

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Instituto de Ciências Biológicas
Programa de Pós-Graduação em Neurociências

Henrique Arenare de Oliveira

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM TRANSTORNO
BIPOLAR E EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**

Belo Horizonte

2024

Henrique Arenare de Oliveira

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM TRANSTORNO
BIPOLAR E EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Neurociências da
Universidade Federal de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Neurociências

Orientador: Prof. Dr. Breno Fiuza Cruz

Co-orientadora: Profa. Dra. Izabela
Guimarães Barbosa

Belo Horizonte

2024

p43

Oliveira, Henrique Arenare de.

Avaliação da Funcionalidade em Pacientes com Transtorno Bipolar e em pacientes com Esquizofrenia [manuscrito] / Henrique Arenare de Oliveira. – 2024.
98 f. : il. ; 29,5 cm.

Orientador: Breno Fiuza Cruz. Coorientador: Izabela Guimarães Barbosa.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Neurociências.

1. Neurociências. 2. Transtorno Bipolar. 3. Esquizofrenia. 4. Desempenho Físico Funcional. 5. Avaliação Sonográfica Focada no Trauma. I. Cruz, Breno Fiuza. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Biológicas. III. Título.

CDU: 612.8



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO ALUNO

HENRIQUE ARENARE DE OLIVEIRA

Realizou-se, no dia 27 de março de 2024, às 08:00 horas, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a 235ª defesa de dissertação, intitulada *AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR E EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA*, apresentada por HENRIQUE ARENARE DE OLIVEIRA, número de registro 2022668483, graduado no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em NEUROCIÊNCIAS, à seguinte Comissão Examinadora: Prof. Breno Fiuza Cruz - Orientador (UFMG), Prof. Izabela Guimarães Barbosa (UFMG), Prof. João Vinícius Salgado (UFMG), Prof. Antônio Lucio Teixeira Junior (University of Texas).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 27 de março de 2024.

Carlos Magno Machado Dias - Secretário

Assinatura dos membros da banca examinadora:

Prof. Breno Fiuza Cruz (Doutor)

Prof. Izabela Guimarães Barbosa (Doutora)

Prof. João Vinícius Salgado (Doutor)

Prof. Antonio Lucio Teixeira Junior (Doutor)

Belo Horizonte, 27 de Março de 2024.



Documento assinado eletronicamente por Breno Fiuza Cruz, Professor do Magistério Superior, em 27/03/2024, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Antônio Lucio Teixeira Junior, Usuário Externo, em 27/03/2024, às 12:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

https://sei.ufmg.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=3310079&inha_sistema... 1/3



Documento assinado eletronicamente por João Vinícius Salgado, Professor do Magistério Superior, em 10/04/2024, às 17:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_documento=3310079&id_documento=3310079&id_documento=3310079, informando o código verificador 3064371 e o código CRC 4589FDE3.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr Breno Fiuza Cruz pelo apoio, ensinamentos e orientação.

À Professora Dra Izabela Guimarães Barbosa pelo zelo, conhecimento e suporte e pela introdução e acolhimento neste projeto.

Aos alunos de iniciação científica Leonardo Luz, Gabriel Frota, Carolina Koehne e Vitor Pozzato, pelo auxílio e dedicação.

Aos residentes de psiquiatria do Hospital das Clínicas, em especial ao Caio Kubrusly, pelo apoio, disponibilidade e amizade que recebi durante a execução da pesquisa.

Aos preceptores da residência do IPSEMG, em especial ao Dr Paulo José Teixeira, Dra Cláudia Vorcaro, Dr Fábio Rocha, Dra Flávia Chiácchio, Dra Flávia Agrello, Dra Juliana Cunha e Dr Rodrigo Huguet, pelos conhecimentos em psiquiatria.

A Dra Bárbara Perdigão, pelo incentivo a entrada no meio acadêmico, além dos conhecimentos e paciência durante preceptoria do IPSEMG.

A Dra Cláudia Hara, por todo carinho e apoio.

Aos colegas de residência, em especial Cristina Secundino, Marcelo Maciel e Pedro Rezende, pelo apoio e amizade.

Aos meus pais, Dalton e Marisa, pelo amor e por todo incentivo, não medindo esforços para investir nos meus estudos.

Ao meu esposo, Tiago Fonseca, pelo amor, suporte e sabedoria.

Aos meus amigos e ao meu irmão, Arthur, por sempre estarem ao meu lado.

A todos os sujeitos envolvidos na pesquisa que se mostraram dispostos a colaborar com este projeto.

RESUMO

Introdução: Pacientes com Transtorno Bipolar (TB) e pacientes com Esquizofrenia (SCZ) possuem prejuízo na funcionalidade quando comparados a população geral. Poucos estudos que comparam a funcionalidade entre pacientes TB estáveis e pacientes SCZ estáveis. Além disso, há uma grande heterogeneidade funcional, mesmo entre indivíduo com o mesmo diagnóstico, não estando claro quais fatores determinam uma melhor funcionalidade. Assim, esse estudo tem objetivo de avaliar a funcionalidade nesses dois transtornos. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal com 25 pacientes com TB, 21 pacientes com SCZ e 21 indivíduos sem transtorno psiquiátrico. Foi realizada avaliação da sintomatologia através da PANSS (para os pacientes SCZ) e HAM-D e YOUNG (para os pacientes TB), sendo incluídos somente pacientes ambulatoriais estáveis. Foram aplicados testes que avaliam cognição (BACS-SF), funcionalidade (FAST) e capacidade funcional (UPSA-1-BR). **Resultados:** Os grupos TB e SCZ apresentam pior memória verbal (MV) quando comparados ao controle ($p < 0,001$). Os grupos SCZ e TB apresentaram pior capacidade funcional quando comparados ao controle ($p < 0,001$), sem diferença entre si. O grupo SCZ apresentou pior funcionalidade quando comparados ao controle ($p = 0,006$). Grupo TB não se diferenciou do grupo SCZ e nem do grupo controle na funcionalidade avaliada pela FAST. Não houve correlação entre funcionalidade e capacidade funcional. No modelo multinomial, controlado por anos de estudo, avaliando as variáveis: idade, MV, memória de trabalho, atenção/velocidade de processamento, UPSA-1-BR e FAST, encontramos que apenas MV, UPSA-1-BR e FAST, tiveram significância na diferenciação entre grupo controle e grupo TB (MV: OR = 0,87, $p = 0,006$; UPSA-1-BR: OR = 0,90, $p = 0,049$; FAST: OR = 1,11, $p = 0,044$) e entre grupo controle e grupo SCZ (MV: OR = 0,78, $p < 0,001$; UPSA-1-BR: OR = 0,86, $p = 0,01$; FAST: OR = 1,18, $p = 0,006$). Quanto a diferenciação entre os grupos TB e SCZ, somente MV teve significância (OR = 0,9, $p = 0,007$; TB como grupo referência). **Discussão:** Pacientes TB estáveis apresentam prejuízos na funcionalidade e CF intermediários entre o grupo SCZ e o grupo controle, pois se difere do controle e do grupo SCZ em algumas medidas e em outras não se difere. Pacientes SCZ estáveis apresentam pior funcionalidade e CF quando comparados com controle pareados em escolaridade. Já o modelo multinomial apresentou que pacientes estáveis SCZ

apresentam pior MV quando comparados a pacientes TB estáveis, sem diferença na funcionalidade e CF entre os dois grupos.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar; Esquizofrenia; Capacidade funcional; Funcionalidade psicossocial; FAST; UPSA-1-BR.

ABSTRACT

Introduction: Patients with Bipolar Disorder (BD) and patients with Schizophrenia (SCZ) have impaired functionality when compared to the general population. Few studies compare functionality between stable BD patients and stable SCZ patients. Additionally, there is a great functional heterogeneity, even among individuals with the same diagnosis, and it is not clear which factors determine better functionality. Therefore, this study aims to evaluate functionality in these two disorders.

Methods: A cross-sectional study was conducted with 25 BD patients, 21 SCZ patients, and 21 individuals without a psychiatric disorder. Symptom assessment was performed using PANSS (for SCZ patients) and HAM-D and YOUNG (for BD patients), including only stable outpatients. Tests assessing cognition (BACS-SF), functionality (FAST), and functional capacity (UPSA-1-BR) were administered. **Results:** The BD and SCZ groups showed worse verbal memory (VM) compared to the control group ($p < 0.001$). The SCZ and BD groups exhibited worse functional capacity compared to the control group ($p < 0.001$), with no difference between them. The SCZ group showed worse functionality compared to the control group ($p = 0.006$). The BD group did not differ from the SCZ group or the control group in functionality as assessed by FAST. There was no correlation between functionality and functional capacity. In the multinomial model, controlled for years of study, evaluating the variables: age, VM, working memory, attention/processing speed, UPSA-1-BR, and FAST, we found that only VM, UPSA-1-BR, and FAST were significant in differentiating between the control group and the BD group (VM: OR = 0.87, $p = 0.006$; UPSA-1-BR: OR = 0.90, $p = 0.049$; FAST: OR = 1.11, $p = 0.044$) and between the control group and the SCZ group (VM: OR = 0.78, $p < 0.001$; UPSA-1-BR: OR = 0.86, $p = 0.01$; FAST: OR = 1.18, $p = 0.006$). Regarding differentiation between the BD and SCZ groups, only VM was significant (OR = 0.9, $p = 0.007$; BD as the reference group). **Discussion:** Stable BD patients show impairments in functionality and intermediate FC between the SCZ group and the control group, as they differ from the control group and the SCZ group in some measures and not in others. Stable SCZ patients exhibit worse functionality and FC when compared to control groups matched in education. The multinomial model showed that stable SCZ patients have worse VM compared to stable BD patients, with no difference in functionality and FC between the two groups.

Keywords: Bipolar Disorder; Schizophrenia; Functional Capacity; Psychosocial Functioning; FAST; UPSA-1-BR.

LISTAS DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Dados sociodemográficos de pacientes e controles..... | 52 |
| Tabela 2 - Medicações no grupo TB e SCZ..... | 54 |
| Tabela 3 - Escalas de avaliação clínica e dados clínicos do grupo TB e SCZ..... | 54 |
| Tabela 4 - Avaliação da funcionalidade de controles, pacientes com TB e pacientes com SCZ pela FAST - Teste de Kruskal Wallis | 58 |
| Tabela 5 - Avaliação da capacidade funcional de controles, pacientes com TB e pacientes com SCZ pela UPSA-1-BR - Teste de Kruskal Wallis..... | 60 |
| Tabela 6 - Correlação de Spearman entre FAST e UPSA-1-BR - Grupo TB..... | 61 |
| Tabela 7 - Correlação de Spearman entre FAST e UPSA-1-BR - Grupo SCZ..... | 62 |
| Tabela 8 - Correlação de Spearman de FAST e da UPSA-1-BR com características cognitivas e da doença - grupo TB..... | 64 |
| Tabela 9 - Correlação de Spearman de FAST e da UPSA-1-BR com características cognitivas e da doença - grupo SCZ..... | 66 |
| Tabela 10 - Modelo Multinomial..... | 69 |
| Tabela 11 - Modelo TB x SCZ | 70 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Critérios do DSM-5-TR para episódio maníaco..... | 15 |
| Quadro 2 – Critérios do DSM-5-TR para episódio hipomaníaco..... | 17 |
| Quadro 3 – Critérios do DSM-5-TR para episódio depressivo no TB..... | 19 |
| Quadro 4 – Critérios do DSM-5-TR SCZ..... | 21 |
| Figura 1 - Divisões da funcionalidade pela CIF..... | 24 |
| Quadro 5 - Capítulos da CIF..... | 25 |
| Quadro 6 – Estudos que comparam funcionalidade entre TB e SCZ..... | 30 |
| Quadro 7: Componentes da escala positiva e negativa da PANSS..... | 47 |
| Figura 2 - Memória verbal, codificação de símbolos e sequenciamento de dígitos dos controles, pacientes com TB e pacientes com SCZ pela BACS-SF (Teste de Kruskal Wallis)..... | 57 |

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIACÕES

APA - *American Psychological Association*

BACS - Breve Avaliação da Cognição na Esquizofrenia

BACS-SF - Breve Avaliação da Cognição na Esquizofrenia - Short Form

CF - Capacidade Funcional

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DSM-5-TR - O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5ª edição, texto revisado

FAST - *Functional Assessment Short Test*

GAF - *Global Assessment of Functioning*

GAS - *Global Assessment Scale*

GSDS - *Groningen Social Disabilities Schedule*

HAM-D - Escala de Depressão de Hamilton

MATRICES - Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia

MINI-Plus - *Mini-International Neuropsychiatry Interview*

MV- Memória Verbal

NIMH - *The National Institute of Mental Health*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PANSS - *The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia*

PANSS P - *The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia* escala positiva

PANSS N - *The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia* escala negativa

PSP - *Personal and Social Performance Scale*

SAS - *Social Adjustment Scale*

SCID-5-CV - Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5

SCS - Transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos

SCZ- Esquizofrenia

SF-36 - *36-Item Short Form Survey*

SFS - *The Social Functioning Scale*

SLOF - *The Specific Levels of Functioning Scale*

SOFA - *Social and Occupational Functioning Assessment Scale*

SSPA - *Social Skills Performance Assessment*

SZF- Transtorno Esquizofreniforme

SZA - Transtorno Esquizoafetivo

TABS - *Test of Adaptive Behavior in Schizophrenia*

TB - Transtorno Bipolar

TB-I - Transtorno Bipolar tipo I

TB-II - Transtorno Bipolar tipo II

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDM - Transtorno Depressivo Maior

TNC - Transtorno Neurocognitivo

TOGSS - *Test of Grocery Shopping Skills*

UCSD - *University of California San Diego*

UPSA - Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações

UPSA-1-BR - Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações
versão brasileira

UPSA-B - Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações forma
breve

VRFCAT - *Virtual Reality Functional Capacity Assessment Tool*

WHODAS 2.0 - *World Health Organization Disability Assessment Schedule II*

YLDs - *Years Lived with Disability*

YOUNG - Escala de Mania de Young

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 | Transtorno Bipolar | 15 |
| 1.2 | Esquizofrenia | 20 |
| 1.3 | Cognição no Transtorno Bipolar e na Esquizofrenia..... | 22 |
| 1.4 | Funcionalidade | 24 |
| 1.4.1 | Funcionalidade no Transtorno Bipolar e na Esquizofrenia | 27 |
| 1.4.1.1 | Impacto de Variáveis Clínicas na Funcionalidade dos Pacientes com TB e SCZ | 39 |
| 1.4.1.2 | Impacto dos Domínios Cognitivos na Funcionalidade dos Pacientes com TB e SCZ | 41 |
| 1.4 | Justificativa do Estudo | 41 |
| 2 | OBJETIVOS | 42 |
| 2.4 | Objetivo Geral..... | 42 |
| 2.5 | Objetivos Específicos | 42 |
| 3 | MÉTODO..... | 43 |
| 3.1 | Tipo de Estudo | 43 |
| 3.2 | Delineamento do Estudo | 43 |
| 3.3 | Critérios de Inclusão e Exclusão dos Participantes | 44 |
| 3.3.1 | Critérios de Inclusão para Pacientes com TB..... | 44 |
| 3.3.2 | Critérios de Inclusão para Pacientes com SCZ | 44 |
| 3.3.3 | Critérios de Exclusão para Pacientes com TB e com SCZ..... | 44 |
| 3.3.4 | Critérios de Inclusão para Controles..... | 45 |
| 3.3.5 | Critérios de Exclusão para Controles | 45 |
| 3.4 | Amostra | 45 |
| 3.5 | Instrumentos de avaliação..... | 45 |
| 3.5.1 | Instrumentos de Avaliação Psiquiátrica | 46 |
| 3.5.1.1 | Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5) | 46 |
| 3.5.1.2 | Mini-International Neuropsychiatry Interview (MINI-Plus) | 46 |
| 3.5.1.3 | Escala da Síndrome Positiva e Negativa na Esquizofrenia (PANSS)..... | 47 |
| 3.5.1.4 | Escala de Mania de Young (YOUNG) | 47 |
| 3.5.1.5 | Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) | 48 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.5.2 | Instrumento de Avaliação Cognitiva | 48 |
| 3.5.2.1 | Breve Avaliação da Cognição na Esquizofrenia - (BACS)..... | 48 |
| 3.5.3 | Instrumentos de Avaliação Funcional | 50 |
| 3.5.3.1 | . Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações (UPSA-1-BR)..... | 50 |
| 3.5.3.2 | Functioning Assessment Short Test (FAST)..... | 50 |
| 3.6 | Análise Estatística | 51 |
| 4 | RESULTADOS..... | 52 |
| 4.1 | Categorização da Amostra | 52 |
| 4.2 | Avaliação Cognitiva | 56 |
| 4.3 | Avaliação funcional..... | 58 |
| 4.4 | Relação entre funcionalidade (FAST) e CF (UPSA-1-BR), BACS e perfil clínico dos pacientes TB e SCZ | 61 |
| 4.5 | Avaliação de possíveis fatores que influenciam funcionalidade | 68 |
| 5 | DISCUSSÃO..... | 70 |
| 5.1 | Cognição | 71 |
| 5.2 | Capacidade Funcional..... | 72 |
| 5.3 | Funcionalidade | 76 |
| 5.4 | Correlação entre UPSA-1-BR e FAST..... | 80 |
| 5.5 | Limitações | 81 |
| 6 | CONCLUSÕES..... | 84 |
| | REFERÊNCIAS..... | 85 |

1 INTRODUÇÃO

Nesta seção, introduziremos o conceito do transtorno bipolar (TB) e da esquizofrenia (SCZ). Também discorreremos sobre definições de funcionalidade e capacidade funcional (CF). Ao final, será abordado aspectos da funcionalidade nos pacientes com TB e SCZ e a justificativa do estudo.

1.1 Transtorno Bipolar

O TB é um transtorno psiquiátrico caracterizado por episódios de alterações de humor com sintomas de mania ou hipomania e sintomas depressivos, intercalados por períodos sem alterações de humor (eutimia) (MCCORMICK; MURRAY; MCNEW, 2015). Estudos epidemiológicos mostram uma prevalência de 1,06% de transtorno bipolar tipo I (TB-I) e 1,57% de transtorno bipolar tipo II (TB-II) (ROWLAND; MARWAHA, 2018). O paciente é considerado em remissão completa quando não apresenta sinais ou sintomas significativos de perturbação do humor por um período superior a 2 meses (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O diagnóstico do TB é realizado por psiquiatra, considerando a história atual e pregressa do paciente, informações de familiares e o exame do estado mental. Segundo "O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, texto revisado" (DSM-5- TR), os critérios para diagnóstico de episódio depressivo no TB são os mesmos do episódio depressivo no transtorno depressivo maior (TDM). O que define o diagnóstico de TB é a presença de pelo menos um episódio de mania (TB-I) ou, pelo menos, um episódio de hipomania, associada a episódios depressivos prévios (TB-II). Os critérios diagnósticos segundo o DSM-5-TR para episódio maníaco, hipomaníaco e depressivo estão apresentados nos Quadros 01, 02 e 03, respectivamente.

Quadro 1 – Critérios do DSM-5-TR para episódio maníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos 1 semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração se a hospitalização for necessária).

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor for apenas irritável) estão presentes em um grau significativo e representam uma mudança perceptível do comportamento habitual:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade.

2. Redução da necessidade de sono (*p. ex.*, sente-se descansado com apenas três horas de sono).

3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.

4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.

5. Distratibilidade (*i.e.*, a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.

6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (*i.e.*, atividade sem propósito não dirigida a objetivos).

7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (*p. ex.*, envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. A perturbação do humor é suficientemente grave para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização para evitar danos a si mesmo ou a outros, ou há características psicóticas.

D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, outro tratamento) ou outra condição médica.

Nota: Um episódio maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um episódio maníaco e, portanto, para um diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Nota: Os Critérios A-D representam um episódio maníaco. Pelo menos um episódio maníaco na vida é necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Fonte: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5ª edição, texto revisado (DSM-5-TR), 2022.

Quadro 2 – Critérios do DSM-5-TR para episódio hipomaníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos 4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor for apenas irritável) persistiram, representam uma mudança perceptível do comportamento habitual e estão presentes em um grau significativo:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade.

2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado após apenas 3 horas de sono).

3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.

4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.

5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.

6. Aumento na atividade direcionada a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora (ou seja, atividade sem objetivo não direcionada a objetivos).

7. Envolvimento excessivo em atividades com alto potencial de consequências dolorosas (*p.ex.*, envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. O episódio está associado a uma mudança inequívoca no funcionamento que é atípico do indivíduo quando não sintomático.

D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.

E. O episódio não é grave o suficiente para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização. Se houver características psicóticas, o episódio é, por definição, maníaco.

F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, outro tratamento) ou outra condição médica.

Nota: Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (*p. ex.*, medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de episódio hipomaníaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Nota: Os Critérios A-F representam um episódio hipomaníaco. Esses episódios são comuns no transtorno bipolar tipo I, embora não necessários para o diagnóstico desse transtorno.

Quadro 3 – Critérios do DSM-5-TR para episódio depressivo no TB

| |
|--|
| <p>A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p> <p>Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica.</p> |
| <p>1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (<i>p. ex.</i>, sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (<i>p. ex.</i>, parece choroso).</p> <p>Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.</p> |
| <p>2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).</p> |
| <p>3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (<i>p. ex.</i>, mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.</p> |
| <p>4. Insônia ou hipersonia quase diária.</p> |
| <p>5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).</p> |
| <p>6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.</p> |
| <p>7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).</p> |

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior. Esse tipo de episódio é comum no transtorno bipolar tipo I, embora não seja necessário para o diagnóstico desse transtorno.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, deve ser também cuidadosamente considerada. Essa decisão exige inevitavelmente exercício do juízo clínico, baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

Fonte: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5ª edição, texto revisado (DSM-5-TR), 2022.

1.2 Esquizofrenia

A SCZ é um transtorno caracterizado por delírios, alucinações, comportamento ou discurso desorganizado e alterações cognitivas (PATEL; CHERIAN; GOHIL; ATKINSON, 2014). Atualmente, é estimado que existam 21 milhões de pessoas vivendo com esquizofrenia, com prevalência aproximada de 0,28% da população mundial (CHARLSON; FERRARI; SANTOMAURO; DIMINIC *et al.*, 2018). Os sintomas positivos são caracterizados por delírios e alucinações, com perda de

contato com a realidade. São intercalados por períodos de remissão e tendem a ter recorrências, podendo se manter residuais em alguns casos. Os sintomas negativos incluem isolamento social, prejuízo na motivação e redução da espontaneidade do discurso (OWEN; SAWA; MORTENSEN, 2016). A atual conceitualização de sintomas negativos os divide em (1) expressão diminuída (consiste em afeto embotado e linguagem pobre) e (2) avolia/apatia (consiste em redução da motivação, socialização e anedonia) (YANG; LEE; ABDUL RASHID; SEE *et al.*, 2021). Os sintomas cognitivos compreendem, dentre outros, prejuízos na atenção, função executiva, cognição social e aprendizado (JOSHI; THOMAS; BRAFF; GREEN *et al.*, 2021).

O diagnóstico da esquizofrenia também é realizado por psiquiatra, considerando a história atual e pregressa do paciente, informações de familiares e o exame do estado mental. O diagnóstico é feito através de critérios diagnósticos padronizados como aqueles do DSM-5-TR. Os critérios diagnósticos de esquizofrenia segundo o DSM-5-TR estão descritos no Quadro 04.

Quadro 4 – Critérios do DSM-5-TR- SCZ

| |
|--|
| A. Dois (ou mais) dos seguintes, cada um presente por uma porção significativa de tempo durante um período de 1 mês (ou menos se tratado com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3): |
| 1. Delírios. |
| 2. Alucinações. |
| 3. Discurso desorganizado (por exemplo, descarrilamento frequente ou incoerência). |
| 4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico. |
| 5. Sintomas negativos (isto é, expressão emocional diminuída ou avolição). |
| B. Por uma parte significativa do tempo desde o início do distúrbio, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas principais, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está marcadamente abaixo do nível alcançado antes do início do quadro (ou quando o início é na infância ou adolescência, há falha em atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou ocupacional). |

C. Os sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos 6 meses. Esse período de 6 meses deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que atendem ao Critério A (ou seja, sintomas da fase ativa) e podem incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais do distúrbio podem se manifestar apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes de forma atenuada (por exemplo, crenças estranhas, experiências perceptivas incomuns).

D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas foram descartados porque 1) nenhum episódio depressivo maior ou maníaco ocorreu concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, eles estiveram presentes por uma minoria da duração total dos períodos ativo e residual da doença.

E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica.

F. Se houver uma história de transtorno do espectro autista ou transtorno de comunicação com início na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes, além dos outros sintomas necessários de esquizofrenia, também estiverem presentes por pelo menos 1 mês (ou menos se tratado com sucesso).

Fonte: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5ª edição, texto revisado (DSM-5-TR), 2022.

1.3 Cognição no Transtorno Bipolar e na Esquizofrenia

Em 1896, Kraepelin publicou o livro "*Psychiatrie*" onde descreveu a Psicose Maníaco-Depressiva e a Demência Precoce. A Psicose Maníaco-Depressiva (posteriormente descrita como transtorno bipolar) foi descrita como um transtorno do afeto ou humor, com exacerbações agudas, seguidas por completa remissão. Já a Demência Precoce (posteriormente denominada esquizofrenia) foi descrita como um transtorno do funcionamento intelectual, com uma deterioração progressiva e prognóstico ruim (FALKAI; ROSSNER; SCHULZE; HASAN *et al.*, 2015). Apesar do prejuízo cognitivo ser, desde Kraepelin, mais amplamente caracterizado na esquizofrenia, pacientes com TB também apresentam déficits em domínios cognitivos como memória e aprendizado verbal, memória e aprendizado visual e memória de trabalho (JIMENEZ-LOPEZ; SANCHEZ-MORLA; APARICIO; LOPEZ-VILLARREAL *et al.*, 2018; MONTEJO; TORRENT; JIMENEZ; MARTINEZ-ARAN *et al.*, 2022; SIMJANOSKI; MCINTYRE; KAPCZINSKI; CARDOSO, 2023).

