuldade de estar atento e me distraio mais facilmente do que antes.</p> <p>d. Não consigo me concentrar e me distraio facilmente.</p>
4	<p>a. Tomo decisões com facilidade.</p> <p>b. Atualmente, protelo, adio, prorrogo minhas decisões mais do que habituava.</p> <p>c. Tenho mais dificuldade de decidir ou resolver uma situação do que no passado.</p> <p>d. Sou indeciso, e não consigo tomar decisões importantes na minha vida.</p>
5	<p>a. Minha memória para fatos e informações recentes é boa.</p> <p>b. Minha memória para lembrar de coisas recentes continua a mesma de sempre.</p> <p>c. Tenho mais dificuldade de lembrar de acontecimentos recentes (pessoas, compromissos, onde guardei objetos) do que antes.</p> <p>d. Não consigo lembrar de situações e informações recentes (minutos, horas até poucos dias).</p>

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Adelino Domingos Onofre, Doutorando em Psicologia, pela Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil, venho referir que no âmbito do doutorado, estou a realizar um estudo sobre **Construção e Validação Transcultural do Inventário de Rastreamento de Transtornos de Humor em Pacientes com Alterações Neuropsicológicas para o Brasil e Moçambique** (NEUROPSIC-H) Sob a orientação do Prof. Doutor: Roberto Moraes Cruz. A coleta de dados será feita por meio de inventário citado e não terá despesas financeiras, riscos e desconforto ao participante. No caso de você apresentar transtornos de humor relevantes, podemos oferecer avaliação neuropsicológica gratuita, atendimento e/ou encaminhamentos clínicos necessários. Ao participar na pesquisa, você responderá a dois questionários anônimos, tendo a garantia de não ser identificado e das informações ficarem em sigilo, tendo a liberdade para deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelos telefones +258 827843517, +258 852737801, +258 865549031 e +5548999233413. Se você estiver de acordo em participar, é garantido que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão usadas neste trabalho.

Adelino Domingos Onofre

Pesquisador

### Consentimento Pós-Informação

Eu \_\_\_\_\_ fui esclarecido sobre a  
Pesquisa *Validação do Inventário de Transtornos de Humor para Adultos – (NEUROPSIC-H)* concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2020.

Assinatura: \_\_\_\_\_

BI ou NUIT: \_\_\_\_\_.