Na SCZ, o prejuízo cognitivo é uma característica central e está presente desde estágios iniciais, antes do início dos sintomas psicóticos, geralmente não apresentando variação ao longo do curso da doença (GEBREEGZIABHERE; HABATMU; MIHRETU; CELLA; ALEM, 2022). Pacientes com SCZ pontuam 1,5 desvios padrão abaixo de sujeitos controles quando comparados com resultados de pontuação geral em testes cognitivos (MCCUTCHEON; KEEFE; MCGUIRE, 2023). Quando avaliados domínios cognitivos específicos, comparando a população sem transtorno mental, há prejuízo em vários domínios como velocidade de processamento, atenção, memória de trabalho, memória verbal, função visuoespacial, resolução de problemas e cognição social (JAVITT, 2023).

Apesar do prejuízo cognitivo estar presente no TB e na SCZ, pacientes com SCZ apresentam maior prejuízo cognitivo do que pacientes com TB, com pior desempenho nos domínios de memória verbal, velocidade de processamento e função visuoespacial (HARVEY; BIGDELI; FANOUS; LI *et al.*, 2021). Li *et al.*, (2020) conduziu metanálise em 2020 para comparar cognição entre 5107 pacientes com TB e 4411 pacientes com SCZ. Considerou somente estudos que utilizam a "*Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*" (MATRICS). Essa escala, com duração aproximada de 60 a 90 minutos, foi desenvolvida em 2007 pelo "*The National Institute of Mental Health*" (NIMH) para estabelecer uma padronização na bateria de testes cognitivos para utilização em ensaios clínicos (NUECHTERLEIN; GREEN; KERN; BAADE *et al.*, 2008). Comparando com pacientes TB, pacientes com SCZ apresentaram pior pontuação total e em todos os 7 subitens da MATRICS: atenção, cognição social, velocidade de processamento, memória de trabalho, memória verbal, memória visual e resolução de problemas (LI; ZHOU; ZHANG; NG *et al.*, 2020).

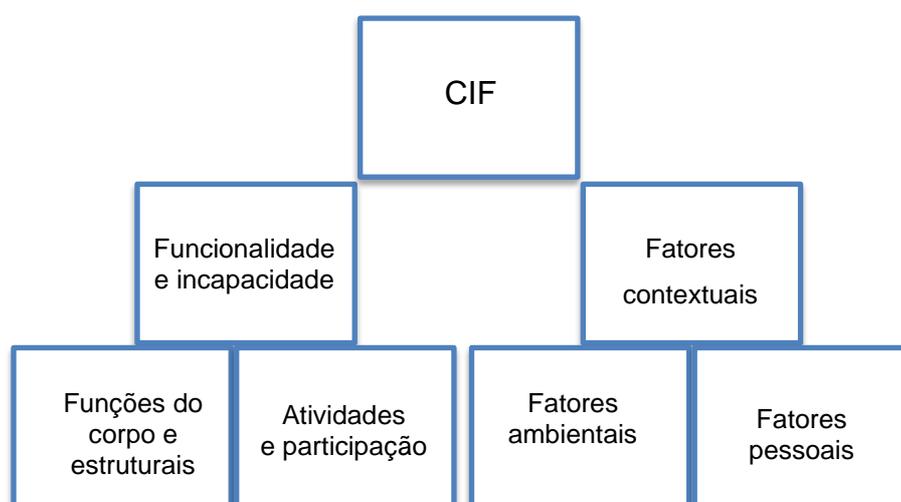
O prejuízo cognitivo apresentado por pacientes com TB e pacientes com SCZ é associado a um pior desempenho funcional, sendo que pacientes com pior neurocognição apresentam pior resultado em testes que avaliam a funcionalidade como a GAF (OOMEN; BEGEMANN; BRAND; DE HAAN *et al.*, 2023). Essa relação entre cognição e desempenho funcional está presente não só nos pacientes com TB ou SCZ, mas também em indivíduos sem transtorno psiquiátrico, como idosos saudáveis (KELLY; DUFF; KELLY; MCHUGH POWER *et al.*, 2017), evidenciando, assim, a associação entre cognição e funcionalidade.

1.4 Funcionalidade

Funcionalidade é um termo amplo e abrangente. Em 2001, foi aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF é um documento referência para descrição de fenômenos relacionados a funcionalidade e incapacidade. A versão foi traduzida para o português em 2003 pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa. Possui como objetivo promover uma unificação da linguagem utilizada para descrever status de saúde. Pode ser utilizada por vários profissionais como pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e usuários em geral.

Na *Figura 1* abaixo está representado as divisões de funcionalidade segundo a CIF.

Figura 1 - Divisões da funcionalidade pela CIF



Fonte: Adaptado de Behav. Sci. Law (2017) DOI: 10.1002/bsl Copyright # 2017 John Wiley & Sons, Ltd.

A CIF é dividida em duas partes: "funcionalidade e incapacidade" e "fatores contextuais". A "funcionalidade e incapacidade" de uma pessoa são entendidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais. A "funcionalidade e incapacidade" é subdividida em dois domínios (1) Funções do corpo e estruturais (*i.e.*, funções fisiológicas e parte anatômica como órgãos e membros) e (2) Atividades e participação (*i.e.*, execução de uma tarefa pelo indivíduo e

envolvimento em situações do dia a dia). Os "fatores contextuais" também são subdivididos em dois domínios (1) Fatores ambientais (*i.e.*, fatores externos ao indivíduo relacionados ao ambiente onde ele vive) e (2) Fatores pessoais (*i.e.*, fatores relacionados ao indivíduo como gênero, raça, idade). A CIF não classifica os fatores pessoais. A Figura 1 resume essa classificação (LINDEN, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Com intuito de ilustrar as divisões de funcionalidade, é apresentado no Quadro 5, o índice dos capítulos abordados na CIF.

Quadro 5 - Capítulos da CIF

| Funções do Corpo | Funções Estruturais | Atividades e Participação | Fatores Ambientais |
|--|--|---|---|
| Funções mentais. | Estrutura do Sistema Nervoso Central. | Aprendizagem e aplicação de conhecimentos. | Produtos e tecnologia. |
| Funções sensoriais e dor. | Estrutura ocular e auditiva. | Tarefas e exigências gerais. | Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem. |
| Funções do discurso e voz. | Estrutura envolvida na voz e discurso. | Comunicação. | Apoio e relacionamentos. |
| Funções do sistema cardiovascular, respiratório, hematológico e imunológico. | Estrutura envolvida no sistema cardiovascular, respiratório, hematológico e imunológico. | Mobilidade. | Atitudes. |
| Funções do sistema digestório, endócrino e metabólico. | Estrutura envolvida no sistema digestório, endócrino e metabólico. | Autocuidado. | Serviços, sistemas e política. |
| Funções genitourinárias e reprodutivas. | Estrutura envolvida no sistema genito urinário e reprodutor. | Vida doméstica. | |
| Funções do sistema neuromusculoesqueléticas. | Estrutura relacionada ao movimento. | Interações e relacionamentos interpessoais. | |
| Funções da pele e anexos. | Estrutura relacionada a pele. | Principais áreas da vida. | |
| | | Vida comunitária, social e cívica. | |

Fonte: Adaptado de OMS Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2004

Nos transtornos psiquiátricos, um dos domínios de funcionalidade mais afetados é o "atividade e participação", também chamado de funcionalidade psicossocial (LINDEN, 2017). Com isso, foram desenvolvidos alguns instrumentos focados em avaliar essas atividades. São exemplos desses instrumentos: *Global Assessment Scale (GAS)*, *Global Assessment of Functioning (GAF)*, *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)*, *Personal and Social Performance Scale (PSP)*, *World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS 2.0)* e *Functional Assessment Short Test (FAST)*.

Os domínios do componente "atividade e participação" são subdivididos em "desempenho" e "capacidade" (LINDEN, 2017). "Desempenho" descreve o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual (LINDEN, 2017). Já "capacidade" descreve aptidão de um indivíduo em realizar uma tarefa. Instrumentos que avaliam a capacidade visam indicar o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado momento, sem ter a influência do ambiente (LINDEN, 2017). Esses instrumentos avaliam a capacidade através da interpretação de situações em ambientes controlados e são considerados medidas de capacidade funcional (CF). Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações (UCSD *Performance-based Skills Assessment (UPSA-1)*), Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações forma breve (UPSA-B), *Social Skills Performance Assessment (SSPA)*, *Test of Adaptive Behavior in Schizophrenia (TABS)* e *Virtual Reality Functional Capacity Assessment Tool (VRFCAT)* são exemplos de testes que avaliam a capacidade funcional.

Atualmente, é difícil avaliar a funcionalidade do paciente através da observação direta do seu desempenho no seu meio ambiente (funcionalidade em mundo real). Assim, a maioria das escalas utilizadas para avaliar a funcionalidade são feitas através da pontuação dada por clínicos avaliadores ou por relato de pacientes/familiares. Porém, o julgamento do clínico e os relatos de familiares não são suficientes para avaliar a funcionalidade, dado que o clínico não está imerso no contexto do paciente e os relatos são subjetivos (CARDENAS; ABEL; BOWIE; TIZNADO *et al.*, 2013). Como as medidas de CF são independentes de fatores ambientais e da avaliação subjetiva do clínico, elas são mais sensíveis a intervenções terapêuticas do que as medidas de funcionalidade (MANTOVANI; TEIXEIRA; SALGADO, 2015). Além disso,

a CF é menos dependente das informações prestadas pelos cuidadores e do insight dos pacientes (MANTOVANI; MACHADO-DE-SOUSA; SALGADO, 2015; MCKIBBIN; BREKKE; SIREN; JESTE; PATTERSON, 2004) e são semelhantes entre culturas diferentes (MCINTOSH; ZHANG; KOSTEN; TAN *et al.*, 2011). Rempfer *et al.*, (2018) verificou em uma amostra de 49 participantes com transtorno mental grave, incluindo 22 participantes com SCZ e 6 com TB, que o UPSA-B se correlacionou com um instrumento administrado em um ambiente real de um mercado, o *Test of Grocery Shopping Skills* (TOGSS) ($p < 0.001$). A UPSA-B refletiu vários parâmetros de uma funcionalidade em mundo real. Assim, instrumentos de medida de capacidade funcional, como a UPSA, possuem um papel importante na medida da funcionalidade no mundo real (HAJDUK; PENN; HARVEY; PINKHAM, 2021; REMPFER; FOWLER, 2018), uma vez que realizar avaliações em ambientes controlados através de uma simulação é menos trabalhoso do que realizar avaliações em ambientes reais, como é feito no TOGSS.

1.4.1 Funcionalidade no Transtorno Bipolar e na Esquizofrenia

O TB ocupa a 28ª colocação como causa de anos vividos com incapacidade - *Years Lived With Disability* (YLDs) e SCZ corresponde a 20ª (G. B. D. MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2022). No TB, apesar da taxa de empregados ser maior do que a dos pacientes com SCZ, essa taxa é menor quando comparada ao resto da população (MARWAHA; DURRANI; SINGH, 2013). Holm *et al.*, (2020) avaliou a taxa de emprego através de dados nacionais suecos de residentes com idade entre 16 e 64 anos, entre os anos de 2006 a 2013. No ano de 2013, 32% da população TB era classificada como "empregados". Na população SCZ, a taxa era de 4%. Já na população geral da Suécia, a taxa de empregados era de aproximadamente 70% (HOLM; TAIPALE; TANSKANEN; TIIHONEN; MITTERDORFER-RUTZ, 2021). Após o primeiro episódio de mania, 1 em cada 3 pacientes com TB recuperam o funcionamento psicossocial após o 1º ano de seguimento (BONNIN; REINARES; MARTINEZ-ARAN; JIMENEZ *et al.*, 2019). Léda-Rêgo *et al.* (2020) conduziu um estudo de metá-análise, incluindo 662 pacientes com TB em eutímia em comparação com 587 controles sem transtorno psiquiátrico. Léda-Rêgo *et al.* (2020) encontrou uma prevalência de prejuízo funcional (pontuação total na FAST acima de 11) de 58,6% na

população TB. Avaliando a prevalência de prejuízo funcional através dos domínios da FAST, foram encontradas as seguintes prevalências de pacientes TB com prejuízo funcional: 49,2% com prejuízo no domínio cognição, 42,6% com prejuízo no domínio autonomia, 42,1% com prejuízo no domínio relações interpessoais, 29,2% com prejuízo no domínio lazer e 28,8% com prejuízo no domínio finanças, todos com diferença estatística em relação ao grupo controle (LEDA-REGO; BEZERRA-FILHO; MIRANDA-SCIPPA, 2020).

A SCZ está associada a prejuízos em várias áreas da funcionalidade como autonomia, trabalho e relações interpessoais (MADEIRA; CALDEIRA; BAJOUCO; PEREIRA *et al.*, 2016). A questão funcional é tão relevante na SCZ que no DSM-5 um dos critérios diagnóstico é o declínio no nível de funcionamento do indivíduo após o início do quadro (VALENCIA; MEDINA; CALIXTO; RODRIGUEZ, 2022). A maioria dos pacientes com SCZ possui dificuldade de alcançar objetivos da vida social, como estar empregado ou manter relacionamentos, mesmo após remissão sintomática (MADEIRA; CALDEIRA; BAJOUCO; PEREIRA *et al.*, 2016; MUESER; BECKER; TORREY; XIE *et al.*, 1997). Em um estudo longitudinal de 20 anos de acompanhamento de 511 pacientes com transtornos mentais com sintomas psicóticos, Velthorst *et al.*, (2017) encontrou que somente uma pequena parte dos pacientes com SCZ, cerca de 1,5%, recuperaram o nível de funcionalidade pré-mórbido (VELTHORST; FETT; REICHENBERG; PERLMAN *et al.*, 2017). Winter *et al.*, (2022) conduziu uma metanálise, incluindo 33456 pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, para avaliar mudança na funcionalidade nesse grupo de pacientes. Winter *et al.*, (2022) encontrou uma melhora na funcionalidade principalmente nos primeiros 5 anos após a avaliação e em pacientes com menos sintomas negativos. Contudo, sua amostra não é limitada a pacientes com SCZ, incluindo também pacientes com outros transtornos com sintomas psicóticos, como Transtorno Esquizoafetivo (SZA) e Transtorno Esquizofreniforme (SZF), sendo encontrada uma associação de pior recuperação da autonomia com o diagnóstico de SCZ dentre o grupo de transtornos psicóticos (DE WINTER; COUWENBERGH; VAN WEEGHEL; HASSON-OHAYON *et al.*, 2022). O autor também encontrou uma associação de uma maior melhora funcional com estudos publicados mais recentes, o que poderia ser indicativo de uma mudança no foco do tratamento, enfatizando a recuperação funcional desses pacientes (DE WINTER; COUWENBERGH; VAN WEEGHEL; HASSON-OHAYON *et al.*, 2022) .

Em geral, é assumido que pacientes com SCZ possuem pior funcionalidade do que pacientes TB. Vários estudos que compararam a funcionalidade entre os dois grupos diagnósticos demonstram pior funcionalidade dos pacientes com SCZ (DE SALES; PHILIPPSEN; DE JESUS; CARRIELLO *et al.*, 2023).

Foi realizada uma revisão sistemática na literatura. A partir das bases de dados Pubmed foram buscados artigos em língua inglesa e portuguesa, publicados no período de 1968 a dezembro 2023, com as seguintes palavras-chave: "Social Interaction" OR "Functional Status" OR "Psychosocial Functioning" AND "Bipolar Disorder" AND "Schizophrenia". Foram encontrados ao todo 506 resultados. Foram avaliados os títulos e resumos dos resultados, selecionando estudos originais que comparam funcionalidade entre pacientes com TB e pacientes com SCZ. Selecionados 22 estudos.

Abaixo temos um quadro com os estudos encontrados que comparam funcionalidade entre pacientes com TB e com SCZ.

Quadro 6 – Estudos que comparam funcionalidade entre TB e SCZ

| Estudo | País | Critério Diagnóstico | Amostra TB | Tipo TB | Amostra SCZ | Definição de estabilidade | Estabilidade |
|---------------------------------|------------|---|---------------------------------|---------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| Martínez-Arán 2002. | Espanha. | DSM-IV. | TB: 49. | ND. | SCZ: 49. | TB: Young \leq 6 e Hamilton \leq 8, 6 meses de remissão; SCZ: tipo residual, com sintomas residuais entre episódios, com sintomas negativos proeminentes, pelo menos 1 ano após início dos sintomas da fase ativa. | TB: eufímico; SCZ: tipo residual. |
| Simonsen, 2010. | Noruega. | DSM-IV. | TB-: 64; TB+: 56. | TB-I e TB-II. | SCS-: 60; SCS+: 54. | ND. | ND. |
| Jaworski, 2011. | França. | Diagnostic Interview for Genetic Study. | TB sem TUS: 27; TB com TUS: 32. | TB-I e TB-II. | SCZ com TUS: 26; SCZ sem TUS: 28. | Fase estável. | ND. |
| Kuswanto, 2013. | Singapura. | DSM-IV. | TB: 42. | ND. | SCZ: 72. | Manutenção da dose da medicação por pelo menos 2 semanas antes do recrutamento. | ND. |
| Yalcin-Siedentopf, 2013. | Áustria. | DSM-IV. | TB: 57. | TB-I. | SCZ: 40. | TB: Young \leq 8 e MADRS \leq 8; SCZ: remissão segundo Andreasen <i>et al.</i> , (2005). | Estáveis. |
| Tamminga 2013. | EUA. | DSM-IV. | TB: 312. | ND. | SCZ: 397. | ND. | Estáveis. |
| Schöttle, 2014. | Alemanha. | DSM IV. | TB: 23. | ND. | SCS: 92. | ND. | Instáveis. |
| Sum, 2015. | Singapura. | DSM-IV. | TB: 44. | TB-I. | SCZ: 122. | TB: Young $<$ 5 nos últimos 6 meses; SCZ: remissão segundo Andreasen <i>et al.</i> (2005) e Torgalsbøen e Rund (2002). | Estáveis. |
| Mancuso, 2015. | Australia. | DSM- IV e CID 10. | TB: 319. | ND. | SCZ: 857. | ND. | ND. |

| Estudo | País | Critério Diagnóstico | Amostra TB | Tipo TB | Amostra SCZ | Definição de estabilidade | Estabilidade |
|----------------------|----------|----------------------|--|--------------|--|---|---|
| Rolin, 2017. | EUA. | DSM IV. | TB: 36. | ND. | SCZ: 51. | ND. | ND. |
| Jiménez-López, 2018. | Espanha. | DSM IV. | TB+: 50; TB-: 50. | TB-I. | SCZ: 50. | TB: Hamilton < 7 e Young < 6; SCZ: estáveis por 3 meses antes da avaliação pelos critérios de Rodriguez-Jimenez <i>et al.</i> , 2015 e Santos <i>et al.</i> , 2010. | Estáveis. |
| Monaghan, 2019. | EUA. | DSM-IV. | TB: 27. | ND. | SCZ: 20. | ND. | Estáveis. |
| Ospina, 2019. | EUA. | DSM-IV. | TB: 56. | TB-I e TB-II | SCZ:23; SZA: 22; SCS: SCZ + SZA. | ND. | ND. |
| Salagre, 2020. | Espanha. | DSM-IV. | TB: 47. | TB-I | SCZ: 105. | ND. | Não. |
| Mehta, 2021. | Índia. | DSM-IV. | TB: 40. | ND | SCZ: 60. | TB: Hamilton < 7 e Young < 7. SCZ: com critério de remissão, proposto por Andreasen <i>et al.</i> , 2005 | Estáveis. |
| Egger, 2021. | Suíça. | CID 10. | TB: 80. | ND | SCS: 478. | ND. | ND. |
| Jiménez-López, 2022. | Espanha. | DSM IV. | TB: 117. | TB-I | SCZ-R: 98; SCZ-NR: 184. | TB: Hamilton < 7 e Young < 6 por pelo menos 3 meses antes da avaliação. SCZ: 3 pontos ou menos nos itens P1, G9, P3, P2, G5, N1, N4 e N6, por pelo menos 6 meses antes da avaliação. | TB: estáveis; SCZ: um grupo estável e outro grupo sintomático. |
| Hjelseng, 2022. | Noruega. | DSM IV. | TBS: 262; TB- I: 168; TB-II: 79; NOS: 15. | TB-I e TB-II | SCS: 348; SCZ: 190; SZF: 28; SZA: 50; Outros:80. | TBS: definição do SCID como 2 meses sem sintomas afetivos; SCS: PANSS subitens <4: P1, P3, G9, P2, G5, N1, N4 e N6. | Sim. |

| Estudo | País | Critério Diagnóstico | Amostra TB | Tipo TB | Amostra SCZ | Definição de estabilidade | Estabilidade |
|--------------------|----------|----------------------|------------|---------------|---|--|--------------|
| Hoegh, 2022. | Noruega. | DSM-IV. | TB: 170. | TB-I e TB-II. | SCS: 123; SCZ: 62; SZF: 13; SZA: 16. | ND. | ND. |
| de Sales, 2023. | Brasil. | DSM-5. | TB: 89. | TB-I e TB-II. | SCZ: 50. | TB: Eutímicos (Hamilton < 12 e Young < 7); SCZ: sem mudanças nas medicações nos últimos 3 meses e com estabilidade dos sintomas nos últimos 6 meses, confirmado pela PANSS. | Estáveis. |
| Dalkner, 2023. | EUA. | DSM-5. | TB: 122. | ND. | SCZ: 113. | Por mínimo de 6 semanas sem hospitalização e sem mudança de mais de 20% na dose da medicação por no mínimo 2 semanas. TB: ≥ 3 estágios, classificação proposta por Frank et al (2015) | Sim. |
| Hasse-Sousa, 2023. | Brasil. | DSM-5. | TB: 172. | ND. | SCZ: 156. | TB: eutímicos (Hamilton < 12 e Young < 7) SCZ: sem mudanças nas medicações nos últimos 3 meses e com estabilidade dos sintomas nos últimos 6 meses. | Sim. |

Legenda: TB: transtorno bipolar; TBS: transtornos do espectro do transtorno bipolar; TB+: transtorno bipolar com histórico sintomas psicóticos; TB-: transtorno bipolar sem histórico de sintomas psicóticos; SCZ: esquizofrenia; SCS: transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; SZA: Transtorno esquizoafetivo; SZF: Transtorno Esquizofreniforme; SCS- : transtorno do espectro da esquizofrenia sem histórico de episódios afetivos; SCS+: transtorno do espectro da esquizofrenia com histórico de episódios afetivos; SCZ-R: esquizofrenia em remissão clínica; SCZ-NR: esquizofrenia sem remissão clínica; TUS: transtorno por uso de substâncias. FEEL: teste *Facially Expressed Emotion Labeling*; ND: não descrito.

| Estudo | YOUNG | HAM-D | PANSS P | PANSS N | Idade (média em anos) | Pareamento por idade | Anos de Estudo (média em anos) | Pareamento por anos de estudo | Escala Funcionalidade | Comparação funcionalidade TB x SCZ | Influenciadores que correlacionaram com funcionalidade |
|---------------------------------|---|-------|---|--|---|----------------------|--|-------------------------------|-----------------------|--|---|
| Martínez-Arán, 2002. | ND. | ND. | TB: 7,7; SCZ: 11,5. | TB: 10,8; SCZ: 22,5. | TB: 38,1; SCZ: 30,4. | Não. | TB: 13; SCZ: 11,3. | Não. | GAF. | GAF: TB > SCZ, p < 0,001. | SCZ: cognição e sintomas negativos; TB: PANSS G. |
| Simonsen, 2010. | SCS-: 5; SCS+: 5,5; TB-: 3; TB+: 3,4. | ND. | SCS-: 13,9; SCS+: 14,4; TB-: 10,1. TB+: 9,5. | SCS-: 15,1; SCS+: 14; TB-: 10,6; TB+: 10. | SCS-: 34,3; SCS+: 32,2; TB-: 36,6. TB+: 36,4. | Sim. | SCS-: 12,2; SCS+: 12,4; TB-: 13,4; TB+: 14,3. | Não. | GAF; SFS. | GAF: TB-, TB+ > SCS-, SCS+ p < 0.001. SFS: TB-, TB+ > SCS+ p < 0,001. | SCS e TB: sintomas negativos, sintomas positivos, sintomas depressivos, sintomas maniformes e cognição. |
| Jaworski, 2011. | ND. | ND. | ND. | ND. | ND. | Sim. | ND. | ND. | SAS-SR. | SAS-SR: TB sem SUD > TB com SUD, p > 0,01; TB com SUD > SCZ sem SUD, p > 0,01; SCZ sem SUD = SCZ com SUD, p > 0,01. | ND. |
| Kuswanto, 2013. | TB: 3,4; SCZ: 1,56. | ND. | TB: 8,55; SCZ: 10,79. | TB: 7,05; SCZ: 8,33. | TB: 32,57; SCZ: 31,7. | Sim. | TB:12,15; SCZ:12,31. | Sim. | GAF. | GAF: TB > SCZ, p < 0,001 | TB e SCZ: Cognição. |
| Yalcin-Siedentopf, 2013. | TB:1,1. | ND. | SCZ: 8,1. | SCZ: 10. | TB: 41,9; SCZ: 40,3. | Sim. | TB: 13,1; SCZ: 13,1. | Sim. | GAF. | GAF: TB > SCZ, p = 0.045 | TB: identificação de face alegre no FEEL. |

| Estudo | YOUNG | HAM-D | PANSS P | PANSS N | Idade (média em anos) | Pareamento por idade | Anos de Estudo (média em anos) | Pareamento por anos de estudo | Escala de Funcionalidade | Comparação funcionalidade TB x SCZ | Influenciadores que correlacionaram com funcionalidade |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---|----------------------|--|-------------------------------|------------------------------|---|--|
| Tamminga, 2013. | ND. | ND. | ND. | ND. | TB: 36,4; SCZ: 35,7. | Sim. | TB: 14,1. SCZ: 12,7; | Não. | GAF. | GAF: TB > SCZ, p < 0.01. | ND. |
| Schöttle, 2014. | ND. | ND. | ND. | ND. | TB: 43,6; SCZ: 41,8. | Sim. | ND. | ND. | GAF. | GAF: TB > SCZ, p = 0,67. | ND. |
| Sum, 2015. | TB: 3,75. | ND. | TB: 8,64; SCZ: 10,25. | TB: 7,07; SCZ: 8,62. | TB: 33,7; SCZ: 32,49. | Sim. | TB: 12,08; SCZ: 11,93. | Sim. | GAF. | GAF: TB > SCZ, p = 0,005. | ND. |
| Mancuso, 2015. | ND. | ND. | ND. | ND. | TB: 40,75; SCZ: 37,12. | Não. | ND. | ND. | PSP. | PSP: TB > SCZ, p < 0,017. | ND. |
| Rolin, 2017. | ND. | ND. | ND. | ND. | TB: 62,1; SCZ: 60,8. | Não. | ND. | ND. | SF-36 GH; SF-36 MH. | SF-36 GH: TB > SCZ, p = 0,425. SF-36 MH: TB > SCZ, p = 0,042 | ND. |
| Jiménez-López 2018. | TB-P: 0,4. TB-NP: 0,3. | TB-P: 2,5; TB-NP: 2,8. | SCZ: 11,3. | SCZ: 17. | TB-P: 40,6; TB-NP: 43; SCZ: 40,6. | Sim. | TB-P:12,5; TB-NP: 13; SCZ: 12,7. | Sim. | FAST; GAF-F. | FAST: TB-NP, TB-P > SCZ, p < 0,001. GAF-F: TB-NP, TB-P > SCZ, p < 0,001. | TB-P e TB-NP: cognição, sintomas depressivos, sintomas maniformes, hospitalizações, hospitalizações por mania e nº de episódios maniformes. |

| Estudo | YOUNG | HAM-D | PANSS P | PANSS N | Idade (média em anos) | Pareamento por idade | Anos de Estudo (média em anos) | Pareamento por anos de estudo | Escala de Funcionalidade | Comparação funcionalidade TB x SCZ | Influenciadores que correlacionaram com funcionalidade |
|----------------------------|---|--|---|--|---|----------------------|---|-------------------------------|--------------------------|---|--|
| Monaghan, 2019. | TB: 5,3; SCZ: 8. | ND. | TB: 12,1; SCZ: 15,4. | TB: 10,8; SCZ: 14,4. | TB: 22,7; SCZ: 23. | Sim. | TB: 14,7; SCZ: 14,7. | Sim. | GAF MCAS. | GAF: TB > SCZ, p = 0,003. MCAS: TB > SCZ, p = 0,02. | Sintomas mais graves. |
| Ospina, 2019. | TB: 2,02; SCS: 2,29. | TB: 5,91; SCS: 6,53. | ND. | ND. | TB: 38,89; SCS: 44,51. | Não. | TB: 14,88; SCS: 13,47. | Não. | WHODAS 2.0. | WHODAS 2.0: TB e SCS sem diferença. | TB: idade de início da doença. SCZ: idade. |
| Salagre, 2020. | TB: 14,1; SCZ: 7,3. | ND. | TB: 19; SCZ: 18,7. | TB: 15. SCZ: 22,3. | TB: 22,34; SCZ: 23,94. | Sim. | ND. | ND. | FAST. | Baseline: FAST: TB > SCZ, p = 0,001 | ND. |
| Mehta, 2021. | TB: 0,17. | TB: 1,2. | SCZ: 8,53. | SCZ: 14,21. | TB: 32,78; SCZ: 33,25. | Sim. | TB: 11,4; SCZ: 13. | Não. | GSDS. | GSDS: TB e SCZ sem diferença. | ND. |
| Egger, 2021. | ND. | ND. | ND. | ND. | TB: 43,84; SCS: 41,23. | Sim. | ND. | ND. | The Mini-ICF-APP. | TB e SCS sem diferença estatística | TB e SCS: sintomas clínicos, pela CGI-S. |
| Jiménez-López 2022. | TB: 1,06; SCZ-NR: 1,57. SCZ-R: 0,3. | TB: 2,76; SCZ-NR: 3,98. SCZ-R: 2,24. | TB: 7,49; SCZ-NR: 13,39; SCZ-R: 8,31. | TB: 9,19; SCZ-NR: 20,45; SCZ-R: 10,64. | TB: 41,57; SCZ-NR: 38,49; SCZ-R: 34,06. | Não. | TB: 12,83; SCZ-NR: 12,02; SCZ-R: 13,07. | Sim. | FAST; GAF-F. | FAST: TB, SCZ-R > SCZ-NR, p < 0.001 GAF: TB, SCZ-R > SCZ-NR, p < 0.001. | ND. |

| Estudo | YOUNG | HAM-D | PANSS P | PANSS N | Idade (média em anos) | Pareamento por idade | Anos de Estudo (média em anos) | Pareamento por anos de estudo | Escala de Funcionalidade | Comparação funcionalidade TB x SCZ | Influenciadores que correlacionaram com funcionalidade |
|---------------------------|-----------------------|-----------|--------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|---|
| Hjelseng, 2022. | ND. | ND. | ND. | ND. | TBS: 32,9; SCS: 28,7. | Não. | TBS: 13,4; SCS: 12,2. | Não. | SFS. | TB > SCS, p < 0,001. | TB e SCS: abuso emocional ou negligência emocional. |
| Hoegh, 2022. | TB: 2,5; SCZ: 2,7. | ND. | TB: 8,9; SCS: 12,6. | TB: 9,2; SCS: 14. | TB: 31; SCS: 29,7. | Sim. | ND. | ND. | SFS. | SFS: TB > SCS, p = 0.000. | TB e SCS: sintomas maniformes, sintomas positivos, sintomas negativos, sintomas ansiosos, sintomas depressivos, duração da doença não tratada e funcionalidade pré-morbida na infância. |
| de Sales, 2023. | TB: 1,4. | TB: 3,63. | ND. | ND. | TB: 43,64; SCZ: 38,12. | Não. | TB: 10,91; SCZ: 9,48. | Sim. | FAST. | FAST: TB > SCZ, p < 0,001. | SCZ: teoria da mente. |
| Dalkner, 2023. | ND. | ND. | TB: 8,79; SCZ: 13,75. | ND. | TB: 38,45; SCZ: 41,8. | Não. | ND. | ND. | SLOF. | SLOF: TB e SCZ sem diferença estatística. | TB e SCZ: cognição (nota do observador). |
| Hasse-Sousa, 2023. | ND. | ND. | ND. | ND. | TB: 47,98; SCZ: 40,66. | Não. | TB: 10,4; SCZ: 9,8. | Sim. | FAST. | TB > SCZ, p < 0,001. | ND. |

Legenda: TB: transtorno bipolar; TBS: transtornos do espectro do transtorno bipolar; TB+: transtorno bipolar com histórico sintomas psicóticos; TB-: transtorno bipolar sem histórico de sintomas psicóticos; SCZ: esquizofrenia; SCS: transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; SZA: Transtorno esquizoafetivo; SZF: Transtorno Esquizofreniforme; SCS- : transtorno do espectro da esquizofrenia sem histórico de episódios afetivos;

SCS+: transtorno do espectro da esquizofrenia com histórico de episódios afetivos; SCZ-R: esquizofrenia em remissão clínica; SCZ-NR: esquizofrenia sem remissão clínica; TUS: transtorno por uso de substâncias. FEEL: teste *Facially Expressed Emotion Labeling*; ND: não descrito.

Comparação funcionalidade TB x SCZ: “A > B” significa que o grupo A apresentou melhor funcionalidade quando comparado ao grupo B.

Escalas de funcionalidade:

- FAST: *Functioning Assessment Short Test*;
- GAF: *Global Assessment of Functioning scale*;
- SFS: *Social Functioning Scale*;
- SAS- SR: *Social Adjustment Scale Self Report*;
- PSP: *Personal and Social Performance Scale*;
- SF-36: *The 36-Item Short Form Health Survey: General Health (GH) e SF-36 Mental Health (MH)*;
- GAF-F: dimensão de funcionalidade da GAF;
- WHODAS 2.0: Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde;
- GSDS: *Groningen Social Disabilities Schedule*;
- The Mini-ICF-APP: *The Mini-ICF-APP Social Functioning Scale*;
- MCAS: Multnomah Community Ability Scale.

A maioria dos estudos mostra uma pior funcionalidade dos pacientes com SCZ quando comparados a pacientes com TB (DALKNER; MOORE; DEPP; ACKERMAN *et al.*, 2023; DE SALES; PHILIPPSEN; DE JESUS; CARRIELLO *et al.*, 2023; HASSE-SOUSA; MARTINS; PETRY-PERIN; BRITTO *et al.*, 2023; HJELSENG; VASKINN; UELAND; LUNDING *et al.*, 2022; HOEGH; MELLE; AMINOFF; OLSEN *et al.*, 2022; JAWORSKI; DUBERTRET; ADES; GORWOOD, 2011; JIMENEZ-LOPEZ; SANCHEZ-MORLA; APARICIO; LOPEZ-VILLARREAL *et al.*, 2018; JIMENEZ-LOPEZ; VILLANUEVA-ROMERO; SANCHEZ-MORLA; MARTINEZ-VIZCAINO *et al.*, 2022; KUSWANTO; SUM; SIM, 2013; MANCUSO; MORGAN; MITCHELL; BERK *et al.*, 2015; MARTINEZ-ARAN; PENADES; VIETA; COLOM *et al.*, 2002; MONAGHAN; BRICKMAN; HUYNH; ONGUR; HALL, 2019; ROLIN; ASCHBRENNER; WHITEMAN; SCHERER; BARTELS, 2017; SALAGRE; GRANDE; VIETA; MEZQUIDA *et al.*, 2020; SIMONSEN; SUNDET; VASKINN; UELAND *et al.*, 2010; SUM; HO; SIM, 2015; TAMMINGA; IVLEVA; KESHAVAN; PEARLSON *et al.*, 2013; YALCIN-SIEDENTOPF; HOERTNAGL; BIEDERMANN; BAUMGARTNER *et al.*, 2014). Porém, alguns estudos apresentam resultados conflitantes, não encontrando diferença entre a funcionalidade nos dois grupos (EGGER; WENIGER; BOBES; SEIFRITZ; VETTER, 2021; MEHTA; PUNITH; KUMAR; KUMAR *et al.*, 2021; OSPINA; SHANAHAN; PEREZ-RODRIGUEZ; CHAN *et al.*, 2019; SCHOTTLE; SCHIMMELMANN; KAROW; RUPPELT *et al.*, 2014).

Dos estudos apresentados no quadro, somente Kuswanto *et al* (2013), Yalcin-Siedentopf *et al* (2013), Sum *et al* (2015), Jiménez-López *et al* (2018), Monaghan *et al* (2019), Jiménez-López *et al* (2022), de Sales *et al* (2023), Hasse-Sousa *et al* (2023) compararam grupos pareados por anos de estudo.

Somente Martínez-Arán *et al* (2002), Yalcin-Siedentopf *et al* 2013, Tamminga *et al* (2013), Sum *et al* (2015), Jiménez-López *et al* (2018), Monaghan *et al* (2019), Mehta *et al* (2021), Jiménez-López *et al* (2022), Hjelseng *et al* (2022), de Sales *et al* (2023), Dalkner *et al* (2023), Hasse-Sousa *et al* (2023) comparam pacientes estáveis clinicamente.

Várias escalas diferentes foram utilizadas para medir a funcionalidade como GAF, FAST, *The Specific Levels of Functioning Scale* (SLOF), WHODAS 2.0, *Groningen Social Disabilities Schedule* (GSDS), *The Social Functioning Scale* (SFS), Social Adjustment Scale (SAS), 36-Item Short Form Survey (SF-36) e PSP. A falta de

padronização nos instrumentos de medida de funcionalidade dificulta a comparação entre os estudos.

Há uma grande heterogeneidade de funcionalidade entre pacientes com o mesmo diagnóstico, seja TB, seja SCZ (SANCHEZ-MORENO; BONNIN; GONZALEZ-PINTO; AMANN *et al.*, 2018). Alguns estudos buscam avaliar quais fatores poderiam estar associados a essa diferença de funcionalidade. A funcionalidade de um indivíduo pode ser afetada por fatores ambientais como a vizinhança onde mora, acesso ao lazer, situação econômica, acesso à educação de qualidade, oportunidade de trabalho, dentre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Assim, fatores sociodemográficos podem influenciar na funcionalidade de pacientes TB e SCZ (PATTERSON; MAUSBACH, 2010). Sanchez-Moreno *et al* 2018 fez um estudo com 239 participantes com TB em remissão e encontrou que sexo masculino, idade avançada e pior escolaridade estavam associados a uma pior funcionalidade nesse grupo (SANCHEZ-MORENO; BONNIN; GONZALEZ-PINTO; AMANN *et al.*, 2018). Cheng *et al* 2024 conduziu um estudo longitudinal com 128 pacientes com SCZ por 10 anos e verificou que participantes do sexo feminino tinham mais chances de apresentar um curso de funcionalidade mais favorável ao longo do acompanhamento. Contudo, somente fatores sociodemográficos não são suficientes para explicar a heterogeneidade de funcionalidade entre os pacientes com TB ou SCZ (GUPTA; BASSETT; IFTENE; BOWIE, 2012). Assim, tem sido estudado fatores clínicos e cognitivos que poderiam exercer influência na funcionalidade.

1.4.1.1 Impacto de Variáveis Clínicas na Funcionalidade dos Pacientes com TB e SCZ

A funcionalidade pode sofrer influência de variáveis clínicas. Nos pacientes com TB, a presença de sintomas depressivos subsindrômicos é um dos fatores que possui maior associação com pior funcionalidade em qualquer idade dos pacientes (JIMENEZ-LOPEZ; SANCHEZ-MORLA; APARICIO; LOPEZ-VILLARREAL *et al.*, 2018; REINARES; PAPACHRISTOU; HARVEY; MAR BONNIN *et al.*, 2013; SAMALIN; DE CHAZERON; VIETA; BELLIVIER; LLORCA, 2016). Sintomas depressivos subsindrômicos interferem na funcionalidade, impactando em domínios como trabalho, autonomia e relações interpessoais (GRUNZE; BORN, 2020). O

impacto dos sintomas maníacos subsindrômicos na funcionalidade é maior em pacientes com idade mais avançada (acima de 50 anos) do que em pacientes jovens (STREJILEVICH; SZMULEWICZ; IGOA; MARENGO *et al.*, 2019). Os principais domínios funcionais impactados por sintomas maníacos subsindrômicos são a autonomia e habilidades financeiras, porém de menor monta quando comparados com os sintomas depressivos subsindrômicos (SAMALIN; DE CHAZERON; VIETA; BELLIVIER; LLORCA, 2016).

Avaliando funcionalidade em pacientes com primeiro episódio psicótico de SCZ, sintomas positivos se apresentam como um fator independente de funcionalidade (CAO; CHEN; XU; WANG *et al.*, 2022). Entretanto, os sintomas positivos tendem a ter um padrão de diminuição e estabilidade ao longo da doença, o que pode explicar o seu menor efeito na funcionalidade quando comparado aos sintomas negativos (CAO; CHEN; XU; WANG *et al.*, 2022). Além disso, pacientes com SCZ que tiveram vários episódios psicóticos, no geral, possuem pior funcionalidade comparado aos pacientes com SCZ que tiveram somente um episódio psicótico. Porém ainda não está claro o motivo dessa discrepância de funcionalidade, se seria devido a uma progressão neural da doença ou devido a fatores sociais como o fato de pessoas com múltiplos episódios psicóticos serem mais marginalizadas (HUXLEY; KRAYER; POOLE; PRENDERGAST *et al.*, 2021). Os sintomas negativos são fortemente associados ao prejuízo na funcionalidade em pacientes com SCZ (LIPKOVICH; DEBERDT; CSERNANSKY; SABBE *et al.*, 2009). Estudos que avaliaram os componentes dos sintomas negativos, mostraram que a avolia/apatia possuem maior impacto na funcionalidade do que expressão diminuída (FOUSSIAS; REMINGTON, 2010; GALDERISI; BUCCI; MUCCI; KIRKPATRICK *et al.*, 2013; GALDERISI; ROSSI; ROCCA; BERTOLINO *et al.*, 2014; STRAUSS; HORAN; KIRKPATRICK; FISCHER *et al.*, 2013).

Alguns autores sugeriram que pacientes TB com históricos de sintomas psicóticos compunham um fenótipo caracterizado por maior prejuízo neurocognitivo (BORA; YUCEL; PANTELIS, 2010; BUOLI; CALDIROLI; CUMERLATO MELTER; SERATI *et al.*, 2016) e funcional (DELL'OSSO; CAMURI; CREMASCHI; DOBREA *et al.*, 2017; MACQUEEN; YOUNG; JOFFE, 2001), ocupando uma posição intermediária entre pacientes com SCZ e pacientes TB sem histórico de sintomas psicóticos (BRISSOS; DIAS; SOEIRO-DE-SOUZA; BALANZA-MARTINEZ; KAPCZINSKI, 2011; SZOKE; MEARY; TRANDAFIR; BELLIVIER *et al.*, 2008). Porém, vários estudos

transversais não encontraram diferenças substanciais entre funcionalidade e cognição de pacientes TB com sintomas psicóticos e sem sintomas psicóticos (CALDIERARO; SYLVIA; DUFOUR; WALSH *et al.*, 2017; JIMENEZ-LOPEZ; APARICIO; SANCHEZ-MORLA; RODRIGUEZ-JIMENEZ *et al.*, 2017; JIMENEZ-LOPEZ; SANCHEZ-MORLA; APARICIO; LOPEZ-VILLARREAL *et al.*, 2018; SANCHEZ-MORLA; BARABASH; MARTINEZ-VIZCAINO; TABARES-SEISDEDOS *et al.*, 2009; SAVITZ; VAN DER MERWE; STEIN; SOLMS; RAMESAR, 2009).

1.4.1.2 Impacto dos Domínios Cognitivos na Funcionalidade dos Pacientes com TB e SCZ

Estudos que avaliam preditores de funcionalidade em pacientes com TB e SCZ encontraram associação com alterações em domínios cognitivos, especialmente memória verbal (BAS; POYRAZ; BAS; POYRAZ; TOSUN, 2015; JIMENEZ-LOPEZ; SANCHEZ-MORLA; APARICIO; LOPEZ-VILLARREAL *et al.*, 2018; REMPFER; FOWLER, 2018) e outros domínios como memória de trabalho (HALVERSON; ORLEANS-POBEE; MERRITT; SHEERAN *et al.*, 2019) e cognição social (HALVERSON; ORLEANS-POBEE; MERRITT; SHEERAN *et al.*, 2019). Melhor desempenho em função executiva, memória verbal e fluência verbal foi associado a melhor funcionalidade em pacientes TB eutímicos (BAUNE; MALHI, 2015). Em 2019, Halverson *et al.* realizou uma metanálise para avaliar a relação entre funcionalidade e os domínios cognitivos em 12868 pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (SCS). Foi encontrada associação entre neurocognição e funcionalidade ($p < 0,01$). Além disso, memória verbal, memória de trabalho e resolução de problemas foram os domínios cognitivos que apresentaram maior relação com funcionalidade (HALVERSON; ORLEANS-POBEE; MERRITT; SHEERAN *et al.*, 2019).

1.4 Justificativa do Estudo

O TB é caracterizado historicamente por alterações do humor com a completa remissão e retorno da funcionalidade nos períodos de eutímia. Já a SCZ é caracterizada historicamente por um acentuado prejuízo cognitivo e funcional após início do quadro que se mantém durante a vida do paciente. Contudo, estudos têm

mostrado que pacientes TB também apresentam alterações cognitivas e funcionais, que poderiam inclusive estar relacionadas às alterações presentes na SCZ. Assim, pacientes com TB e SCZ, compõem um grupo com pior indicadores de funcionalidade, como uma alta prevalência de desemprego (GUHNE; PABST; LOBNER; BREILMANN *et al.*, 2021). Além disso, há considerável heterogeneidade de funcionalidade entre indivíduos com o mesmo diagnóstico, seja TB ou SCZ, sendo que ainda não estão claros quais fatores determinariam um melhor desempenho funcional (SANCHEZ-MORENO; MARTINEZ-ARAN; VIETA, 2017). Atualmente há poucos estudos que comparam a funcionalidade entre esses pacientes e que evidenciem esses fatores.

Quanto à avaliação funcional, é necessário avaliar de forma independente a capacidade funcional e a funcionalidade, além de verificar como se correlacionam. Pois, apesar da capacidade funcional conseguir prever a funcionalidade em mundo real (CARDENAS; ABEL; BOWIE; TIZNADO *et al.*, 2013), essas duas medidas nem sempre se sobrepõem, além de possuírem características diversas (HARVEY; VELLIGAN; BELLACK, 2007).

Como hipótese esperamos encontrar pior funcionalidade e CF nos pacientes com SCZ quando comparados ao controle, pior funcionalidade e CF dos pacientes com TB quando comparados ao controle e pior funcionalidade e CF dos pacientes SCZ quando comparados aos pacientes com TB.

Com isso, este estudo tem como objetivo comparar a relação entre capacidade funcional e funcionalidade nos pacientes com TB e SCZ, caracterizando quais seriam seus determinantes sociodemográficos, clínicos e cognitivos.

2 OBJETIVOS

2.4 Objetivo Geral

Comparar a funcionalidade e a CF em pacientes eutímicos com transtorno bipolar tipo I, esquizofrenia e controles.

2.5 Objetivos Específicos

Comparar os resultados de avaliações cognitivas nos pacientes com TB, nos pacientes com SCZ e nos controles.

Avaliar a correlação entre a escala FAST e UPSA-1-BR.

Comparar os resultados da escala de funcionalidade e de capacidade funcional nos pacientes com TB, SCZ e controles.

Avaliar como variáveis clínicas, sociodemográficas e cognitivas influenciam na funcionalidade e na CF dos pacientes com TB e SCZ.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal.

3.2 Delineamento do Estudo

Foram realizadas visitas semanais ao Ambulatório de Transtorno Bipolar do Hospital das Clínicas UFMG / EBSEH às terças de manhã e ao Ambulatório de Esquizofrenia do Hospital das Clínicas UFMG / EBSEH às quartas à tarde, para captação de pacientes que preencheram os critérios de diagnóstico de TB-I ou SCZ e não se enquadraram nos critérios de exclusão. Os controles foram obtidos na comunidade.

As entrevistas com os participantes ocorreram após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e duraram em torno de 2 a 3 horas. Foram realizadas em sala disponível para consultas individuais no Hospital das Clínicas.

Parte dos dados dos pacientes com TB foram obtidos do trabalho de mestrado de Isabela Martins Becattini Pereira durante o ano de 2020 e 2021, fazendo parte de seu projeto de mestrado "Impacto das Comorbidades Clínicas na Funcionalidade em Pacientes com o Diagnóstico de Transtorno Bipolar" (PEREIRA, 2021).

Os dados dos pacientes com esquizofrenia e dos controles foram coletados entre março de 2022 a agosto de 2023 por Henrique Arenare de Oliveira e alunos de iniciação científica da UFMG, previamente treinados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UFMG- CAAE: 26664219.7.0000.5149.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão dos Participantes

3.3.1 Critérios de Inclusão para Pacientes com TB

Os critérios de inclusão para os pacientes com TB foram:

- 1) Idade igual ou superior a 18 anos e menor do que 60 anos de idade;
- 2) Diagnóstico firmado de Transtorno Bipolar tipo I de acordo com o DSM-5;
- 3) Em eutimia, com pontuações < 7 na Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) e \leq 8 na Escala de Mania de Young (YOUNG);
- 4) Pacientes em acompanhamento ambulatorial, clinicamente estáveis.

3.3.2 Critérios de Inclusão para Pacientes com SCZ

Os critérios de inclusão para os pacientes com SCZ foram:

- 1) Idade igual ou superior a 18 anos e menor do que 60 anos de idade;
- 2) Diagnóstico firmado de esquizofrenia de acordo com o DSM-5 confirmado através da SCID-5-CV (Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5);
- 3) Pacientes em acompanhamento ambulatorial e clinicamente estáveis (pontuação nos itens da "The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia" (PANSS menor ou igual a 5 nos itens P1, P3-P6 e menor ou igual a 4 nos itens P2 e P7). Nenhuma hospitalização ou aumento no nível de atenção psiquiátrica devido ao agravamento da esquizofrenia nas 12 semanas anteriores.

3.3.3 Critérios de Exclusão para Pacientes com TB e com SCZ

Os critérios de exclusão para os pacientes com TB e com SCZ foram:

- 1) Analfabetismo;
- 2) Presença de história de traumatismo crânio-encefálico ou com transtorno neurocognitivo (TNC) subjacente;
- 3) Transtorno por uso de substâncias, exceto tabagismo.

3.3.4 Critérios de Inclusão para Controles

Os critérios de inclusão para os controles foram:

- 1) Idade igual ou superior a 18 anos e menor do que 60 anos de idade;
- 2) Ausência de diagnóstico psiquiátrico atual ou prévio (exceto tabagismo e episódio depressivo prévio) confirmado através da SCID-5-CV;
- 3) Ausência de diagnóstico de transtorno bipolar e de esquizofrenia em parentes de primeiro grau, confirmados através de entrevista clínica de seleção.

3.3.5 Critérios de Exclusão para Controles

Os critérios de exclusão para os controles foram

- 1) Analfabetismo;
- 2) Uso atual de medicações psiquiátricas;
- 3) Presença de história de traumatismo crânio-encefálico ou com TNC.

3.4 Amostra

Amostra foi composta de 25 indivíduos com diagnóstico de Transtorno Bipolar tipo I que fazem tratamento no ambulatório de Transtorno Bipolar do Hospital das Clínicas UFMG / EBSEH, 21 indivíduos diagnóstico de Esquizofrenia que fazem tratamento no ambulatório de Esquizofrenia do Hospital das Clínicas UFMG / EBSEH e 21 indivíduos sem transtornos psiquiátricos da comunidade captados através de divulgação pelo investigador entre funcionários do serviço e contatos pessoais.

Foi realizada amostragem não probabilística e intencional para seleção dos participantes.

3.5 Instrumentos de avaliação

- Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5);

- Mini-International Neuropsychiatry Interview (MINI-Plus);
- The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS);
- Escala de Mania de Young (YOUNG);
- Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D);
- Functioning Assessment Short Test (FAST);
- Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações (UPSA-1-BR);
- Breve Avaliação da Cognição na Esquizofrenia - (BACS).

3.5.1 Instrumentos de Avaliação Psiquiátrica

3.5.1.1 Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5)

A Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5) é um guia de entrevista para a realização dos principais diagnósticos do DSM-5 (anteriormente diagnosticados no Eixo I). Ela é aplicada por um clínico ou por um profissional da saúde mental treinado que esteja familiarizado com a classificação e com os critérios diagnósticos do DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Essa entrevista foi aplicada por médicos psiquiatras ou residentes de psiquiatria, previamente treinados para aplicação desta entrevista. Com essa entrevista foi possível confirmar o diagnóstico de esquizofrenia e avaliar as comorbidades psiquiátricas nesses pacientes. Também foi aplicada por Henrique Arenare de Oliveira nos controles para verificar a ausência de transtornos psiquiátricos.

3.5.1.2 Mini-International Neuropsychiatry Interview (MINI-Plus)

O MINI-PLUS (SHEEHAN; LECRUBIER; SHEEHAN; AMORIM *et al.*, 1998) é uma entrevista diagnóstica padronizada com duração entre 15 e 30 minutos, podendo ser utilizada por clínicos após breve treinamento. É capaz de diagnosticar transtornos psiquiátricos do DSM-IV. Essa escala foi aplicada em pacientes com Transtorno Bipolar para verificar o diagnóstico e comorbidades psiquiátricas.

3.5.1.3 Escala da Síndrome Positiva e Negativa na Esquizofrenia (PANSS)

A PANSS (KAY; FISZBEIN; OPLER, 1987) é uma escala que foi desenvolvida para avaliar sintomas da esquizofrenia em 1987. Ainda hoje é amplamente utilizada. É composta de 30 itens: 7 avaliando sintomas positivos, 7 avaliando sintomas negativos e 16 psicopatologia geral. Foi validada para o português por Chaves *et al.* em 1998. No Quadro 7, encontra-se a descrição dos componentes da escala positiva e negativa.

Quadro 7: Componentes da escala positiva e negativa da PANSS

| | |
|---------------------------------|--|
| P1 – Delírios; | N1- Afetividade embotada; |
| P2- Desorganização conceitual; | N2 – Retraimento emocional; |
| P3 –Comportamento alucinatório; | N3 – Contato pobre; |
| P4 –Excitação; | N4 – Retraimento social passivo / apático; |
| P5 -Grandeza; | N5 – Dificuldade pensamento abstrato; |
| P6 – Desconfiança; | N6 – Falta de espontaneidade e fluência; |
| P7 – Hostilidade. | N7 – Pensamento estereotipado. |

A pontuação da PANSS varia de 1 a 7, com pontuação maior denotando maior gravidade.

A escala positiva e negativa foi aplicada em pacientes com esquizofrenia.

Como o objetivo do trabalho é avaliar pacientes estáveis de sintomatologia psicótica, foi utilizado o seguinte ponto de corte: itens P1, P3-P6 menor ou igual a 5 e nos itens P2 e P7 menor ou igual a 4.

3.5.1.4 Escala de Mania de Young (YOUNG)

A Escala de Mania de Young (YOUNG; BIGGS; ZIEGLER; MEYER, 1978) foi desenvolvida para avaliar sintomas maníacos em 1978. É uma das escalas mais utilizadas no mundo para avaliar sintomas maniformes. É composta de 11 itens

baseados em sintomas de mania descritos no DSM-IV-TR: (a) humor e afeto elevados; (b) energia e atividade motora elevadas; (c) interesse sexual; (d) sono; (e) irritabilidade; (f) velocidade e quantidade de fala; (g) linguagem (distúrbio do pensamento); (h) conteúdo do pensamento; (i) comportamento disruptivo agressivo; (j) aparência e (k) insight. A pontuação total varia entre 0 e 60 pontos, com as respostas graduadas de acordo com níveis de gravidade. Foram considerados eutímicos pacientes com pontuações menores ou iguais a 8 (BEYER, 2008). Foi validada no Brasil por Vilela e colaboradores em 2005. A escala foi aplicada em todos os pacientes para verificar a presença de sintomas maníacos no momento da entrevista. A escala foi aplicada por médicos psiquiatras ou residentes de psiquiatria nos pacientes com TB para avaliar a estabilidade do quadro, representado por escore ≤ 8 na YOUNG.

3.5.1.5 Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D)

A Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) (HAMILTON, 1960) é uma escala desenvolvida em 1960 para avaliar a gravidade de sintomas depressivos. É amplamente difundida e utilizada. Além disso, é capaz de mostrar a evolução dos sintomas durante o tratamento. Utilizou-se a versão composta por 17 itens, que avaliam sintomas cognitivos, motores, de humor, somáticos, ansiosos e sociais. A escala foi aplicada em todos os pacientes com transtorno bipolar para verificar a presença de sintomas depressivos no momento da entrevista. A pontuação total varia entre 0 e 52 pontos, sendo considerada eutímia pontuações entre 0 e 6, depressão leve pontuações entre 7 e 17, depressão moderada entre 18 e 24 e depressão grave acima de 25 pontos (BEYER, 2008; GAZALLE; ANDREAZZA; HALLAL; KAUER-SANT'ANNA *et al.*, 2006).

3.5.2 Instrumento de Avaliação Cognitiva

3.5.2.1 Breve Avaliação da Cognição na Esquizofrenia - (BACS)

A Breve Avaliação da Cognição na Esquizofrenia (BACS) - (KEEFE; GOLDBERG; HARVEY; GOLD *et al.*, 2004) é uma escala para avaliação cognitiva nos

indivíduos com esquizofrenia. É composta de 6 testes da Memória Verbal, Tarefa Motora com Fichas, Sequenciamento de Dígitos, Fluência Verbal Categórica e por Letra Inicial, Codificação de Símbolos e Torre de Londres. No nosso estudo, foi utilizado a forma curta (BACS-SF) (LAM; WANG; HUANG; ENG *et al.*, 2017) que utiliza três desses testes: memória verbal, sequenciamento de dígitos e codificação de símbolos. Esses testes foram os que melhor resumiram as variações encontradas nos pacientes com SCZ (LAM; WANG; HUANG; ENG *et al.*, 2017). Assim, a BACS-SF foi aplicada nos pacientes com SCZ, TB e controles. Os testes são descritos abaixo.

- Memória verbal (MV): o primeiro teste da bateria consiste na leitura em voz alta pelo examinador de uma lista de 15 palavras não relacionadas. Após, é solicitado ao participante que diga todas as palavras que puder se lembrar, não importando sua ordem. Este passo é repetido por mais quatro vezes, sendo somadas as palavras corretas recordadas pelo paciente a cada leitura.

- Sequenciamento de dígitos: São apresentados aos participantes sequências contendo os dígitos de 1 a 9, em ordem aleatória. Após, é solicitado que os indivíduos repitam o conjunto de dígitos, mas em ordem crescente. São inicialmente apresentados 4 conjuntos contendo 2 dígitos, seguidos por 4 sequências contendo 3 dígitos, mais 4 conjuntos com 4 dígitos, mais 4 conjuntos com 5 dígitos, mais 4 conjuntos com 6 dígitos, mais 4 conjuntos com 7 dígitos e, por fim, 4 conjuntos com 8 dígitos cada. O teste deve ser interrompido se o indivíduo errar todos os 4 conjuntos com um mesmo número de dígitos. A pontuação final é a soma de sequências corretas. Este teste avalia o domínio cognitivo da memória de trabalho.

- Tarefa de Codificação de Símbolos: é apresentada aos pacientes uma tabela contendo símbolos e, abaixo de cada símbolo, encontra-se um número correspondente. É dada uma lista de símbolos com quadrados vazios abaixo destes símbolos, os quais os pacientes deverão preencher com o número correspondente de acordo com a tabela inicial. O paciente pode consultar a tabela a qualquer momento da realização do teste. O paciente é orientado a fazê-lo o mais rápido possível, sem saltar nenhum quadrado. O teste é encerrado após 90 segundos. A pontuação final é o número de quadrados preenchidos corretamente. Este teste avalia o domínio cognitivo de atenção e velocidade de processamento.

3.5.3 Instrumentos de Avaliação Funcional

3.5.3.1 Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações (UPSA-1-BR)

A Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações (UCSD Performance-based Skills Assessment, UPSA-1) (PATTERSON; GOLDMAN; MCKIBBIN; HUGHS; JESTE, 2001) é um teste desenvolvido na Universidade da Califórnia em San Diego para a avaliação da capacidade funcional. Utilizando cenários controlados que replicam situações de vida diária, são avaliadas habilidades básicas em cinco áreas: (i) entendimento/planejamento; (ii) finanças; (iii) comunicação; (iv) mobilidade; (v) tarefas domésticas. Foi inicialmente desenvolvida para a avaliação da capacidade funcional em pacientes com esquizofrenia, no entanto, nos últimos anos também vem sendo utilizada em pacientes com Transtorno Bipolar (DEPP; MAUSBACH; EYLER; PALMER *et al.*, 2009; MAUSBACH; HARVEY; PULVER; DEPP *et al.*, 2010). Foi traduzida e validada em português no Brasil para pacientes diagnosticados com SCZ, UPSA-1-BR (MANTOVANI; MACHADO-DE-SOUSA; SALGADO, 2015). A pontuação de cada domínio varia entre 0 e 20, resultando em uma pontuação final entre 0 e 100. Quanto mais próxima de 100, menor é o comprometimento da capacidade funcional. Pontuações menores ou iguais a 73,5, indicando limitação de capacidade funcional, segundo o ponto de corte estabelecido por Mantovani *et al.* (2015) na validação da UPSA-1 para o BR. Há diversas variações da escala UPSA. As mais utilizadas são a UPSA-1 (forma completa, utilizada neste estudo), a UPSA-B (forma breve que utiliza somente 2 subdomínios - comunicação e habilidades financeiras) e a UPSA-2 (forma extensa que além dos 5 domínios da UPSA completa, aborda um sexto domínio: administração de medicação) (MAUSBACH; HARVEY; PULVER; DEPP *et al.*, 2010). Neste estudo, a UPSA-1-BR foi utilizada para avaliação de capacidade funcional nos pacientes com esquizofrenia, transtorno bipolar e nos controles.

3.5.3.2 Functioning Assessment Short Test (FAST)

O *Functioning Assessment Short Test* (FAST) (ROSA; SANCHEZ-MORENO; MARTINEZ-ARAN; SALAMERO *et al.*, 2007) é um questionário breve para avaliação dos principais problemas funcionais. Foi desenvolvido em Barcelona em 2007. É composto de 24 itens que avaliam 6 áreas distintas: autonomia, funcionalidade ocupacional, funcionalidade cognitiva, habilidades financeiras, relações interpessoais, atividades sociais e sexuais e atividades de lazer. Cada item é pontuado de acordo com a dificuldade, de maneira crescente, sendo 0: nenhuma dificuldade, 1: pouca dificuldade, 2: muita dificuldade, ou 3: bastante dificuldade. O ponto de corte para cada domínio é definido como: autonomia < 1, trabalho < 1, cognição < 2, finanças < 1, relações interpessoais < 3, lazer < 3 e pontuação total < 11. A escala varia entre 0 e 72 pontos, com pontuações mais altas indicando pior funcionalidade (ROSA; SANCHEZ-MORENO; MARTINEZ-ARAN; SALAMERO *et al.*, 2007). Pontuações na FAST entre 0 - 11 caracterizam ausência de alterações funcionais, entre 12 - 20 caracterizam alterações funcionais leves, entre 21 a 40 caracterizam alterações funcionais moderadas e acima de 40 caracterizam alterações funcionais graves (BONNIN; MARTINEZ-ARAN; REINARES; VALENTI *et al.*, 2018). Foi validado a versão para o Brasil em 2009 por Cacilhas *et al.*. Neste estudo, a FAST foi utilizada para avaliação de funcionalidade nos pacientes com esquizofrenia, transtorno bipolar e nos controles, uma vez que é um instrumento com uso difundido para avaliar funcionalidade no TB (DE SALES; PHILIPPSEN; DE JESUS; CARRIELLO *et al.*, 2023).

3.6 Análise Estatística

Para comparação de variáveis categóricas (controles, esquizofrenia e bipolar), realizou-se o teste de Qui Quadrado de Pearson.

Verificou-se se as variáveis numéricas possuíam distribuição normal através do teste de Shapiro Wilk. A realização do teste mostrou que a maioria não é normal. Então, foram aplicados o teste de Mann Whitney na comparação de 2 grupos e o teste de Kruskal Wallis na comparação de 3 grupos. Quando a comparação de 3 grupos mostrou diferença estatística ($p < 0,05$), foi aplicado o teste de Bonferroni para identificar a diferença. O teste de Bonferroni compara de 2 em 2, ou seja, controle / TB, controle / SCZ e TB / SCZ.

A análise das correlações entre as variáveis de interesse foi realizada pelo teste de Spearman. Foi realizada a padronização em Z-escores dos resultados da BAC-SF. O Z score é criado a partir do valor obtido pelo indivíduo menos a média dos resultados no grupo controle, dividido pelo desvio padrão. A BAC-SF total é a soma dos 3 Z-scores obtidos.

Foi realizado um modelo multinomial, com objetivo de avaliar como variáveis do interesse do trabalho: a UPSA-1-BR, a FAST e os testes cognitivos, relacionam-se juntos ao TB e a SCZ. O modelo foi controlado por anos de estudo, pois como descrito na introdução, anos de estudo está associado a melhor funcionalidade e melhor CF. As variáveis respostas do modelo foram: Transtorno Bipolar e Esquizofrenia. O grupo controle foi o grupo referência. As variáveis explicativas foram: FAST, UPSA-1-BR, memória verbal, sequenciamento de dígitos, codificação de símbolos e idade. Após, foi realizado novo modelo, com as mesmas variáveis, porém sem o grupo controle, com o grupo TB como referência e o grupo SCZ como variável resposta.

A análise estatística foi realizada pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS (versão 25). Para variáveis contínuas, são apresentadas as médias, medianas, desvios-padrão e faixa de variação. Foi considerado o valor de $p < 0,05$ para significância estatística.

Para realização da *Figura 2* foi utilizado o software *Plotly.js* (v2.24).

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em cinco seções. Na primeira seção, são apresentados os dados referentes à caracterização da população estudada, incluindo dados sociodemográficos e uso de medicações. Na segunda seção, são apresentados comparativamente os dados da avaliação cognitiva de cada grupo (controle, TB e SCZ). Na terceira seção são apresentados comparativamente os dados da avaliação funcional (FAST e UPSA) de cada grupo (controle, TB e SCZ). Na quarta seção, é apresentada a correlação entre os domínios da FAST e da UPSA em cada grupo e a correlação entre os fatores sociodemográficos e clínicos com os domínios da FAST e UPSA. Na última seção é apresentado o modelo multinomial.

4.1 Categorização da Amostra

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos indivíduos incluídos no estudo.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos de pacientes e controles

| <i>Valores em mediana (Q1 - Q3) // n (%)</i> | Diagnóstico | | | valor p |
|--|-------------------|------------------|------------------|---------------|
| | Controle (n = 21) | TB (n = 25) | SCZ (n = 21) | |
| Idade | 32 (26 – 50,5) | 47 (28,5 – 53,5) | 38 (35 - 48) | 0,192** |
| Anos de estudo | 11 (10,5 - 12) | 11 (10,5 - 15) | 11 (9,5 - 15) | 0,597** |
| Sexo | | | | |
| Homem | 8 (38,1%) | 13 (52%) | 11 (52,4%) | 0,564* |
| Mulher | 13 (61,9%) | 12 (48%) | 10 (47,6%) | |
| Estado civil | | | | |
| Casado | 8 (38,1%) | 7 (28%) | 4 (19%) | 0,372* |
| Solteiro | 12 (57,1%) | 12 (48%) | 15 (71,4%) | |
| Divorciado | 1 (4,8%) | 5 (20%) | 2 (9,5%) | |
| Viúvo | 0 (0%) | 1 (4%) | 0 (0%) | |
| Escolaridade | | | | |
| ES completo | 3 (14,3%) | 7 (28%) | 4 (19%) | 0,678* |
| EM completo | 15 (71,4%) | 13 (52%) | 11 (52,4%) | |
| EF completo | 2 (9,5%) | 2 (8%) | 4 (19%) | |
| EF incompleto | 1 (4,8%) | 3 (12%) | 2 (9,5%) | |
| Ocupação | | | | |
| Empregado | 19 (90,5%) | 15 (60%) | 7 (33,3%) | 0,018* |
| Desempregado | 0 (0%) | 4 (16%) | 4 (19%) | |
| Desocupado | 1 (4,8%) | 0 (0%) | 4 (19%) | |
| Estudante | 1 (4,8%) | 1 (4%) | 1 (4,8%) | |
| Aposentado invalidez | 0 (0%) | 4 (16%) | 5 (23,8%) | |
| Aposentado por tempo de serviço | 0 (0%) | 1 (4%) | 0 (0%) | |

*Teste Qui Quadrado

**Teste de Kruskal Wallis. Pós teste de Bonferroni para diferenciação entre os três grupos

Como mostrado na Tabela 1, o grupo controle teve uma mediana de idade de 32 anos, o grupo TB de 47 e o grupo SCZ de 38. Quanto aos anos de estudo, os três grupos apresentaram uma mediana de 11. No grupo controle temos que 61,9% dos participantes são do sexo feminino. No grupo TB essa porcentagem é de 48% e no grupo SCZ é de 47,6%. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à idade ($p = 0,192$), anos de estudo ($p = 0,597$) e gênero ($p = 0,564$) entre os três grupos. Observa-se que o grupo controle tem maior proporção de empregados ($p = 0,018$) se comparado aos demais, sem diferença entre o grupo TB e SCZ. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à situação conjugal ($p = 0,372$) e escolaridade ($p = 0,678$) entre os grupos.

A Tabela 2 apresenta o perfil de prescrição dos participantes do grupo TB e SCZ.

Tabela 2 - Medicamentos no grupo TB e SCZ

| Medicações psiquiátricas de uso atual n (%) | Diagnóstico | | valor p* |
|--|-----------------|-------------------|--------------|
| | TB (n = 25) | SCZ (n = 21) | |
| Lítio | 18 (72%) | 0 (0%) | 0,000 |
| Carbamazepina | 2 (8%) | 0 (0%) | 0,493 |
| Ácido Valpróico | 9 (36%) | 2 (9,5%) | 0,045 |
| Antidepressivo | 4 (16%) | 11 (52,4%) | 0,012 |
| Clorpromazina | 0 (0%) | 1 (4,8%) | 0,456 |
| Clozapina | 0 (0%) | 7 (33,3%) | 0,002 |
| Olanzapina | 3 (12%) | 9 (42,9%) | 0,023 |
| Risperidona | 1 (4%) | 4 (19%) | 0,163 |
| Quetiapina | 2 (8%) | 0 (0%) | 0,493 |
| Aripiprazol | 1 (4%) | 1 (4,8%) | 0,900 |
| Ziprasidona | 0 (0%) | 1 (4,8%) | 0,457 |
| Clonazepam | 2 (8%) | 0 (0%) | 0,493 |
| Biperideno | 0 (0%) | 1 (4,8%) | 0,457 |

*Teste de Qui Quadrado

A Tabela 3 apresenta os resultados das escalas de avaliação clínica e dados clínicos dos participantes do grupo TB e SCZ.

Tabela 3 - Escalas de avaliação clínica e dados clínicos do grupo TB e SCZ

| Valores em mediana (Q1 - Q3) | Diagnóstico | | valor p* |
|-------------------------------------|-------------------|------------------|----------|
| | TB (n = 25) | SCZ (n = 21) | |
| PANSS P total | - | 12 (9 - 16) | - |
| PANSS N total | - | 17 (12,5 – 23,5) | - |
| HAM-D total | 2 (2 - 3) | - | - |
| YOUNG | 0 (0 - 0) | - | - |
| Tempo da doença (anos) | 17,5 (5,8 – 27,8) | 10 (5,5 – 21,5) | 0,172 |
| Número de internações psiquiátricas | 1 (0 - 2) | 1 (0 - 3) | 0,917 |
| Idade do 1º episódio psicótico | - | 28 (21,5 - 31) | - |
| Idade da 1ª depressão | 23 (16,3 – 30,8) | - | - |
| Idade da 1ª mania | 28 (20 – 35,5) | - | - |

Abreviações: *Teste de Mann Whitney; n: sujeitos; (Q1 - Q3): quartis 1º e 3º; Young: Escala de Mania de Young; HAM-D: Escala da Depressão de Hamilton.

Como mostrado na Tabela 2, em relação ao tratamento medicamentoso do grupo TB, 72% dos pacientes estavam em uso de lítio, 36% dos pacientes estavam em uso de ácido valpróico, 28% estavam em uso de antipsicóticos atípicos, 16% estavam em uso de antidepressivos, 8% estavam em uso de carbamazepina, 8% estavam em uso de benzodiazepínicos. Pacientes TB apresentaram uma mediana na pontuação na escala Hamilton de 2 e na escala Young de 0, demonstrando que estavam em eutímia. A mediana do tempo de doença em anos foi de 17,5 e a do número de internações psiquiátricas foi de 1. A mediana da idade da 1ª depressão foi de 23 e da 1ª mania foi de 28.

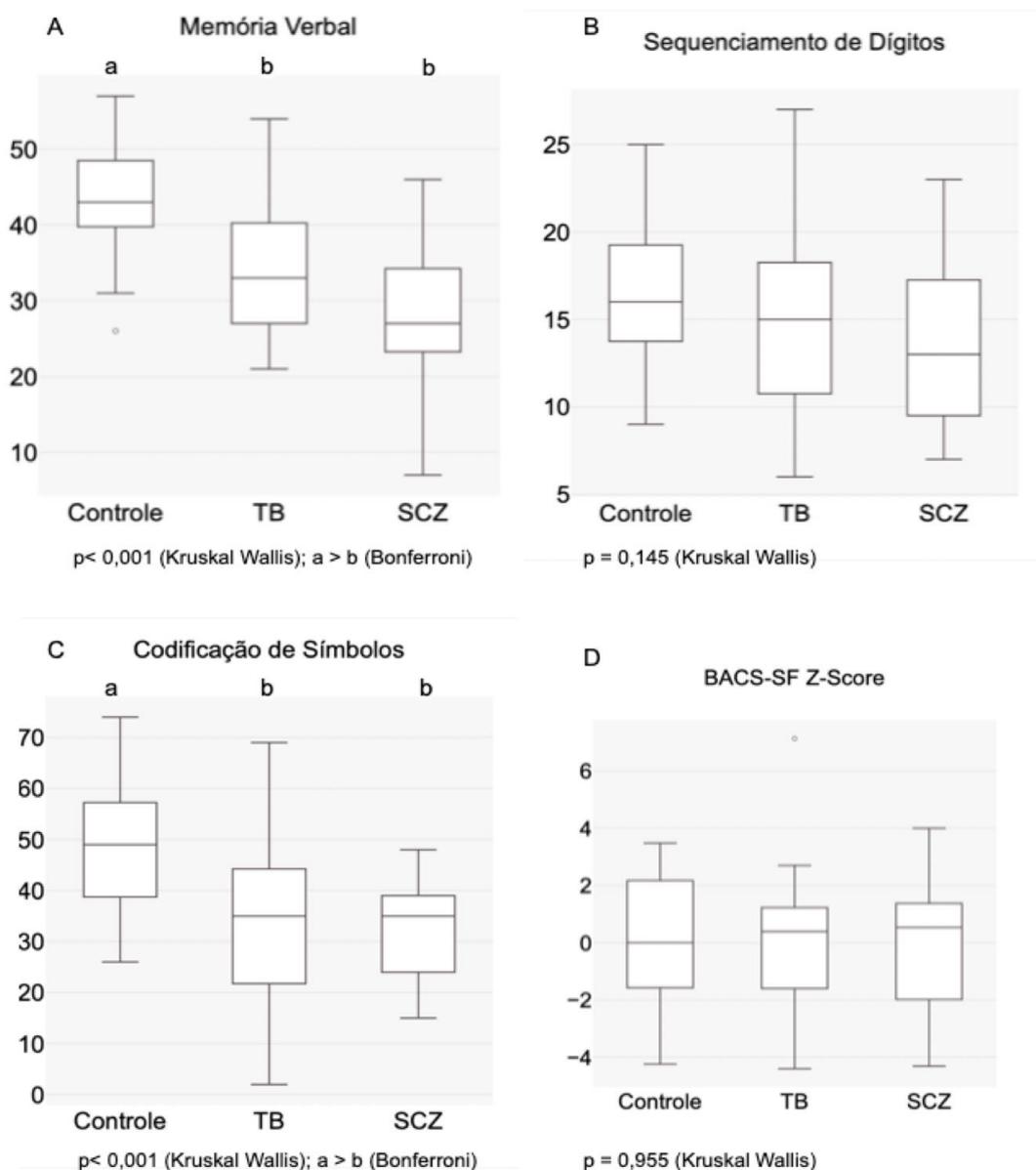
Em relação ao tratamento medicamentoso do grupo SCZ, 100% estavam em uso de antipsicóticos atípicos em doses terapêuticas para esquizofrenia. Desses antipsicóticos, 42,9% estavam em uso de olanzapina, 33,3% estavam em uso de

clozapina, 19% estavam em uso de risperidona, 4,8% estavam em uso de clorpromazina (dose de 75mg), 4,8% estavam em uso de aripiprazol e 4,8% estavam em uso de ziprasidona. Além disso, 52,4% estavam em uso de antidepressivos, 9,5% estavam em uso de ácido valpróico e 4,8% estavam em uso de biperideno. Pacientes SCZ apresentaram mediana de PANSS P total de 12 e PANSS N total de 17. A mediana do tempo de doença em anos foi de 10 e a do número de internações psiquiátricas foi de 1.

4.2 Avaliação Cognitiva

Nesta seção apresentamos a comparação entre as pontuações da BACS-SF (MV, sequenciamento de dígitos, codificação de símbolos e total) obtidas pelo grupo controle, TB e SCZ. Os resultados são apresentados na figura 2 através de diagramas de caixa.

Figura 2 - Memória verbal, codificação de símbolos e sequenciamento de dígitos dos controles, pacientes com TB e pacientes com SCZ pela BACS-SF (Teste de Kruskal Wallis)



Abreviações: Eixo X: participantes. Eixo Y: valor bruto do teste.

a e b: marcadores utilizados para diferenciar os grupos quando possuem diferença estatística entre eles.

Nos testes de MV e codificação de símbolos, TB e SCZ apresentaram pior desempenho quando comparados ao grupo controle ($p < 0,001$). Os três grupos não se diferenciam entre si no domínio sequenciamento de dígitos ($p = 0,145$). Avaliando o z-score, o grupo TB apresentou z-score de 0,39 (-1,63; 1,23) e o grupo SCZ apresentou z-score de 0,53 (-2,3; 1,43), não havendo diferença estatística entre eles.

4.3 Avaliação funcional

4.3.1 – Avaliação funcional pela FAST

Nesta seção é apresentado a comparação do valor da FAST total e dos seus subdomínios entre os grupos controle, TB e SCZ. Os resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Avaliação da funcionalidade de controles, pacientes com TB e pacientes com SCZ pela FAST - Teste de Kruskal Wallis

| Domínios - Valores em mediana (Q1 - Q3) | Controles (n = 21) | TB (n = 25) | SCZ (n = 21) | p |
|---|------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------|
| FAST - Autonomia | 0 (0 - 2) a | 3 (1 - 6) b | 4 (0 - 6) b | 0,004 |
| FAST - Trabalho | 1 (0 - 2) a | 3 (1 - 7,5) b | 5 (0 - 15) b | 0,005 |
| FAST - Cognição | 4 (2 - 6) | 3 (1,5 - 7) | 7 (2,5 - 9) | 0,241 |
| FAST - Finanças | 1 (0 - 2,5) | 0 (0 - 2) | 1 (0 - 4) | 0,373 |
| FAST - Relações Interpessoais | 1 (0 - 2) a | 2 (0,5 - 5,5) b | 4 (2 - 11) b | 0,001 |
| FAST - Lazer | 2 (0 - 2,5) | 2 (1 - 4) | 2 (0 - 4,5) | 0,472 |
| FAST total | 10 (5,5 - 15) a | 20 (8,5 - 26,5) a,b | 24 (12 - 43) b | 0,006 |
| Comprometimento Funcional | 9 (42,9%) | 15 (60%) | 16 (76,2%) | 0,088 |

Abreviações: FAST: Functioning Assessment Short Test; (Q1 - Q3): quartis 1º e 3º; Comprometimento Funcional: Participantes com comprometimento funcional pela FAST (score total >11); n: número de pacientes; a e b: marcadores utilizados para diferenciar os grupos quando possuem diferença estatística entre eles

Os participantes do grupo controle tiveram mediana de pontuação na FAST total de 10. Quanto aos domínios, o grupo controle teve uma mediana de 0 no domínio autonomia, 1 no domínio trabalho, 4 no domínio cognição, 1 no domínio finanças, 1 no domínio relações interpessoais e no domínio Lazer. Os participantes do grupo TB tiveram mediana de pontuação na FAST total de 20. Quanto aos domínios, o grupo controle teve uma mediana de 3 no domínio autonomia, 3 no domínio trabalho, 3 no domínio cognição, 0 no domínio finanças, 2 no domínio relações interpessoais e 2 no domínio lazer. Os participantes do grupo SCZ tiveram mediana de pontuação na FAST total de 24. Quanto aos domínios, o grupo controle teve uma mediana de 4 no domínio

autonomia, 5 no domínio trabalho, 7 no domínio cognição, 1 no domínio finanças, 4 no domínio relações interpessoais e 2 no domínio lazer.

Avaliando os domínios da FAST, nos domínios autonomia ($p = 0,004$), trabalho ($p = 0,005$) e relações interpessoais ($p = 0,001$), o grupo TB e SCZ apresentaram maior comprometimento funcional do que o grupo controle, sendo que o grupo TB e SCZ não se diferenciam entre si. Nos domínios finanças ($p = 0,373$) e cognição ($p = 0,241$), não houve diferença entre os três grupos. O grupo SCZ teve maior comprometimento funcional na FAST total do que o grupo controle ($p = 0,006$). O grupo TB não se diferenciou dos dois outros grupos com relação à funcionalidade medida através da FAST total.

Na avaliação funcional pela FAST, 42,86% dos controles apresentaram pontuação total acima de 11 pontos, indicando limitação funcional. Avaliando as medianas do grupo, o principal domínio comprometido em relação a funcionalidade foi cognição. Todos os outros domínio, autonomia, trabalho, finanças, relações interpessoais e lazer não apresentaram valores indicativos de limitação funcional.

Na avaliação funcional pela FAST, 60% dos pacientes TB apresentaram pontuação total acima de 11 pontos, indicando limitação funcional. Avaliando as medianas do grupo, os principais domínios comprometidos em relação a funcionalidade foram autonomia, trabalho e cognição. Os domínios finanças, relações interpessoais e lazer não apresentaram valores indicativos de limitação funcional.

Na avaliação funcional pela FAST, 76,19% dos pacientes SCZ apresentaram pontuação total acima de 11 pontos, indicando limitação funcional. Avaliando as medianas do grupo, os principais domínios comprometidos em relação a funcionalidade foram autonomia, trabalho, cognição e relações interpessoais. Os domínios finanças e lazer não apresentaram valores indicativos de limitação funcional.

Entre os três grupos, não houve diferença significativa da proporção de participantes com comprometimento funcional pela FAST, com valor de p de 0,088.

4.3.2 – Avaliação da CF pela UPSA-1-BR

Nesta seção é apresentado a comparação do valor da UPSA-1-BR e seus domínios entre os grupos controle, TB e SCZ. Os resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Avaliação da capacidade funcional de controles, pacientes com TB e pacientes com SCZ pela UPSA-1-BR - Teste de Kruskal Wallis

| Domínios Valores em mediana (Q1 - Q3) | Controles (n = 21) | Bipolar (n = 25) | Esquizofrenia (n = 21) | p |
|---|---------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------|
| UPSA-1-BR Entendimento/ planejamento | 20 (19 - 20) a | 15 (13 - 18,5) b | 16 (14 - 19) b | 0,000 |
| UPSA-1-BR Habilidades financeiras | 16 (14 - 18) | 16 (12 - 18) | 16 (10 - 19) | 0,585 |
| UPSA-1-BR Comunicação | 16 (13 - 18) a | 13 (11 - 15) a,b | 9 (8 - 11) b | 0,001 |
| UPSA-1-BR Transporte | 17 (17 - 20) | 17 (15 - 17) | 17 (13 - 20) | 0,173 |
| UPSA-1-BR Tarefas domésticas | 20 (17,5 - 20) a | 20 (15 - 20) a | 15 (7,5 - 20) b | 0,020 |
| UPSA-1-BR Total | 85 (82,5 - 91,5) a | 80 (72 - 84,5) b | 77 (57,5 - 81,5) b | 0,000 |
| Participantes com comprometimento funcional pela UPSA- 1-BR (score ≤ 73,5) | 2 (9,5%) a | 7 (28%) a,b | 10 (47,6%) b | 0,023 |

Abreviações: N: número de pacientes; a e b: marcadores utilizados para diferenciar os grupos quando possuem diferença estatística entre eles; (Q1 - Q3): quartis 1º e 3º; a e b: marcadores utilizados para diferenciar os grupos quando possuem diferença estatística entre eles.

Os participantes do grupo controle tiveram mediana de pontuação na UPSA-1-BR total de 85. Quanto aos domínios, o grupo controle teve uma mediana de 20 no domínio entendimento/planejamento, 16 no domínio habilidades financeiras, 16 no domínio comunicação, 17 no domínio transporte e 20 no domínio tarefas domésticas.

Os participantes do TB controle tiveram mediana de pontuação na UPSA-1-BR total de 80. Quanto aos domínios, o grupo controle teve uma mediana de 15 no domínio entendimento/planejamento, 16 no domínio habilidades financeiras, 13 no domínio comunicação, 17 no domínio transporte e 20 a no domínio tarefas domésticas.

Os participantes do SCZ controle tiveram mediana de pontuação na UPSA-1-BR total de 77. Quanto aos domínios, o grupo controle teve uma mediana de 16 no domínio entendimento/planejamento, 16 no domínio habilidades financeiras, 9 no

domínio comunicação, 17 no domínio transporte e 15 a no domínio tarefas domésticas.

Participantes do grupo TB e SCZ apresentaram pior capacidade funcional quando comparados com o grupo controle na pontuação total ($p < 0,001$) e no domínio entendimento/planejamento ($p < 0,001$). No domínio comunicação, o grupo controle pontuou melhor do que grupo esquizofrenia e não houve diferença do grupo bipolar com os outros dois grupos ($p = 0,001$). No domínio tarefas domésticas, o grupo controle e o grupo bipolar obtiveram pontuação maior do que o grupo com esquizofrenia ($p = 0,02$). Pacientes com TB, SCZ e controles não diferiram no domínio habilidades financeiras ($p = 0,585$) e transporte ($p = 0,173$).

Na avaliação de capacidade funcional pela UPSA-1-BR, 9,5% dos controles, 28% dos TB e 47,62% dos SCZ apresentaram limitação de capacidade funcional, segundo o ponto de corte estabelecido por Mantovani et al. (2015) na validação da UPSA-1 para o Brasil. A proporção de pacientes com prejuízo na capacidade funcional no grupo SCZ foi maior do que no grupo controle ($p = 0,023$). Não houve diferença estatística entre o grupo TB e controle e entre o grupo TB e o grupo SCZ.

4.4 Relação entre funcionalidade (FAST) e CF (UPSA-1-BR), BACS e perfil clínico dos pacientes TB e SCZ

Na Tabela 6 apresentamos as correlações no grupo TB entre as medidas de funcionalidade e CF pelas escalas FAST e UPSA-1-BR, respectivamente.

Tabela 6 - Correlação de Spearman entre FAST e UPSA-1-BR - Grupo TB

| | | FAST - Autonomia | FAST - Trabalho | FAST - Cognição | FAST - Finanças | FAST - Relações Interpers- soais | FAST- Lazer | FAST total |
|---|-----|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---|----------------|------------------|
| UPSA – Entendimento /planejamento | rho | -0,199 | 0,292 | 0,449* | 0,011 | 0,501* | 0,204 | 0,260 |
| UPSA Habilidades financeiras | rho | 0,028 | -0,352 | -0,055 | 0,193 | -0,075 | -0,092 | -0,194 |
| UPSA Comunicação | rho | -0,429* | -0,577** | -0,461* | -0,154 | -0,0564** | -0,393 | -0,0663** |

| | | | | | | | | |
|-------------------------|-----|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|
| UPSA Transporte | rho | -0,262 | -0,309 | -0,137 | -0,244 | 0,053 | 0,016 | -0,239 |
| UPSA Tarefas domésticas | rho | -0,313 | -0,281 | -0,033 | -0,094 | 0,033 | -0,120 | -0,222 |
| UPSA Total | rho | -0,212 | -0,255 | -0,030 | -0,159 | 0,030 | -0,045 | -0,210 |

*A correlação é significativa no nível de 0,05

**A correlação é significativa no nível < 0,01

Rho: coeficiente de correlação

No grupo bipolar, o domínio UPSA-1-BR entendimento/planejamento se correlacionou positivamente com o domínio FAST cognição ($\rho = 0,449$; $p < 0,05$) e FAST relações interpessoais ($\rho = 0,501$; $p < 0,05$). O domínio UPSA-1-BR comunicação se correlacionou negativamente com FAST autonomia ($\rho = -0,429$; $p < 0,05$), FAST trabalho ($\rho = -0,577$; $p < 0,05$), FAST cognição ($\rho = -0,461$; $p < 0,05$), FAST relações interpessoais ($\rho = -0,564$; $p < 0,01$) e FAST total ($\rho = -0,663$; $p < 0,01$). Não houve significância estatística nas demais correlações.

Na Tabela 7 apresentamos a correlação no grupo SCZ entre as medidas de funcionalidade e CF pelas escalas FAST e UPSA-1-BR, respectivamente.

Tabela 7 - Correlação de Spearman entre FAST e UPSA-1-BR - Grupo SCZ

| | | FAST - Autonomia | FAST - Trabalho | FAST - Cognição | FAST - Finanças | FAST - Relações Interpers- soais | FAST - Lazer | FAST total |
|---|-----|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---|-----------------|---------------|
| UPSA - Entendimento /planejamento | rho | -0,229 | -0,165 | -0,233 | -0,145 | -0,262 | -0,442* | -0,297 |
| UPSA - Habilidades financeiras | rho | -0,115 | -0,209 | -0,074 | 0,305 | -0,112 | -0,218 | -0,140 |
| UPSA - Comunicação | rho | 0,392 | 0,424 | 0,115 | 0,050 | -0,123 | 0,139 | 0,205 |
| UPSA - Transporte | rho | 0,261 | 0,264 | 0,057 | 0,124 | 0,117 | -0,014 | 0,201 |
| UPSA - Tarefas domésticas | rho | -0,203 | -0,193 | -0,158 | 0,204 | -0,092 | -0,157 | -0,160 |

| | | | | | | | | |
|--------------|-----|--------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|
| UPSA - Total | rho | -0,059 | 0,007 | -0,112 | 0,142 | -0,109 | -0,160 | -0,086 |
|--------------|-----|--------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|

*A correlação é significativa no nível de 0,05

**A correlação é significativa no nível de 0,01

Rho: coeficiente de correlação

No grupo esquizofrenia, o domínio UPSA-1-BR entendimento/planejamento se correlacionou negativamente com o domínio FAST lazer ($\rho = -0,442$, $p < 0,05$). Não houve significância estatística nas demais correlações.

Foram realizadas correlações entre funcionalidade (avaliada pela escala FAST), CF (avaliada pela escala UPSA-1-BR), cognição (avaliado através da BACS-SF), idade, anos de estudo e características da doença dos participantes.

Na Tabela 8 é apresentada as correlações entre funcionalidade e CF com idade, anos de estudo, características da doença e cognição no grupo TB.

Tabela 8 - Correlação de Spearman de FAST e da UPSA-1-BR com características cognitivas e da doença - grupo TB

| | | FAST Auton. | FAST Trab. | FAST Cog. | FAST Finan. | FAST Rel. Interp. | FAST Lazer | FAST Total | UPSA Enten. Plan. | UPSA Habi. Finan. | UPSA Comun. | UPSA Trans. | UPSA Tarefas dom. | UPSA Total |
|-----------------|-----|----------------|------------------|--------------|----------------|-------------------------|---------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|----------------|----------------|-------------------------|---------------|
| Idade | rho | 0,379 | 0,073 | -0,02 | 0,146 | 0,146 | 0,211 | 0,232 | -0,184 | -0,076 | -0,134 | -0,388 | -0,293 | -0,159 |
| Anos de estudo | rho | -0,249 | -0,0425* | -0,355 | -0,301 | 0,023 | -0,177 | -0,37 | 0,146 | 0,448* | 0,261 | 0,632** | 0,435* | 0,497* |
| BACS-SF MV | rho | 0,045 | -0,177 | 0,113 | 0,053 | 0,225 | 0,102 | 0,031 | 0,151 | 0,219 | -0,211 | 0,403* | 0,128 | 0,045 |
| BACS-SF SD | rho | 0,036 | 0,157 | 0,384 | 0,184 | 0,159 | 0,007 | 0,21 | 0,24 | 0,333 | -0,152 | 0,359 | 0,187 | 0,218 |
| BACS-SF CS | rho | -0,189 | -0,0522** | -0,255 | 0,124 | -0,18 | -0,262 | -0,0421* | 0,25 | 0,336 | 0,214 | 0,565** | 0,424* | 0,305 |
| BACS-SF Total | rho | -0,059 | -0,109 | 0,194 | 0,144 | 0,26 | -0,02 | 0,045 | 0,353 | 0,276 | -0,221 | 0,518** | 0,254 | 0,156 |
| Hamilton Total | rho | 0,074 | -0,052 | 0,02 | 0,411* | 0,134 | -0,073 | 0,035 | 0,302 | 0,051 | -0,094 | 0,012 | 0,165 | 0,003 |
| Young | rho | -0,131 | 0,212 | 0,22 | 0,14 | 0,231 | 0,024 | 0,172 | 0,420* | -0,203 | -0,092 | -0,157 | 0,136 | -0,136 |
| Tempo da doença | rho | 0,440* | 0,21 | 0,053 | 0,151 | 0,435* | 0,33 | 0,402 | -0,154 | 0,008 | -0,377 | -0,177 | -0,14 | -0,068 |
| Internações | rho | 0,258 | 0,127 | -0,047 | 0,354 | 0,032 | 0,114 | 0,156 | -0,095 | 0,1 | -0,126 | -0,371 | -0,426* | -0,14 |

Legenda: *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

Abreviações: rho: coeficiente de correlação; BACS-SF MV: memória verbal; BACS-SF SD: sequenciamento de dígitos; BACS-SF CS: codificação de símbolos; Internações = nº de internações psiquiátricas

Como demonstrado na Tabela 8, anos de estudo correlacionou negativamente com FAST trabalho ($\rho = -0,425$, $p < 0,05$). O domínio codificação de símbolos se correlacionou negativamente com FAST trabalho ($\rho = -0,552$, $p < 0,01$) e FAST total ($\rho = -0,421$, $p < 0,05$). Pontuação total de Hamilton se correlacionou positivamente com FAST finanças ($\rho = 0,411$, $p < 0,05$). Tempo de doença em anos se correlacionou positivamente com FAST autonomia ($\rho = 0,440$, $p < 0,05$) e com FAST relações interpessoais ($\rho = 0,435$, $p < 0,05$). Não foram encontradas outras correlações entre fatores sociodemográficos e cognitivos com domínios da FAST no grupo TB.

Como demonstrado na Tabela 8, anos de estudo correlacionou positivamente com UPSA habilidades financeiras ($\rho = 0,448$, $p < 0,05$), UPSA transporte ($\rho = 0,632$, $p < 0,01$), UPSA tarefas domésticas ($\rho = 0,435$, $p < 0,05$) e UPSA total ($\rho = 0,497$, $p < 0,05$). Memória verbal se correlacionou positivamente com UPSA transporte ($\rho = 0,403$, $p < 0,05$). Codificação de símbolos se correlacionou positivamente com UPSA transporte ($\rho = 0,565$, $p < 0,01$) e UPSA tarefas domésticas ($\rho = 0,424$, $p < 0,05$). BACS-SF se correlacionou positivamente com UPSA transporte ($\rho = 0,518$, $p < 0,01$). Pontuação total YOUNG se correlacionou positivamente com UPSA entendimento/planejamento ($\rho = 0,420$, $p < 0,05$). Número de internações psiquiátricas se correlacionou negativamente com UPSA tarefas domésticas ($\rho = -0,426$, $p < 0,05$). Não foram encontradas outras correlações entre os demais fatores sociodemográficos e cognitivos com domínios da UPSA no grupo TB.

Na Tabela 9 é apresentada a correlação entre funcionalidade e CF com idade, anos de estudo, características da doença e cognição no grupo SCZ.

Tabela 9 - Correlação de Spearman de FAST e da UPSA-1-BR com características cognitivas e da doença - grupo SCZ

| | | FAST Auton. | FAST Trab. | FAST Cog. | FAST Finan. | FAST Rel. Interp. | FAST Lazer | FAST Total | UPSA Entend. Plan. | UPSA Habi. Finan. | UPSA Comun. | UPSA Trans. | UPSA Tarefas dom. | UPSA Total |
|-----------------------|-----|----------------|---------------|--------------|----------------|-------------------------|----------------|---------------|--------------------------|-------------------------|----------------|----------------|-------------------------|----------------|
| Idade | rho | 0,112 | 0,169 | 0,138 | 0,044 | -0,068 | 0,188 | 0,082 | -0,414 | 0,02 | 0,388 | 0,023 | -0,589** | -0,229 |
| Anos de estudo | rho | -0,285 | -0,38 | -0,346 | -0,173 | -0,229 | -0,482* | -0,399 | 0,643** | 0,445* | -0,013 | 0,253 | 0,616** | 0,538* |
| BACS-SF MV | rho | -0,107 | -0,223 | -0,173 | 0,07 | -0,097 | -0,264 | -0,157 | 0,551** | 0,248 | -0,094 | 0,337 | 0,629** | 0,405 |
| BACS-SF SD | rho | -0,212 | -0,109 | -0,238 | -0,191 | -0,141 | -0,195 | -0,222 | 0,556** | 0,511* | 0,157 | 0,582** | 0,315 | 0,630** |
| BACS-SF CS | rho | -0,234 | -0,219 | -0,397 | -0,118 | -0,266 | -0,068 | -0,282 | 0,262 | 0,223 | -0,065 | 0,04 | 0,615** | 0,378 |
| BACS-SF Total | rho | -0,131 | -0,172 | -0,318 | -0,186 | -0,164 | -0,154 | -0,226 | 0,555** | 0,269 | -0,008 | 0,361 | 0,613** | 0,511* |
| PANSS - P Total | rho | 0,381 | 0,440* | 0,343 | 0,109 | 0,35 | 0,192 | 0,436* | -0,207 | -0,195 | 0,19 | 0,212 | -0,313 | -0,155 |
| PANSS - N Total | rho | 0,083 | 0,207 | 0,243 | -0,202 | 0,317 | 0,189 | 0,217 | -0,344 | -0,328 | -0,242 | -0,291 | -0,593** | -0,536* |
| 1º episódio psicótico | rho | -0,036 | -0,351 | -0,101 | -0,467* | -0,155 | -0,048 | -0,278 | -0,015 | -0,201 | 0,016 | -0,207 | -0,302 | -0,3 |
| Tempo da doença | rho | 0,111 | 0,411 | 0,249 | 0,243 | 0,158 | 0,077 | 0,284 | -0,114 | 0,159 | 0,216 | 0,319 | -0,301 | 0,069 |
| Internações | rho | -0,091 | 0,059 | 0,383 | -0,029 | 0,334 | 0,209 | 0,162 | -0,263 | -0,08 | 0,062 | 0,021 | -0,125 | -0,08 |

Legenda: *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

Abreviações: rho: coeficiente de correlação; BACS-SF MV: memória verbal; BACS-SF SD: sequenciamento de dígitos; BACS-SF CS: codificação de símbolos;
1º episódio psicótico = idade do 1º episódio psicótico; Internações= número de internações psiquiátricas

Como demonstrado na Tabela 9, anos de estudo se correlacionou negativamente com FAST lazer ($\rho = -0,482$, $p < 0,05$). PANSS Positiva total se correlacionou positivamente com FAST trabalho ($\rho = 0,440$, $p < 0,05$) e FAST total ($\rho = 0,436$, $p < 0,05$). Idade do primeiro episódio psicótico se correlacionou negativamente com FAST finanças ($\rho = 0,467$, $p < 0,05$). Não foram encontradas outras correlações entre fatores sociodemográficos e cognitivos com domínios da FAST no grupo SCZ.

Como demonstrado na Tabela 9, idade se correlacionou positivamente com UPSA tarefas domésticas ($\rho = 0,589$, $p < 0,01$). Anos de estudo se correlacionou positivamente com UPSA entendimento/planejamento ($\rho = 0,643$, $p < 0,01$), UPSA habilidades financeiras ($\rho = 0,445$, $p < 0,05$), UPSA tarefas domésticas ($\rho = -0,616$, $p < 0,01$) e UPSA total ($\rho = 0,538$, $p < 0,05$). Memória verbal se correlacionou positivamente com UPSA entendimento/planejamento ($\rho = 0,551$, $p < 0,01$) e UPSA tarefas domésticas ($\rho = 0,629$, $p < 0,01$). Sequenciamento de dígitos se correlacionou positivamente com UPSA entendimento/planejamento ($\rho = 0,556$, $p < 0,05$), UPSA habilidades financeiras ($\rho = 0,511$, $p < 0,05$), UPSA transporte ($\rho = 0,582$, $p < 0,01$) e UPSA total ($\rho = 0,630$, $p < 0,01$). Codificação de símbolos se correlacionou positivamente com UPSA tarefas domésticas ($\rho = 0,615$, $p < 0,01$). BACS-SF total se correlacionou positivamente com UPSA entendimento/planejamento ($\rho = 0,555$, $p < 0,01$), UPSA tarefas domésticas ($\rho = 0,613$, $p < 0,01$) e UPSA total ($\rho = 0,511$, $p < 0,05$). PANSS N total se correlacionou negativamente com UPSA tarefas domésticas ($\rho = -0,593$, $p < 0,01$) e UPSA total ($\rho = -0,536$, $p < 0,05$). Não foram encontradas outras correlações entre fatores sociodemográficos e cognitivos com domínios da UPSA no grupo SCZ.

4.5 Avaliação de possíveis fatores que influenciam na funcionalidade

Foi realizado um modelo multinomial, controlado por anos de estudo, testando as seguintes variáveis: idade, FAST, UPSA-1-BR, memória verbal, sequenciamento de dígitos e codificação de símbolos do grupo bipolar e do grupo esquizofrenia com o grupo controle como referência.

Na Tabela 10 é apresentado o modelo Multinomial controlado por anos de estudo.

Tabela 10 - Modelo Multinomial

| Diagnóstico | | OR | Wald | valor p | 95% Intervalo de Confiança para OR | |
|---------------|------------------|-------------|-------|--------------|------------------------------------|-----------------|
| | | | | | Limite inferior | Limite superior |
| Bipolar | Constante | | 2,21 | 0,137 | | |
| | FAST total | 1,11 | 4,06 | 0,044 | 1,00 | 1,23 |
| | UPSA-1-BR— Total | 0,90 | 3,89 | 0,049 | 0,82 | 1,00 |
| | Memória Verbal | 0,87 | 7,45 | 0,006 | 0,79 | 0,96 |
| Esquizofrenia | Constante | | 2,78 | 0,096 | | |
| | FAST total | 1,18 | 7,42 | 0,006 | 1,05 | 1,32 |
| | UPSA-1-BR— Total | 0,86 | 6,56 | 0,010 | 0,77 | 0,97 |
| | Memória Verbal | 0,78 | 14,65 | 0,000 | 0,69 | 0,89 |

A categoria de referência é: Controle. Modelo controlado por anos de escolaridade.

Assim, o modelo evidencia que uma pior funcionalidade pela FAST (OR 1,11, $p < 0,05$), pior CF pela UPSA-1-BR (OR 0,90, $p < 0,05$) e pior MV (OR 0,87, $p < 0,01$), aumentam as chances de um participante pertencer ao grupo TB em relação ao grupo controle. Estes fatores são independentes. As variáveis idades, sequenciamento de dígitos e codificação de símbolos não se mantiveram no modelo final.

Uma pior funcionalidade pela FAST (OR 1,18, $p < 0,05$), pior CF pela UPSA-1-BR (OR 0,86, $p < 0,01$) e pior MV (OR 0,78, $p < 0,01$), aumentam as chances de um participante pertencer ao grupo SCZ em relação ao grupo controle. Estes fatores são independentes. As variáveis: idade, sequenciamento de dígitos e codificação de símbolos não se mantiveram no modelo final.

Na Tabela 11 é apresentado o segundo modelo com as mesmas variáveis, porém sem o grupo controle, comparando assim TB e SCZ.

Tabela 11 - Modelo TB x SCZ

| | OR | Wald | valor p | 95% Intervalo de Confiança para OR |
|--|----|------|---------|------------------------------------|
|--|----|------|---------|------------------------------------|

| | | | | Limite inferior | Limite superior |
|----------------|------|------|--------------|-----------------|-----------------|
| Constante | | 1,15 | 0,285 | | |
| Memória Verbal | 0,90 | 7,36 | 0,007 | 0,83 | 0,97 |

A categoria de referência é: grupo Bipolar. Modelo controlado anos de escolaridade.

Este modelo evidencia que apenas MV atingiu significância estatística, sendo que uma pontuação pior na MV aumentaria as chances desse indivíduo pertencer ao grupo SCZ em relação ao grupo TB (OR 0,90, $p < 0,01$). As demais variáveis avaliadas, idade, FAST, UPSA-1-BR, sequenciamento de dígitos e codificação de símbolos não se mantiveram no modelo final.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo comparar a CF e a funcionalidade de pacientes estáveis com TB, pacientes estáveis com SCZ e de indivíduos sem comorbidades psiquiátricas, pareados em idade, sexo e escolaridade. A CF foi avaliada através da UPSA-1-BR e a funcionalidade através da FAST. É o primeiro estudo a avaliar e comparar a UPSA-1-BR e a FAST em pacientes com TB e SCZ estáveis. Neste estudo, pacientes TB e SCZ apresentaram pior CF em relação a controles, sem diferença entre si. Pacientes TB não apresentaram diferença de funcionalidade quando comparados com pacientes SCZ ou com controles. Pacientes SCZ apresentam pior funcionalidade quando comparados com controle.

Além disso, este estudo avaliou quais características sociodemográficas, clínicas e cognitivas exerceriam maior impacto na CF e na funcionalidade e em cada grupo. Anos de estudo foi um fator de melhor CF tanto em pacientes TB quanto em SCZ. A CF correlacionou com sintomas negativos e não com sintomas positivos no grupo SCZ. Porém, sintomas positivos, e não sintomas negativos, tiveram relação com funcionalidade. Não houve correlação entre cognição e funcionalidade nos grupos TB e SCZ. BACS-SF total e o sequenciamento de dígitos se correlacionaram à CF no grupo SCZ. No grupo TB, a BACS-SF não se correlacionou a UPSA-1-BR total.

A amostra foi composta de 25 pacientes com TB, 21 pacientes com SCZ e 21 controles. A mediana de idade dos pacientes TB foi de 47, maior do que a do grupo

SCZ (38) e a do grupo controle (23), porém a diferença não apresentou significância estatística. A mediana de anos de estudo foi de 11 para os três grupos. O grupo controle teve um percentual de participantes do sexo feminino de 61,9%, maior do que do grupo TB (48%) e do grupo SCZ (47,6%), mas sem diferença estatística entre os três grupos. O grupo SCZ apresentou percentual de participantes solteiros (71,4%), maior do que do grupo TB (48%) e do grupo controle (57,1%), porém sem diferença estatística entre os grupos. O grupo controle teve percentual de 90,5% dos participantes empregados, sendo maior estatisticamente do que o grupo TB (60%) e o grupo SCZ (33,3%). Essa diferença da situação trabalhista está de acordo com a literatura, uma vez que pacientes TB e SCZ apresentam menor taxa de empregados quando comparado a população geral (MARWAHA; DURRANI; SINGH, 2013).

5.1 Cognição

Com relação a cognição avaliada pelos testes da BACS-SF, o grupo TB e o grupo SCZ apresentaram pior desempenho cognitivo em memória verbal e atenção/velocidade de processamento quando comparados ao grupo Controle. O que está de acordo com a literatura que descreve pior cognição dos pacientes com TB e com SCZ quando comparados com controle, principalmente no domínio memória verbal no TB (MONTEJO; TORRENT; JIMENEZ; MARTINEZ-ARAN *et al.*, 2022) e atenção/velocidade de processamento no SCZ (OJEDA; PENA; SCHRETLEN; SANCHEZ *et al.*, 2012). Contudo, não houve uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo TB e o grupo SCZ, ao contrário do descrito pela literatura (BORA; PANTELIS, 2015; KEEFE; DAVIS; ATKINS; VAUGHAN *et al.*, 2016; LI; ZHOU; ZHANG; NG *et al.*, 2020). Huang *et al.* (2020) fez um estudo que avaliou o perfil cognitivo (através da BACS) e funcional (através da FAST e da UPSA-B) de 63 pacientes com SCZ, 43 pacientes com TB-I, 55 pacientes com transtorno depressivo maior e 92 controles. Assim como este trabalho, Huang demonstrou um pior desempenho cognitivo de pacientes TB e SCZ quando comparados com controles pareados por gênero, escolaridade e idade. Também não encontrou diferença entre os grupos TB e SCZ nos domínios memória verbal, memória de trabalho, atenção/velocidade de processamento. Contudo, como descrito na introdução, outros estudos mostram que pacientes SCZ apresentam pior prejuízo cognitivo se comparados a

pacientes TB (BORA; PANTELIS, 2015; KEEFE; DAVIS; ATKINS; VAUGHAN *et al.*, 2016; LI; ZHOU; ZHANG; NG *et al.*, 2020). A falta de padronização dos testes usados para medir a cognição pode justificar essa discrepância, pois na metanálise de Li *et al.* (2020), onde foram considerados somente estudos que utilizaram a MATRICS, foi demonstrado que pacientes SCZ possuem pior desempenho cognitivo do que TB. Analisando o modelo apresentado neste estudo, encontramos que pacientes SCZ apresentaram pior MV, porém os outros dois testes da BACS-SF não demonstraram diferença nos dois grupos. Podemos questionar se a BACS-SF seria uma bateria cognitiva sensível o suficiente para comparar o desempenho cognitivo entre pacientes TB e SCZ.

5.2 Capacidade Funcional

5.2.1 Comparação de CF entre TB e controle

Quanto à CF, o grupo TB apresentou pior CF quando comparado ao controle, o que está de acordo com a literatura (HENRY *et al.*, 2013; DEEP *et al.*, 2009; GARCIA-PORTILLA *et al.*, 2013). Além disso, no modelo multinomial apresentado neste estudo, observamos que a CF do grupo TB é pior do que a do controle. Avaliando os domínios da UPSA-1-BR, o grupo TB apresentou pior resultado somente no domínio entendimento/planejamento. Há poucos estudos que avaliam a UPSA-1 em pacientes TB, uma vez que o instrumento, a princípio, foi desenvolvido em 2001 para pacientes com SCZ.

Garcia-Portilla *et al.* (2013) fez um estudo com 57 pacientes com TB, 139 pacientes com SCZ e 31 controles, comparando a CF através da Sp-UPSA (UPSA-*Spanish Version*), versão em espanhol da UPSA contendo somente 4 domínios: entendimento/planejamento, habilidades financeiras, comunicação e transporte. No estudo de Garcia-Portilla *et al.* (2013), pacientes com TB e os pacientes com SCZ tiveram pior pontuação na UPSA quando comparados aos controles, sem diferença entre o grupo TB e SCZ, assim como foi encontrado neste estudo.

Henry *et al.* (2013) fez um estudo comparando pacientes TB em diferentes fases do humor (23 em eutímia, 17 em mania e 14 em depressão) com 28 controles, pareados por idade e anos de estudo. Encontrou que o controle teve melhor CF do

que os participantes com TB, independente do estado do humor. Porém, ao avaliar os domínios da UPSA-2, não encontrou diferença entre controle e TB nos domínios finanças, tarefas domésticas e transporte, assim como achado no presente estudo. Somente nos domínios entendimento/planejamento, comunicação e medicação da UPSA-2, observou-se diferença entre participantes TB eutímicos e controle.

Deep et al. (2009) fez um estudo avaliando CF em 30 pacientes TB (28 TB-I e 2 TB-II) e 31 controles pareados em idade e escolaridade. O grupo TB teve pior CF quando comparado ao controle em todos os domínios da UPSA-1. Porém, a amostra do estudo de Deep et al. (2009) compreende uma população de idade mais avançada (idade média de 60,2 anos) e maior escolaridade (escolaridade média de 13,3 anos de estudo) quando comparada a amostra deste estudo (mediana de idade 47 anos e 11 anos de estudo). Além disso, não estava descrito se eram pacientes eutímicos.

Questões relativas à particularidade dos testes da UPSA-1 também devem ser levados em conta. O teste de habilidade financeiras possui uma etapa de preenchimento de cheque, contudo, essa forma de pagamento não é mais utilizada e nem difundida atualmente, sendo que vários pacientes mais novos nunca a tinham utilizado. Outra questão, nos testes do domínio transporte, é apresentado mapas da região central de Belo Horizonte, região esta onde está situado o centro de especialidades onde os pacientes SCZ e TB fazem o acompanhamento psiquiátrico. No grupo controle, diversos participantes são provenientes de outras partes da região metropolitana, uma vez que parte do grupo controle foi selecionada de uma empresa em Contagem. Com isso, é possível que esses pacientes estejam mais familiarizados com o transporte nessa região, diferente do grupo controle.

5.2.2 Comparação de CF entre SCZ e controle

Pacientes SCZ apresentaram pior CF quando comparados ao controle, o que está de acordo com a literatura (GARCIA-PORTILLA; GOMAR; BOBES-BASCARAN; MENENDEZ-MIRANDA *et al.*, 2013; MANTOVANI; MACHADO-DE-SOUSA; SALGADO, 2015; MAUSBACH; TIZNADO; CARDENAS; JESTE; PATTERSON, 2016). Além disso, avaliando o modelo multinomial deste trabalho, a CF do grupo SCZ foi menor do que a do grupo controle. Quando avaliados os domínios da UPSA-1-BR, o grupo SCZ foi pior do que o controle em todos os domínios, exceto habilidades

financeiras e transporte. Já na literatura, o grupo SCZ apresenta pior resultado em todos os domínios da UPSA (MANTOVANI; MACHADO-DE-SOUSA; SALGADO, 2015; MAUSBACH; TIZNADO; CARDENAS; JESTE; PATTERSON, 2016). Levando em consideração que a CF é influenciada pela escolaridade (GOULD; BOWIE; HARVEY, 2012; MAUSBACH; HARVEY; PULVER; DEPP *et al.*, 2010; MAUSBACH; TIZNADO; CARDENAS; JESTE; PATTERSON, 2016), a população de Mantovani *et al.* (2015) e Mausbach *et al.* (2016) possui escolaridade mais baixa do que a população deste presente estudo (7,6 e 9,9 anos de estudo, respectivamente). Em um estudo com população de escolaridade mais alta, Henrichs *et al.* (2006) não encontrou prejuízo de CF nos domínios transporte e no domínio tarefas domésticas. Questões relativas à particularidade dos testes da UPSA-1 devem ser levados em conta. As limitações dos testes de habilidade financeiras e de transporte, discutidas no tópico acima para os pacientes TB, também se aplicam aos pacientes SCZ, podendo ter influenciado o resultado. Apesar disso, houve diferença na pontuação total da UPSA-1-BR entre pacientes SCZ e controles pareados por gênero, idade e escolaridade, o que reforça sua importância para identificar prejuízo na CF dos pacientes SCZ.

5.2.3 Comparação de CF entre TB e SCZ

Não houve diferença significativa entre os grupos TB e SCZ na CF, de acordo com relatos na literatura (BECATTINI-OLIVEIRA; DUTRA; SPENCIERE DE OLIVEIRA CAMPOS; DE ARAUJO; CHARCHAT-FICHMAN, 2018; DALLOUL; MORAN; GOLD; CARTER *et al.*, 2023; GARCIA-PORTILLA; GOMAR; BOBES-BASCARAN; MENENDEZ-MIRANDA *et al.*, 2013; HARVEY; SIEVER; HUANG; MURALIDHAR *et al.*, 2014). Becattini-Oliveira *et al.* (2018) fez uma revisão sistemática com todas as formas da UPSA (UPSA-1, UPSA-B, UPSA-2, dentre outras) e relatou que a UPSA diferenciava pacientes de controle, mas não diferenciava grupos diagnósticos como transtorno bipolar e esquizofrenia. Dalloul *et al.* (2023) também não encontrou diferença significativa entre UPSA de 195 pacientes com SCZ e 79 pacientes TB, pareados em idade e anos de estudo. No estudo de Dalloul *et al.* (2023) a população TB apresentava média de idade inferior à deste estudo (36,7) e a SCZ apresentava média de idade semelhante à deste estudo (37,16). Em relação a

escolaridade, apresentava média de escolaridade superior à deste estudo, 14 anos de estudo.

Apesar da maioria dos estudos não mostrarem diferença de CF entre TB e SCZ, alguns estudos encontraram pior CF de pacientes SCZ quando comparado a pacientes TB. (HUANG; LEE; LEE; LIN *et al.*, 2020; ROLIN; ASCHBRENNER; WHITEMAN; SCHERER; BARTELS, 2017). Haung *et al.* (2020) descreve que a UPSA-B (forma breve) foi efetiva em diferenciar SCZ e TB pareados por escolaridade e anos de estudo, sendo que sua população possui idade e escolaridade similares a deste estudo (média de idade de 44,6 e média de anos de estudo 12,4 para o grupo TB e média de idade de 41,6 e média de anos de estudo 12,8 para o grupo SCZ). Rolin *et al.* (2017) também avaliou UPSA em pacientes SCZ e TB encontrando uma pior capacidade funcional em pacientes SCZ, porém, sua população foi constituída somente de participantes acima de 50 anos, com uma média de idade maior do que a deste estudo.

5.2.4 Determinantes de Capacidade Funcional

Este estudo apresentou diversas correlações entre neurocognição e CF. BACS-SF total e BACS sequenciamento de dígitos (memória de trabalho) se correlacionaram à CF no grupo SCZ. Na literatura é descrito uma forte associação entre CF e neurocognição em pacientes com esquizofrenia (KEEFE; POE; WALKER; HARVEY, 2006; WANG; CHIEN; YIP; KARATZIAS, 2016; YANG; LEE; ABDUL RASHID; SEE *et al.*, 2021), sendo que a neurocognição é descrita como o principal fator relacionado a CF (BECHI; BOSIA; SPANGARO; BUONOCORE *et al.*, 2017). No grupo TB, o BACS-SF total se correlacionou a UPSA-1-BR somente no domínio transporte, demonstrando menos correlações do que o grupo SCZ, o que é corroborado por estudos anteriores (MOORE; HARMELL; HARVEY; BOWIE *et al.*, 2015).

Foi encontrado que anos de estudo é um fator de melhor CF tanto em pacientes TB quanto em SCZ, o que está de acordo com a literatura (GOULD; BOWIE; HARVEY, 2012; MAUSBACH; HARVEY; PULVER; DEPP *et al.*, 2010; MAUSBACH; TIZNADO; CARDENAS; JESTE; PATTERSON, 2016). Avaliando os domínios, no grupo TB, anos de estudo correlacionou com os domínios habilidades financeiras, transporte e tarefas

domésticas. No grupo SCZ, houve correlação nos domínios habilidade financeira e tarefas domésticas e entendimento/planejamento. Como já descrito acima, a CF possui forte correlação com cognição. Estudos mostram que a escolaridade está correlacionada com cognição (LOVDEN; FRATIGLIONI; GLYMOUR; LINDENBERGER; TUCKER-DROB, 2020), assim era esperado que a escolaridade também se correlacionasse com a CF.

No grupo SCZ, a CF correlacionou com sintomas negativos, de acordo com a literatura que descreve sintomas negativos como um dos poucos fatores clínicos associados à CF (IASEVOLI; D'AMBROSIO; NOTAR FRANCESCO; RAZZINO *et al.*, 2018; MAUSBACH; HARVEY; PULVER; DEPP *et al.*, 2010; YANG; LEE; ABDUL RASHID; SEE *et al.*, 2021).

Não encontramos outras correlações entre fatores sociodemográficos ou clínicos com a CF nos grupos TB e SCZ. A ausência de outras correlações encontradas no estudo são corroboradas na literatura que descreve a CF como um fator com pouca influência por fatores ambientais e clínicos (HARVEY; STRASSNIG, 2012; REMPFER; FOWLER, 2018).

5.3 Funcionalidade

5.3.1 Comparação de funcionalidade entre TB e controle

Os resultados mostraram que 60% dos pacientes TB apresentam prejuízo na funcionalidade. Não houve fatores clínicos ou sócio demográficos que correlacionam com pior prejuízo na FAST total. Léda-Rêgo *et al.* (2020) conduziu uma metanálise para avaliar FAST em pacientes TB eutímicos e encontrou uma alta prevalência (58,6%) de prejuízo na funcionalidade em sua amostra, similar a demonstrada neste estudo. Léda-Rêgo *et al.* (2020) observou que o domínio mais prejudicado foi o domínio trabalho e em segundo, cognição, similar ao que foi observado neste estudo que apresentou prejuízos nos domínios autonomia, trabalho e cognição.

Não houve diferença estatística entre funcionalidade do grupo TB e o grupo controle, comparando as medianas da FAST total de cada grupo. Somente nos domínios autonomia, trabalho e relações interpessoais o grupo TB apresentou pior desempenho do que o grupo controle. Na literatura, porém, estudos demonstraram

que pacientes com TB estáveis apresentam pior funcionalidade do que controle pareados em idade e sexo (APARICIO; SANTOS; JIMENEZ-LOPEZ; BAGNEY *et al.*, 2017; SOLE; BONNIN; JIMENEZ; TORRENT *et al.*, 2018; VASCONCELOS-MORENO; BUCKER; BURKE; CZEPIELEWSKI *et al.*, 2016). Contudo, no modelo multinomial, pacientes TB apresentaram pior funcionalidade em relação ao controle. Além disso, se assumíssemos um valor de p de 0,10, observaríamos pior funcionalidade no grupo bipolar em relação ao controle. Uma amostra maior poderia evitar a possibilidade de erro tipo 2. Nos estudos de Aparicio *et al.* (2017) e Solé *et al.* (2018), a população difere da população deste estudo em relação ao perfil sociodemográfico, uma vez que é uma população com escolaridade maior, com média de escolaridade de 13,8 anos de estudo e 14,3 anos de estudo, respectivamente. Já neste estudo a mediana foi de 11 anos de anos de estudo. A diferença entre as populações poderia ser uma justificativa da diferença nos resultados de funcionalidade, uma vez que a funcionalidade é influenciada por fatores externos sociodemográficos (KHARAWALA; HASTEDT; PODHORNA; SHUKLA *et al.*, 2022). Já os participantes do grupo TB do estudo de Vasconcelos-Moreno *et al.* (2016), possuem mais sintomas depressivos subsindrômicos, representado por um maior valor de Hamilton (média de 4,11 na pontuação total) quando comparado a amostra deste estudo (valor de mediana 2 na pontuação total). Como já descrito, sintomas depressivos subsindrômicos é um fator associado a pior funcionalidade (JIMENEZ-LOPEZ; SANCHEZ-MORLA; APARICIO; LOPEZ-VILLARREAL *et al.*, 2018; REINARES; PAPACHRISTOU; HARVEY; MAR BONNIN *et al.*, 2013; SAMALIN; DE CHAZERON; VIETA; BELLIVIER; LLORCA, 2016). Vasconcelos-Moreno *et al.* (2016) não descreve a escolaridade da amostra para comprarmos a deste estudo.

Além disso, o grupo controle deste presente estudo apresentou prejuízo funcional relativamente alto (mediana da FAST total: 10) quando comparado a outros estudos como o de Vasconcelos-Moreno *et al.* 2016 (média da FAST total: 5,86), Solé *et al.* 2018 (média da FAST total: 5,02) e Aparicio *et al.* 2017 (6,1). O grupo controle de Solé *et al.* 2018 (média de anos de estudo 14,58) e o grupo controle de Aparicio *et al.* 2017 (média de anos de estudo: 14,3) apresentam escolaridade superior ao grupo controle do presente estudo (mediana de anos de estudo: 11). A baixa escolaridade do grupo controle deste estudo pode estar associada ao alto prejuízo funcional encontrado, uma vez que a funcionalidade é afetada por fatores como escolaridade

(PATTERSON; MAUSBACH, 2010; SANCHEZ-MORENO; BONNIN; GONZALEZ-PINTO; AMANN *et al.*, 2018).

5.3.2 Comparação de funcionalidade entre SCZ e controle

Os resultados deste estudo demonstraram que pacientes com SCZ apresentaram pior funcionalidade quando comparados com os controles, o que é corroborado pela literatura (COSTA; MASSUDA; PEDRINI; PASSOS *et al.*, 2014; ZORTEA; DA SILVA MAGALHAES; ROSA; DE LUCENA *et al.*, 2012). Além disso, avaliando o modelo multinomial deste trabalho, a funcionalidade foi pior no grupo SCZ em relação ao controle. Ao avaliar os subdomínios autonomia, trabalho e relações interpessoais da FAST, observou-se uma diferença significativa entre pacientes SCZ e controle, não havendo diferença nos outros domínios. Costa *et al.* (2014) dividiu um grupo de 79 pacientes com SCZ em dois subgrupos, o primeiro chamado de Estágio Inicial (ES) composto por 23 pacientes com diagnóstico de SCZ até 5 anos atrás e o segundo Estágio Final (LS), composto por pacientes com diagnóstico de SCZ há pelo menos 20 anos. Foram comparados com controles pareados em idade, sexo e anos de estudo. Indivíduos do grupo LS apresentaram pior funcionalidade quando comparado ao controle na FAST total e em todos os domínios. Porém o grupo ES não apresentou diferença com o grupo controle nos domínios finanças e lazer (assim como neste presente estudo), somente nos outros domínios e na FAST total. Zórtea *et al.* (2012) observou em uma amostra de 107 pacientes SCZ e 108 controles pareados em escolaridade e idade, uma pior funcionalidade dos pacientes SCZ, com pior desempenho na FAST total e em todos os domínios. Há menos estudos avaliando a FAST em pacientes com SCZ, pois a escala foi criada em 2007, a princípio para uso nos pacientes TB, não sendo encontrado outros estudos que comparem cada domínio da FAST em pacientes SCZ estáveis com relação a controles pareados. Com isso, são necessários mais estudos que avaliem a FAST neste grupo de pacientes.

5.3.3 Comparação de funcionalidade entre TB e SCZ

Quando comparada a funcionalidade através da FAST entre o grupo TB e o grupo SCZ, não houve diferença estatística significativa tanto na FAST total quanto

nos domínios da FAST, porém era esperado uma pior funcionalidade dos pacientes SCZ quando comparados a TB. Poucos estudos comparam funcionalidade entre pacientes estáveis TB e SCZ pareados em idade e sexo (JIMENEZ-LOPEZ; SANCHEZ-MORLA; APARICIO; LOPEZ-VILLARREAL *et al.*, 2018; MONAGHAN; BRICKMAN; HUYNH; ONGUR; HALL, 2019; YALCIN-SIEDENTOPF; HOERTNAGL; BIEDERMANN; BAUMGARTNER *et al.*, 2014). Jiménez-Lopez *et al.* (2018) comparou 100 pacientes TB-I e 50 SCZ, estáveis clinicamente e pareados por idade e anos de estudo, encontrando que pacientes SCZ tiveram pior funcionalidade do que pacientes TB, diferente do que foi observado no presente estudo. Alguns fatores podem justificar essa diferença. No estudo de Jiménez-Lopez *et al.* (2018), os pacientes TB foram divididos em pacientes com histórico de sintomas psicóticos e pacientes sem histórico de sintomas psicóticos, o que não foi feito neste trabalho. Outro fator para explicar a divergência é que foram realizados em países com índices sociais diferentes do país onde foi realizado este estudo. Yalcin-Siedentopf *et al.* (2013) e Monaghan *et al.* (2019), também encontraram uma funcionalidade pior do grupo SCZ quando comparado a TB, porém utilizaram a escala GAF para avaliar a funcionalidade.

5.3.4 Determinantes de Funcionalidade

Não foram encontradas correlações entre a FAST total e fatores clínicos no grupo TB. Quanto a fatores clínicos no grupo SCZ, encontramos correlação entre PANSS P e FAST total. Zortea *et al.* (2012) demonstrou associação da FAST com sintomas positivos e com sintomas negativos, com uma maior correlação com sintomas negativos. Neste presente estudo, não houve correlação entre sintomas negativos e funcionalidade, apesar da literatura descrever uma forte associação entre sintomas negativos e funcionalidade (GALDERISI; ROSSI; ROCCA; BERTOLINO *et al.*, 2014; GAO; HUANG; HUANG; ZHOU *et al.*, 2022; GARCIA-PORTILLA; GARCIA-ALVAREZ; GONZALEZ-BLANCO; DAL SANTO *et al.*, 2021; KALISOVA; MICHALEC; DECHTERENKO; SILHAN *et al.*, 2023). Dentre esses estudos relatados, somente Zortea *et al.* (2012) utilizou a FAST para avaliar a funcionalidade, porém não utilizou a PANSS para avaliar sintomas negativos e sim, a *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Há outros estudos que avaliam os determinantes clínicos da funcionalidade em pacientes SCZ, porém, utilizam escalas diferentes para estimar a funcionalidade

como PSP e *Specific Level of Functioning Scale* (SLOF). Diferentes escalas também foram utilizadas para avaliar sintomas negativos como *Brief Negative Symptom Scale* (BNSS-Sp) e *Negative Symptom Assessment* (NSA). Apesar dessas escalas avaliarem um mesmo parâmetro (funcionalidade) e geralmente se correlacionarem, elas se diferem em vários quesitos como método de avaliação e domínios funcionais avaliados. Com isso, são necessários mais estudos que avaliem a FAST em pacientes SCZ.

No presente estudo, não foi encontrada associação entre cognição e funcionalidade, tanto no grupo TB quanto no grupo SCZ. Somente o domínio atenção/velocidade de processamento foi associado ao domínio cognição da FAST nos pacientes TB. Apesar de encontrarmos na literatura estudos que mostram associação entre funcionalidade e neurocognição (BAUNE; MALHI, 2015; HALVERSON; ORLEANS-POBEE; MERRITT; SHEERAN *et al.*, 2019; LEPAGE; BODNAR; BOWIE, 2014; TSAPEKOS; STRAWBRIDGE; CELLA; WYKES; YOUNG, 2021) alguns estudos não encontraram essa associação (ADDINGTON; SAEEDI; ADDINGTON, 2005; HELLDIN; MOHN; OLSSON; HJARTHAG, 2020; STRASSNIG; RAYKOV; O'GORMAN; BOWIE *et al.*, 2015). Baune *et al.* (2015) conduziu uma revisão sistemática encontrando 21 estudos, evidenciando a correlação entre vários domínios da cognição e funcionalidade em pacientes TB estáveis. Porém, essa revisão também incluiu estudos com pacientes TB não estáveis, além de estudos com diferentes escalas de funcionalidade e diferentes escalas de cognição. Quanto a pacientes SCZ, García-Portilla *et al.* (2021) encontrou que cognição (determinada por *Trail Making Test*, part B) e funcionalidade (PSP) apresentavam uma fraca correlação. Galderisi *et al.* (2016) encontrou que neurocognição estava associada a funcionalidade através de CF e cognição social. Na metanálise de Halverson *et al.* (2019) foi evidenciado uma maior correlação entre cognição social e funcionalidade e uma pequena, mas significativa, relação entre funcionalidade e neurocognição. O fato de que a cognição social não foi avaliada neste presente estudo é uma limitação.

5.4 Correlação entre UPSA-1-BR e FAST

A FAST total e a UPSA-1-BR não se correlacionaram em nenhum dos grupos. Avaliando a correlação entre os domínios, no grupo TB, o domínio comunicação da UPSA-1-BR foi o que apresentou uma maior associação com a FAST, associando a FAST total e a todos os seus outros domínios, com exceção do domínio finanças. No grupo SCZ, somente o domínio entendimento/planejamento se associou ao domínio lazer da FAST. Não foram encontrados estudos prévios que correlacionam a FAST com a UPSA-1 ou UPSA-2, somente poucos estudos que avaliam a correlação entre FAST e UPSA-B. Esses estudos não encontraram correlação entre UPSA-B e FAST. (CHRISTENSEN; SLUTH; MCINTYRE, 2019; HORLYCK; OBENHAUSEN; JANSARI; ULLUM; MISKOWIAK, 2021; OTT; MINE; PETERSEN; MISKOWIAK, 2019). Horlyck *et al.* (2021) não encontrou correlação entre UPSA-B e FAST em uma amostra de 21 pacientes (11 sendo TB e 10 com transtorno depressivo maior). Ott *et al.* (2019) também não encontrou correlação entre UPSA-B e FAST em uma amostra com 58 pacientes TB. Christensen *et al.* (2019) não encontrou correlação entre UPSA-B e FAST no trabalho de validação da UPSA-B para pacientes com transtorno depressivo maior. Não foram encontrados estudos que correlacionavam subdomínios.

Como a funcionalidade e a CF são conceitos relacionados, esperávamos uma associação mais robusta do que a encontrada neste estudo. Outras escalas de funcionalidade como a PSP apresentaram correlações com a UPSA em pacientes SCZ em estudos anteriores (GARCIA-PORTILLA; GARCIA-ALVAREZ; GONZALEZ-BLANCO; DAL SANTO *et al.*, 2021; HUANG; LIN; LEE; HUANG *et al.*, 2022; KIM; JUNG; MOON; JEON *et al.*, 2021; SZABO; MERIKLE; LOZANO-ORTEGA; POWELL *et al.*, 2018). Contudo, Szabo *et al.* (2018) realizou uma revisão sistemática para avaliar a correlação da UPSA com outras medidas relacionadas à funcionalidade em pacientes com SCZ. Foram avaliados 76 estudos. Nenhuma escala de funcionalidade avaliada mostrou correlação com a UPSA.

5.5 Limitações

Este estudo apresenta diversas limitações. Primeiro, por ser um estudo transversal, não permite a avaliação de mudanças na funcionalidade desses pacientes no decorrer do acompanhamento. Segundo, a amostra do estudo é pequena o que dificulta a generalização dos resultados para toda a população TB e SCZ. Terceiro, os

pacientes TB e SCZ avaliados neste estudo são atendidos em serviço especializado de um hospital universitário e, em geral, possuem quadros mais graves do que aqueles tratados na atenção primária, também limitando a generalização. Quarto, este estudo não avaliou a cognição social, o estigma, a motivação, o número de episódios psicóticos, a avolia e a apatia, que são fatores que poderiam influenciar a funcionalidade. Além disso, não foram utilizadas outras escalas de funcionalidade (como a PSP, GAF e SLOF). O tempo de aplicação foi um fator limitante para a ampliação das características estudadas, pois vários pacientes não toleraram entrevistas longas. Por último, observamos limitações durante a aplicação das escalas de CF e funcionalidade, descritas abaixo.

A UPSA é uma das escalas de medida de CF mais utilizadas em pacientes SCZ, validada em vários países e para outros transtornos psiquiátricos (CHRISTENSEN; SLUTH; MCINTYRE, 2019; HEINRICHS; STATUCKA; GOLDBERG; MCDERMID VAZ, 2006; KIM; KIM; SHIM; SEO *et al.*, 2017; SUMIYOSHI; TAKAKI; OKAHISA; PATTERSON *et al.*, 2014). Contudo, há poucos estudos que avaliam a UPSA na população TB, o que limitou a comparação dos resultados deste estudo com a literatura. Além disso, a UPSA possui algumas outras limitações. Por ter sido um instrumento desenvolvido em 2001, algumas de suas tarefas estão ultrapassadas devido ao rápido desenvolvimento tecnológico. Como exemplos dessas tarefas temos o preenchimento de um cheque, a discagem através de um telefone fixo, a busca de contato através de serviço telefônico de "auxílio à lista" (que atualmente não existe mais) e a consulta de transporte através de mapas. Até o uso do dinheiro em espécie está se tornando obsoleto com o advento e difusão do pix. Essas limitações ficaram ainda mais evidentes avaliando pacientes mais novos. Além disso, a UPSA é longa e trabalhosa para o paciente. Durante a aplicação neste estudo, alguns participantes, principalmente os do grupo SCZ, demonstraram perda de interesse na realização do teste, mostrando-se impacientes e não se dedicando com afinco na realização das tarefas solicitadas. Por isso, em diversas ocasiões, a aplicação foi dividida em dias diferentes.

As escalas mais utilizadas para avaliar a funcionalidade em pacientes TB são GAF e FAST (CHEN; FITZGERALD; MADERA; TOHEN, 2019). Apesar de ser muito utilizada, a GAF somente fornece uma avaliação global da funcionalidade geral, além de se relacionar mais com sintomas do que com a funcionalidade (CHEN; FITZGERALD; MADERA; TOHEN, 2019). Assim, a FAST apresenta uma rápida

difusão entre os estudos nos últimos anos (CHEN; FITZGERALD; MADERA; TOHEN, 2019). O instrumento é validado para uso em TB em vários países como Itália, Espanha, Finlândia e China (BARBATO; BOSSINI; CALUGI; D'AVANZO *et al.*, 2013; ROSA; SANCHEZ-MORENO; MARTINEZ-ARAN; SALAMERO *et al.*, 2007; SUOMINEN; SALMINEN; LAHTEENMAKI; TUPALA; ISOMETSA, 2015; ZHANG; LONG; MA; HE *et al.*, 2018). Além disso, também é validado para uso em outros transtornos como como transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de espectro autista e transtorno depressivo maior (GISBERT-GUSTEMPS; LUGO-MARIN; RAMOS; MARTIN *et al.*, 2021; ROTGER; RICHARTE; NOGUEIRA; CORRALES *et al.*, 2014). Para a SCZ, a escala foi validada somente no Brasil (ZORTEA; DA SILVA MAGALHAES; ROSA; DE LUCENA *et al.*, 2012) e na Espanha (LUJAN-LUJAN; GARCIA-LEON; RODRIGUEZ-CANO; HUERTAS-MARTINEZ *et al.*, 2022). A percepção do próprio paciente sobre o seu prejuízo funcional é o guia para a pontuação na FAST. Com isso, pacientes com insight prejudicado terão uma maior dificuldade em perceber esses prejuízos. Apesar de haver concordância entre a percepção do paciente SCZ de sua funcionalidade e a percepção de cuidadores (ROCCA; BRASSO; MONTEMAGNI; BELLINO *et al.*, 2021), pacientes SCZ com maior prejuízo funcional tendem a superestimar sua funcionalidade (BOWIE; LEUNG; REICHENBERG; MCCLURE *et al.*, 2008; ROCCA; BRASSO; MONTEMAGNI; BELLINO *et al.*, 2021). Alguns pacientes SCZ ficaram receosos em responder às questões com fidedignidade devido ao receio de uma resposta demonstrando maior prejuízo ocasionar um aumento da medicação. Outra questão foi a dificuldade de vários pacientes SCZ em responder as perguntas do domínio trabalho, pois, na amostra estudada, muitos pacientes não trabalhavam ou não tinham um emprego há anos. Além disso, a escassez de estudos avaliando a FAST em pacientes SCZ limitou a comparação dos resultados encontrados neste estudo com outros da literatura. Long *et al.* (2022) fez uma revisão sistemática onde avaliou as escalas utilizadas para estimar a funcionalidade em pacientes SCZ. O autor encontrou 32 diferentes escalas, sendo que a PSP obteve o melhor resultado quanto à qualidade, devido à alta pontuação em validade e confiabilidade.

Assim, mais estudos com populações maiores e com uso de outros instrumentos de avaliação funcional devem ser realizados para melhor entendimento da funcionalidade nessas populações.

6 CONCLUSÕES

Pacientes TB estáveis apresentam prejuízos na funcionalidade e CF intermediários entre o grupo SCZ e o grupo controle, pois se difere do controle e do grupo SCZ em algumas medidas e em outras não se difere. Pacientes SCZ estáveis apresentam pior funcionalidade e CF quando comparados com controle pareados em escolaridade. Já o modelo multinomial apresentou que pacientes estáveis SCZ apresentam pior MV quando comparados a pacientes TB estáveis, sem diferença na funcionalidade e CF entre os dois grupos.

REFERÊNCIAS

ADDINGTON, J.; SAEEDI, H.; ADDINGTON, D. The course of cognitive functioning in first episode psychosis: changes over time and impact on outcome. **Schizophr Res**, 78, n. 1, p. 35-43, Oct 1 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5**. Porto Alegre: 2014. 948 p. 978-85-8271-089-0.

APARICIO, A.; SANTOS, J. L.; JIMENEZ-LOPEZ, E.; BAGNEY, A. *et al.* Emotion processing and psychosocial functioning in euthymic bipolar disorder. **Acta Psychiatr Scand**, 135, n. 4, p. 339-350, Apr 2017.

BARBATO, A.; BOSSINI, L.; CALUGI, S.; D'AVANZO, B. *et al.* Validation of the Italian version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) for bipolar disorder. **Epidemiol Psychiatr Sci**, 22, n. 2, p. 187-194, Jun 2013.

BAS, T. O.; POYRAZ, C. A.; BAS, A.; POYRAZ, B. C.; TOSUN, M. The impact of cognitive impairment, neurological soft signs and subdepressive symptoms on functional outcome in bipolar disorder. **J Affect Disord**, 174, p. 336-341, Mar 15 2015.

BAUNE, B. T.; MALHI, G. S. A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general functional outcomes in bipolar disorder. **Bipolar Disord**, 17 Suppl 2, p. 41-55, Dec 2015.

BECATTINI-OLIVEIRA, A. C.; DUTRA, D. F.; SPENCIERE DE OLIVEIRA CAMPOS, B.; DE ARAUJO, V. C.; CHARCHAT-FICHMAN, H. A systematic review of a functional assessment Tool: UCSD Performance-based skill assessment (UPSA). **Psychiatry Res**, 267, p. 12-18, Sep 2018.

BECHI, M.; BOSIA, M.; SPANGARO, M.; BUONOCORE, M. *et al.* Exploring functioning in schizophrenia: Predictors of functional capacity and real-world behaviour. **Psychiatry Res**, 251, p. 118-124, May 2017.

BEYER, J. L. An evidence-based medicine strategy for achieving remission in bipolar disorder. **J Clin Psychiatry**, 69 Suppl 3, p. 31-37, 2008.

BONNIN, C. D. M.; REINARES, M.; MARTINEZ-ARAN, A.; JIMENEZ, E. *et al.* Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. **Int J Neuropsychopharmacol**, 22, n. 8, p. 467-477, Aug 1 2019.

BONNIN, C. M.; MARTINEZ-ARAN, A.; REINARES, M.; VALENTI, M. *et al.* Thresholds for severity, remission and recovery using the functioning assessment short test (FAST) in bipolar disorder. **J Affect Disord**, 240, p. 57-62, Nov 2018.

BORA, E.; PANTELIS, C. Meta-analysis of Cognitive Impairment in First-Episode Bipolar Disorder: Comparison With First-Episode Schizophrenia and Healthy Controls. **Schizophr Bull**, 41, n. 5, p. 1095-1104, Sep 2015.

BORA, E.; YUCEL, M.; PANTELIS, C. Neurocognitive markers of psychosis in bipolar disorder: a meta-analytic study. **J Affect Disord**, 127, n. 1-3, p. 1-9, Dec 2010.

BOWIE, C. R.; LEUNG, W. W.; REICHENBERG, A.; MCCLURE, M. M. *et al.* Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. **Biol Psychiatry**, 63, n. 5, p. 505-511, Mar 1 2008.

BRISSOS, S.; DIAS, V. V.; SOEIRO-DE-SOUZA, M. G.; BALANZA-MARTINEZ, V.; KAPCZINSKI, F. The impact of a history of psychotic symptoms on cognitive function in euthymic bipolar patients: a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. **Braz J Psychiatry**, 33, n. 4, p. 353-361, Dec 2011.

BUOLI, M.; CALDIROLI, A.; CUMERLATO MELTER, C.; SERATI, M. *et al.* Biological aspects and candidate biomarkers for psychotic bipolar disorder: A systematic review. **Psychiatry Clin Neurosci**, 70, n. 6, p. 227-244, Jun 2016.

CALDIERARO, M. A.; SYLVIA, L. G.; DUFOUR, S.; WALSH, S. *et al.* Clinical correlates of acute bipolar depressive episode with psychosis. **J Affect Disord**, 217, p. 29-33, Aug 1 2017.

CAO, X.; CHEN, S.; XU, H.; WANG, Q. *et al.* Global functioning, cognitive function, psychopathological symptoms in untreated patients with first-episode schizophrenia: A cross-sectional study. **Psychiatry Res**, 313, p. 114616, Jul 2022.

CARDENAS, V.; ABEL, S.; BOWIE, C. R.; TIZNADO, D. *et al.* When functional capacity and real-world functioning converge: the role of self-efficacy. **Schizophr Bull**, 39, n. 4, p. 908-916, Jul 2013.

CHARLSON, F. J.; FERRARI, A. J.; SANTOMAURO, D. F.; DIMINIC, S. *et al.* Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. **Schizophr Bull**, 44, n. 6, p. 1195-1203, Oct 17 2018.

CHEN, M.; FITZGERALD, H. M.; MADERA, J. J.; TOHEN, M. Functional outcome assessment in bipolar disorder: A systematic literature review. **Bipolar Disord**, 21, n. 3, p. 194-214, May 2019.

CHRISTENSEN, M. C.; SLUTH, L. B.; MCINTYRE, R. S. Validation of the University of California San Diego Performance-based Skills Assessment (UPSA) in major depressive disorder: Replication and extension of initial findings. **J Affect Disord**, 245, p. 508-516, Feb 15 2019.

COSTA, L. G.; MASSUDA, R.; PEDRINI, M.; PASSOS, I. C. *et al.* Functioning in early and late stages of schizophrenia. **Trends Psychiatry Psychother**, 36, n. 4, p. 209-213, Dec 2014.

DALKNER, N.; MOORE, R. C.; DEPP, C. A.; ACKERMAN, R. A. *et al.* Immediate post performance judgements about cognitive performance in schizophrenia and bipolar disorder: associations with test performance and subjective overall judgments regarding abilities. **Cogn Neuropsychiatry**, 28, n. 6, p. 450-466, Nov 2023.

DALLOUL, N.; MORAN, E. K.; GOLD, J. M.; CARTER, C. S. *et al.* Transdiagnostic Predictors of Everyday Functioning: Examining the Relationships of Depression and Reinforcement Learning. **Schizophr Bull**, 49, n. 5, p. 1281-1293, Sep 7 2023.

DE SALES, S. C.; PHILIPPSEN, M.; DE JESUS, L. S.; CARRIELLO, M. A. *et al.* Social cognition and psychosocial functioning in schizophrenia and bipolar disorder: Theory of mind as a key to understand schizophrenia dysfunction. **Eur Neuropsychopharmacol**, 77, p. 12-20, Dec 2023.

DE WINTER, L.; COUWENBERGH, C.; VAN WEEGHEL, J.; HASSON-OHAYON, I. *et al.* Changes in social functioning over the course of psychotic disorders-A meta-analysis. **Schizophr Res**, 239, p. 55-82, Jan 2022.

DELL'OSSO, B.; CAMURI, G.; CREMASCHI, L.; DOBREA, C. *et al.* Lifetime presence of psychotic symptoms in bipolar disorder is associated with less favorable socio-demographic and certain clinical features. **Compr Psychiatry**, 76, p. 169-176, Jul 2017.

DEPP, C. A.; MAUSBACH, B. T.; EYLER, L. T.; PALMER, B. W. *et al.* Performance-based and subjective measures of functioning in middle-aged and older adults with bipolar disorder. **J Nerv Ment Dis**, 197, n. 7, p. 471-475, Jul 2009.

EGGER, S. T.; WENIGER, G.; BOBES, J.; SEIFRITZ, E.; VETTER, S. Exploring the factor structure of the mini-ICF-APP in an inpatient clinical sample, according to the psychiatric diagnosis. **Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)**, 14, n. 4, p. 186-195, Oct-Dec 2021.

FALKAI, P.; ROSSNER, M. J.; SCHULZE, T. G.; HASAN, A. *et al.* Kraepelin revisited: schizophrenia from degeneration to failed regeneration. **Mol Psychiatry**, 20, n. 6, p. 671-676, Jun 2015.

FOUSSIAS, G.; REMINGTON, G. Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor. **Schizophr Bull**, 36, n. 2, p. 359-369, Mar 2010.

G. B. D. MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet Psychiatry**, 9, n. 2, p. 137-150, Feb 2022.

GALDERISI, S.; BUCCI, P.; MUCCI, A.; KIRKPATRICK, B. *et al.* Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: focus on long-term stability and functional outcome. **Schizophr Res**, 147, n. 1, p. 157-162, Jun 2013.

GALDERISI, S.; ROSSI, A.; ROCCA, P.; BERTOLINO, A. *et al.* The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. **World Psychiatry**, 13, n. 3, p. 275-287, Oct 2014.

GAO, T.; HUANG, Z.; HUANG, B.; ZHOU, T. *et al.* Negative symptom dimensions and social functioning in Chinese patients with schizophrenia. **Front Psychiatry**, 13, p. 1033166, 2022.

GARCIA-PORTILLA, M. P.; GARCIA-ALVAREZ, L.; GONZALEZ-BLANCO, L.; DAL SANTO, F. *et al.* Real-World Functioning in Patients With Schizophrenia: Beyond Negative and Cognitive Symptoms. **Front Psychiatry**, 12, p. 700747, 2021.

GARCIA-PORTILLA, M. P.; GOMAR, J. J.; BOBES-BASCARAN, M. T.; MENENDEZ-MIRANDA, I. *et al.* Validation of a European Spanish-version of the University of California performance Skills Assessment (Sp-UPSA) in patients with schizophrenia and bipolar disorder. **Schizophr Res**, 150, n. 2-3, p. 421-426, Nov 2013.

GAZALLE, F. K.; ANDREAZZA, A. C.; HALLAL, P. C.; KAUER-SANT'ANNA, M. *et al.* Bipolar depression: the importance of being on remission. **Braz J Psychiatry**, 28, n. 2, p. 93-96, Jun 2006.

GEBREEGZIABHERE, Y.; HABATMU, K.; MIHRETU, A.; CELLA, M.; ALEM, A. Cognitive impairment in people with schizophrenia: an umbrella review. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, 272, n. 7, p. 1139-1155, Oct 2022.

GISBERT-GUSTEMPS, L.; LUGO-MARIN, J.; RAMOS, I. S.; MARTIN, G. E. *et al.* Functioning assessment short test (FAST): validity and reliability in adults with Autism Spectrum Disorder. **BMC Psychiatry**, 21, n. 1, p. 321, Jun 29 2021.

GOULD, F.; BOWIE, C. R.; HARVEY, P. D. The influence of demographic factors on functional capacity and everyday functional outcomes in schizophrenia. **J Clin Exp Neuropsychol**, 34, n. 5, p. 467-475, 2012.

GRUNZE, H.; BORN, C. The Impact of Subsyndromal Bipolar Symptoms on Patient's Functionality and Quality of Life. **Front Psychiatry**, 11, p. 510, 2020.

GUHNE, U.; PABST, A.; LOBNER, M.; BREILMANN, J. *et al.* Employment status and desire for work in severe mental illness: results from an observational, cross-sectional study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 56, n. 9, p. 1657-1667, Sep 2021.

GUPTA, M.; BASSETT, E.; IFTENE, F.; BOWIE, C. R. Functional outcomes in schizophrenia: understanding the competence-performance discrepancy. **J Psychiatr Res**, 46, n. 2, p. 205-211, Feb 2012.

HAJDUK, M.; PENN, D. L.; HARVEY, P. D.; PINKHAM, A. E. Social cognition, neurocognition, symptomatology, functional competences and outcomes in people with schizophrenia - A network analysis perspective. **J Psychiatr Res**, 144, p. 8-13, Dec 2021.

HALVERSON, T. F.; ORLEANS-POBEE, M.; MERRITT, C.; SHEERAN, P. *et al.* Pathways to functional outcomes in schizophrenia spectrum disorders: Meta-analysis of social cognitive and neurocognitive predictors. **Neurosci Biobehav Rev**, 105, p. 212-219, Oct 2019.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, 23, n. 1, p. 56-62, Feb 1960.

HARVEY, P. D.; BIGDELI, T. B.; FANOUS, A. H.; LI, Y. *et al.* Cooperative Studies Program (CSP) #572: A Study of Serious Mental Illness in Veterans as a Pathway to personalized medicine in Schizophrenia and Bipolar Illness. **Pers Med Psychiatry**, 27-28, Jul 2021.

HARVEY, P. D.; SIEVER, L. J.; HUANG, G. D.; MURALIDHAR, S. *et al.* The genetics of functional disability in schizophrenia and bipolar illness: Methods and initial results for VA cooperative study #572. **Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet**, 165B, n. 4, p. 381-389, Jun 2014.

HARVEY, P. D.; STRASSNIG, M. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. **World Psychiatry**, 11, n. 2, p. 73-79, Jun 2012.

HARVEY, P. D.; VELLIGAN, D. I.; BELLACK, A. S. Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. **Schizophr Bull**, 33, n. 5, p. 1138-1148, Sep 2007.

HASSE-SOUSA, M.; MARTINS, D. S.; PETRY-PERIN, C.; BRITTO, M. J. S. *et al.* The role of semantic clustering in the relationship between verbal memory and psychosocial functioning in schizophrenia and bipolar disorder: Possible distinct cognitive pathway compared to healthy controls. **J Affect Disord**, 320, p. 330-339, Jan 1 2023.

HEINRICHS, R. W.; STATUCKA, M.; GOLDBERG, J.; MCDERMID VAZ, S. The University of California Performance Skills Assessment (UPSA) in schizophrenia. **Schizophr Res**, 88, n. 1-3, p. 135-141, Dec 2006.

HELLDIN, L.; MOHN, C.; OLSSON, A. K.; HJARTHAG, F. Neurocognitive variability in schizophrenia spectrum disorders: relationship to real-world functioning. **Schizophr Res Cogn**, 20, p. 100172, Jun 2020.

HJELSENG, I. V.; VASKINN, A.; UELAND, T.; LUNDING, S. H. *et al.* Childhood trauma is associated with poorer social functioning in severe mental disorders both during an active illness phase and in remission. **Schizophr Res**, 243, p. 241-246, May 2022.

HOEGH, M. C.; MELLE, I.; AMINOFF, S. R.; OLSEN, S. H. *et al.* Affective lability and social functioning in severe mental disorders. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, 272, n. 5, p. 873-885, Aug 2022.

HOLM, M.; TAIPALE, H.; TANSKANEN, A.; TIIHONEN, J.; MITTERDORFER-RUTZ, E. Employment among people with schizophrenia or bipolar disorder: A population-based study using nationwide registers. **Acta Psychiatr Scand**, 143, n. 1, p. 61-71, Jan 2021.

HORLYCK, L. D.; OBENHAUSEN, K.; JANSARI, A.; ULLUM, H.; MISKOWIAK, K. W. Virtual reality assessment of daily life executive functions in mood disorders:

associations with neuropsychological and functional measures. **J Affect Disord**, 280, n. Pt A, p. 478-487, Feb 1 2021.

HUANG, K. W.; LIN, P. Y.; LEE, Y.; HUANG, Y. C. *et al.* Validation of the Chinese Version of the Schizophrenia Cognition Rating Scale. **Psychiatry Investig**, 19, n. 7, p. 511-518, Jul 2022.

HUANG, Y. C.; LEE, Y.; LEE, C. Y.; LIN, P. Y. *et al.* Defining cognitive and functional profiles in schizophrenia and affective disorders. **BMC Psychiatry**, 20, n. 1, p. 39, Jan 31 2020.

HUXLEY, P.; KRAYER, A.; POOLE, R.; PRENDERGAST, L. *et al.* Schizophrenia outcomes in the 21st century: A systematic review. **Brain Behav**, 11, n. 6, p. e02172, Jun 2021.

IASEVOLI, F.; D'AMBROSIO, L.; NOTAR FRANCESCO, D.; RAZZINO, E. *et al.* Clinical evaluation of functional capacity in treatment resistant schizophrenia patients: Comparison and differences with non-resistant schizophrenia patients. **Schizophr Res**, 202, p. 217-225, Dec 2018.

JAVITT, D. C. Cognitive Impairment Associated with Schizophrenia: From Pathophysiology to Treatment. **Annu Rev Pharmacol Toxicol**, 63, p. 119-141, Jan 20 2023.

JAWORSKI, F.; DUBERTRET, C.; ADES, J.; GORWOOD, P. Presence of co-morbid substance use disorder in bipolar patients worsens their social functioning to the level observed in patients with schizophrenia. **Psychiatry Res**, 185, n. 1-2, p. 129-134, Jan 30 2011.

JIMENEZ-LOPEZ, E.; APARICIO, A. I.; SANCHEZ-MORLA, E. M.; RODRIGUEZ-JIMENEZ, R. *et al.* Neurocognition in patients with psychotic and non-psychotic bipolar I disorder. A comparative study with individuals with schizophrenia. **J Affect Disord**, 222, p. 169-176, Nov 2017.

JIMENEZ-LOPEZ, E.; SANCHEZ-MORLA, E. M.; APARICIO, A. I.; LOPEZ-VILLARREAL, A. *et al.* Psychosocial functioning in patients with psychotic and non-psychotic bipolar I disorder. A comparative study with individuals with schizophrenia. **J Affect Disord**, 229, p. 177-185, Mar 15 2018.

JIMENEZ-LOPEZ, E.; VILLANUEVA-ROMERO, C. M.; SANCHEZ-MORLA, E. M.; MARTINEZ-VIZCAINO, V. *et al.* Neurocognition, functional outcome, and quality of life in remitted and non-remitted schizophrenia: A comparison with euthymic bipolar I disorder and a control group. **Schizophr Res**, 240, p. 81-91, Feb 2022.

JOSHI, Y. B.; THOMAS, M. L.; BRAFF, D. L.; GREEN, M. F. *et al.* Anticholinergic Medication Burden-Associated Cognitive Impairment in Schizophrenia. **Am J Psychiatry**, 178, n. 9, p. 838-847, Sep 1 2021.

KALISOVA, L.; MICHALEC, J.; DECHTERENKO, F.; SILHAN, P. *et al.* Impact of cognitive performance and negative symptoms on psychosocial functioning in Czech schizophrenia patients. **Schizophrenia (Heidelb)**, 9, n. 1, p. 43, Jul 17 2023.

KAY, S. R.; FISZBEIN, A.; OPLER, L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. **Schizophr Bull**, 13, n. 2, p. 261-276, 1987.

KEEFE, R. S.; GOLDBERG, T. E.; HARVEY, P. D.; GOLD, J. M. *et al.* The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. **Schizophr Res**, 68, n. 2-3, p. 283-297, Jun 1 2004.

KEEFE, R. S.; POE, M.; WALKER, T. M.; HARVEY, P. D. The relationship of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) to functional capacity and real-world functional outcome. **J Clin Exp Neuropsychol**, 28, n. 2, p. 260-269, Feb 2006.

KEEFE, R. S. E.; DAVIS, V. G.; ATKINS, A. S.; VAUGHAN, A. *et al.* Validation of a Computerized test of Functional Capacity. **Schizophr Res**, 175, n. 1-3, p. 90-96, Aug 2016.

KELLY, M. E.; DUFF, H.; KELLY, S.; MCHUGH POWER, J. E. *et al.* The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. **Syst Rev**, 6, n. 1, p. 259, Dec 19 2017.

KHARAWALA, S.; HASTEDT, C.; PODHORNA, J.; SHUKLA, H. *et al.* The relationship between cognition and functioning in schizophrenia: A semi-systematic review. **Schizophr Res Cogn**, 27, p. 100217, Mar 2022.

KIM, S. J.; JUNG, D. U.; MOON, J. J.; JEON, D. W. *et al.* Relationship between disability self-awareness and cognitive and daily living function in schizophrenia. **Schizophr Res Cogn**, 23, p. 100192, Mar 2021.

KIM, S. J.; KIM, J. M.; SHIM, J. C.; SEO, B. J. *et al.* The Korean Version of the University of California San Diego Performance-based Skills Assessment: Reliability and Validity. **Clin Psychopharmacol Neurosci**, 15, n. 3, p. 261-268, Aug 31 2017.

KUSWANTO, C. N.; SUM, M. Y.; SIM, K. Neurocognitive Functioning in Schizophrenia and Bipolar Disorder: Clarifying Concepts of Diagnostic Dichotomy vs. Continuum. **Front Psychiatry**, 4, p. 162, 2013.

LAM, M.; WANG, M.; HUANG, W.; ENG, G. K. *et al.* Establishing the Brief Assessment of Cognition - Short form. **J Psychiatr Res**, 93, p. 1-11, Oct 2017.

LEDA-REGO, G.; BEZERRA-FILHO, S.; MIRANDA-SCIPPA, A. Functioning in euthymic patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis using the Functioning Assessment Short Test. **Bipolar Disord**, 22, n. 6, p. 569-581, Sep 2020.

LEPAGE, M.; BODNAR, M.; BOWIE, C. R. Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. **Can J Psychiatry**, 59, n. 1, p. 5-12, Jan 2014.

LI, W.; ZHOU, F. C.; ZHANG, L.; NG, C. H. *et al.* Comparison of cognitive dysfunction between schizophrenia and bipolar disorder patients: A meta-analysis of comparative studies. **J Affect Disord**, 274, p. 652-661, Sep 1 2020.

LINDEN, M. Definition and Assessment of Disability in Mental Disorders under the Perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). **Behav Sci Law**, 35, n. 2, p. 124-134, Mar 2017.

LIPKOVICH, I. A.; DEBERDT, W.; CSERNANSKY, J. G.; SABBE, B. *et al.* Relationships among neurocognition, symptoms and functioning in patients with schizophrenia: a path-analytic approach for associations at baseline and following 24 weeks of antipsychotic drug therapy. **BMC Psychiatry**, 9, p. 44, Jul 14 2009.

LOVDEN, M.; FRATIGLIONI, L.; GLYMOUR, M. M.; LINDENBERGER, U.; TUCKER-DROB, E. M. Education and Cognitive Functioning Across the Life Span. **Psychol Sci Public Interest**, 21, n. 1, p. 6-41, Aug 2020.

LUJAN-LUJAN, E. M.; GARCIA-LEON, M. A.; RODRIGUEZ-CANO, E.; HUERTAS-MARTINEZ, S. *et al.* Validity of the Functioning Assessment Short Tests (FAST), in patients with schizophrenia. **Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)**, 15, n. 3, p. 157-166, Jul-Sep 2022.

MACQUEEN, G. M.; YOUNG, L. T.; JOFFE, R. T. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. **Acta Psychiatr Scand**, 103, n. 3, p. 163-170, Mar 2001.

MADEIRA, N.; CALDEIRA, S.; BAJOUCO, M.; PEREIRA, A. T. *et al.* Social Cognition, Negative Symptoms and Psychosocial Functioning in Schizophrenia. **International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health**, n. 3, p. 1, 2016.

MANCUSO, S. G.; MORGAN, V. A.; MITCHELL, P. B.; BERK, M. *et al.* A comparison of schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder: Results from the Second Australian national psychosis survey. **J Affect Disord**, 172, p. 30-37, Feb 1 2015.

MANTOVANI, L. M.; MACHADO-DE-SOUSA, J. P.; SALGADO, J. V. UCSD Performance-Based Skills Assessment (UPSA): validation of a Brazilian version in patients with schizophrenia. **Schizophr Res Cogn**, 2, n. 1, p. 20-25, Mar 2015.

MANTOVANI, L. M.; TEIXEIRA, A. L.; SALGADO, J. V. Functional capacity: a new framework for the assessment of everyday functioning in schizophrenia. **Braz J Psychiatry**, 37, n. 3, p. 249-255, Jul-Sep 2015.

MARTINEZ-ARAN, A.; PENADES, R.; VIETA, E.; COLOM, F. *et al.* Executive function in patients with remitted bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with functional outcome. **Psychother Psychosom**, 71, n. 1, p. 39-46, Jan-Feb 2002.

MARWAHA, S.; DURRANI, A.; SINGH, S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. **Acta Psychiatr Scand**, 128, n. 3, p. 179-193, Sep 2013.

MAUSBACH, B. T.; HARVEY, P. D.; PULVER, A. E.; DEPP, C. A. *et al.* Relationship of the Brief UCSD Performance-based Skills Assessment (UPSA-B) to multiple indicators of functioning in people with schizophrenia and bipolar disorder. **Bipolar Disord**, 12, n. 1, p. 45-55, Feb 2010.

MAUSBACH, B. T.; TIZNADO, D.; CARDENAS, V.; JESTE, D. V.; PATTERSON, T. L. Validation of the UCSD Performance-based Skills Assessment (UPSA) in Hispanics with and without schizophrenia. **Psychiatry Res**, 244, p. 388-393, Oct 30 2016.

MCCORMICK, U.; MURRAY, B.; MCNEW, B. Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. **J Am Assoc Nurse Pract**, 27, n. 9, p. 530-542, Sep 2015.

MCCUTCHEON, R. A.; KEEFE, R. S. E.; MCGUIRE, P. K. Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. **Mol Psychiatry**, 28, n. 5, p. 1902-1918, May 2023.

MCINTOSH, B. J.; ZHANG, X. Y.; KOSTEN, T.; TAN, S. P. *et al.* Performance-based assessment of functional skills in severe mental illness: results of a large-scale study in China. **J Psychiatr Res**, 45, n. 8, p. 1089-1094, Aug 2011.

MCKIBBIN, C. L.; BREKKE, J. S.; SIRES, D.; JESTE, D. V.; PATTERSON, T. L. Direct assessment of functional abilities: relevance to persons with schizophrenia. **Schizophr Res**, 72, n. 1, p. 53-67, Dec 15 2004.

MEHTA, U. M.; PUNITH, M.; KUMAR, C. N.; KUMAR, J. K. *et al.* Dissimilar social cognition signatures in remitted schizophrenia and bipolar disorder. **Asian J Psychiatr**, 57, p. 102593, Mar 2021.

MONAGHAN, C. K.; BRICKMAN, S.; HUYNH, P.; ONGUR, D.; HALL, M. H. A longitudinal study of event related potentials and correlations with psychosocial functioning and clinical features in first episode psychosis patients. **Int J Psychophysiol**, 145, p. 48-56, Nov 2019.

MONTEJO, L.; TORRENT, C.; JIMENEZ, E.; MARTINEZ-ARAN, A. *et al.* Cognition in older adults with bipolar disorder: An ISBD task force systematic review and meta-analysis based on a comprehensive neuropsychological assessment. **Bipolar Disord**, 24, n. 2, p. 115-136, Mar 2022.

MOORE, R. C.; HARMELL, A. L.; HARVEY, P. D.; BOWIE, C. R. *et al.* Improving the understanding of the link between cognition and functional capacity in schizophrenia and bipolar disorder. **Schizophr Res**, 169, n. 1-3, p. 121-127, Dec 2015.

MUESER, K. T.; BECKER, D. R.; TORREY, W. C.; XIE, H. *et al.* Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. **J Nerv Ment Dis**, 185, n. 7, p. 419-426, Jul 1997.

NUECHTERLEIN, K. H.; GREEN, M. F.; KERN, R. S.; BAADE, L. E. *et al.* The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection, reliability, and validity. **Am J Psychiatry**, 165, n. 2, p. 203-213, Feb 2008.

OJEDA, N.; PENA, J.; SCHRETLEN, D. J.; SANCHEZ, P. *et al.* Hierarchical structure of the cognitive processes in schizophrenia: the fundamental role of processing speed. **Schizophr Res**, 135, n. 1-3, p. 72-78, Mar 2012.

OOMEN, P. P.; BEGEMANN, M. J. H.; BRAND, B. A.; DE HAAN, L. *et al.* Longitudinal clinical and functional outcome in distinct cognitive subgroups of first-episode psychosis: a cluster analysis. **Psychol Med**, 53, n. 6, p. 2317-2327, Apr 2023.

OSPINA, L. H.; SHANAHAN, M.; PEREZ-RODRIGUEZ, M. M.; CHAN, C. C. *et al.* Alexithymia predicts poorer social and everyday functioning in schizophrenia and bipolar disorder. **Psychiatry Res**, 273, p. 218-226, Mar 2019.

OTT, C.; MINE, H.; PETERSEN, J. Z.; MISKOWIAK, K. Relation between functional and cognitive impairments in remitted patients with bipolar disorder and suggestions for trials targeting cognition: An exploratory study. **J Affect Disord**, 257, p. 382-389, Oct 1 2019.

OWEN, M. J.; SAWA, A.; MORTENSEN, P. B. Schizophrenia. **Lancet**, 388, n. 10039, p. 86-97, Jul 2 2016.

PATEL, K. R.; CHERIAN, J.; GOHIL, K.; ATKINSON, D. Schizophrenia: overview and treatment options. **P T**, 39, n. 9, p. 638-645, Sep 2014.

PATTERSON, T. L.; GOLDMAN, S.; MCKIBBIN, C. L.; HUGHS, T.; JESTE, D. V. UCSD Performance-Based Skills Assessment: development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. **Schizophr Bull**, 27, n. 2, p. 235-245, 2001.

PATTERSON, T. L.; MAUSBACH, B. T. Measurement of functional capacity: a new approach to understanding functional differences and real-world behavioral adaptation in those with mental illness. **Annu Rev Clin Psychol**, 6, p. 139-154, 2010.

PEREIRA, I. M. B. **IMPACTO DAS COMORBIDADES CLÍNICAS NA FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**. 2021. (Mestrado) - Neurociências, Universidade Federal de Minas Gerais.

REINARES, M.; PAPACHRISTOU, E.; HARVEY, P.; MAR BONNIN, C. *et al.* Towards a clinical staging for bipolar disorder: defining patient subtypes based on functional outcome. **J Affect Disord**, 144, n. 1-2, p. 65-71, Jan 10 2013.

REMPFER, M. V.; FOWLER, C. A. Relationships among functional capacity, cognition, and naturalistic skill performance in people with serious mental illness. **Psychiatry Res**, 270, p. 453-458, Dec 2018.

ROCCA, P.; BRASSO, C.; MONTEMAGNI, C.; BELLINO, S. *et al.* Accuracy of self-assessment of real-life functioning in schizophrenia. **NPJ Schizophr**, 7, n. 1, p. 11, Feb 15 2021.

ROLIN, S. A.; ASCHBRENNER, K. A.; WHITEMAN, K. L.; SCHERER, E.; BARTELS, S. J. Characteristics and Service Use of Older Adults with Schizoaffective Disorder Versus Older Adults with Schizophrenia and Bipolar Disorder. **Am J Geriatr Psychiatry**, 25, n. 9, p. 941-950, Sep 2017.

ROSA, A. R.; SANCHEZ-MORENO, J.; MARTINEZ-ARAN, A.; SALAMERO, M. *et al.* Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. **Clin Pract Epidemiol Ment Health**, 3, p. 5, Jun 7 2007.

ROTGER, S.; RICARTE, V.; NOGUEIRA, M.; CORRALES, M. *et al.* Functioning Assessment Short Test (FAST): validity and reliability in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, 264, n. 8, p. 719-727, Dec 2014.

ROWLAND, T. A.; MARWAHA, S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, 8, n. 9, p. 251-269, 2018.

SALAGRE, E.; GRANDE, I.; VIETA, E.; MEZQUIDA, G. *et al.* Predictors of Bipolar Disorder Versus Schizophrenia Diagnosis in a Multicenter First Psychotic Episode Cohort: Baseline Characterization and a 12-Month Follow-Up Analysis. **J Clin Psychiatry**, 81, n. 6, Nov 3 2020.

SAMALIN, L.; DE CHAZERON, I.; VIETA, E.; BELLIVIER, F.; LLORCA, P. M. Residual symptoms and specific functional impairments in euthymic patients with bipolar disorder. **Bipolar Disord**, 18, n. 2, p. 164-173, Mar 2016.

SANCHEZ-MORENO, J.; BONNIN, C. M.; GONZALEZ-PINTO, A.; AMANN, B. L. *et al.* Factors associated with poor functional outcome in bipolar disorder: sociodemographic, clinical, and neurocognitive variables. **Acta Psychiatr Scand**, 138, n. 2, p. 145-154, Aug 2018.

SANCHEZ-MORENO, J.; MARTINEZ-ARAN, A.; VIETA, E. Treatment of Functional Impairment in Patients with Bipolar Disorder. **Curr Psychiatry Rep**, 19, n. 1, p. 3, Jan 2017.

SANCHEZ-MORLA, E. M.; BARABASH, A.; MARTINEZ-VIZCAINO, V.; TABARES-SEISDEDOS, R. *et al.* Comparative study of neurocognitive function in euthymic bipolar patients and stabilized schizophrenic patients. **Psychiatry Res**, 169, n. 3, p. 220-228, Oct 30 2009.

SAVITZ, J.; VAN DER MERWE, L.; STEIN, D. J.; SOLMS, M.; RAMESAR, R. Neuropsychological status of bipolar I disorder: impact of psychosis. **Br J Psychiatry**, 194, n. 3, p. 243-251, Mar 2009.

SCHOTTLE, D.; SCHIMMELMANN, B. G.; KAROW, A.; RUPPELT, F. *et al.* Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment

in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. **J Clin Psychiatry**, 75, n. 12, p. 1371-1379, Dec 2014.

SHEEHAN, D. V.; LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, K. H.; AMORIM, P. *et al.* The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry**, 59 Suppl 20, p. 22-33;quiz 34-57, 1998.

SIMJANOSKI, M.; MCINTYRE, A.; KAPCZINSKI, F.; CARDOSO, T. A. Cognitive impairment in bipolar disorder in comparison to mild cognitive impairment and dementia: a systematic review. **Trends Psychiatry Psychother**, 44, Feb 20 2023.

SIMONSEN, C.; SUNDET, K.; VASKINN, A.; UELAND, T. *et al.* Psychosocial function in schizophrenia and bipolar disorder: Relationship to neurocognition and clinical symptoms. **J Int Neuropsychol Soc**, 16, n. 5, p. 771-783, Sep 2010.

SOLE, B.; BONNIN, C. M.; JIMENEZ, E.; TORRENT, C. *et al.* Heterogeneity of functional outcomes in patients with bipolar disorder: a cluster-analytic approach. **Acta Psychiatr Scand**, 137, n. 6, p. 516-527, Jun 2018.

STRASSNIG, M. T.; RAYKOV, T.; O'GORMAN, C.; BOWIE, C. R. *et al.* Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: The roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. **Schizophr Res**, 165, n. 1, p. 76-82, Jun 2015.

STRAUSS, G. P.; HORAN, W. P.; KIRKPATRICK, B.; FISCHER, B. A. *et al.* Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. **J Psychiatr Res**, 47, n. 6, p. 783-790, Jun 2013.

STREJILEVICH, S.; SZMULEWICZ, A.; IGOA, A.; MARENGO, E. *et al.* Episodic density, subsyndromic symptoms, and mood instability in late-life bipolar disorders: A 5-year follow-up study. **Int J Geriatr Psychiatry**, 34, n. 7, p. 950-956, Jul 2019.

SUM, M. Y.; HO, N. F.; SIM, K. Cross diagnostic comparisons of quality of life deficits in remitted and unremitted patients with schizophrenia and bipolar disorder. **Schizophr Res**, 168, n. 1-2, p. 191-196, Oct 2015.

SUMIYOSHI, C.; TAKAKI, M.; OKAHISA, Y.; PATTERSON, T. L. *et al.* Utility of the UCSD Performance-based Skills Assessment-Brief Japanese version: discriminative ability and relation to neurocognition. **Schizophr Res Cogn**, 1, n. 3, p. 137-143, Sep 2014.

SUOMINEN, K.; SALMINEN, E.; LAHTEENMAKI, S.; TUPALA, T.; ISOMETSA, E. Validity and reliability of the Finnish version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. **Int J Bipolar Disord**, 3, p. 10, 2015.

SZABO, S.; MERIKLE, E.; LOZANO-ORTEGA, G.; POWELL, L. *et al.* Assessing the Relationship between Performance on the University of California Performance Skills

Assessment (UPSA) and Outcomes in Schizophrenia: A Systematic Review and Evidence Synthesis. **Schizophr Res Treatment**, 2018, p. 9075174, 2018.

SZOKE, A.; MEARY, A.; TRANDAFIR, A.; BELLIVIER, F. *et al.* Executive deficits in psychotic and bipolar disorders - implications for our understanding of schizoaffective disorder. **Eur Psychiatry**, 23, n. 1, p. 20-25, Jan 2008.

TAMMINGA, C. A.; IVLEVA, E. I.; KESHAVAN, M. S.; PEARLSON, G. D. *et al.* Clinical phenotypes of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). **Am J Psychiatry**, 170, n. 11, p. 1263-1274, Nov 2013.

TSAPEKOS, D.; STRAWBRIDGE, R.; CELLA, M.; WYKES, T.; YOUNG, A. H. Cognitive impairment in euthymic patients with bipolar disorder: Prevalence estimation and model selection for predictors of cognitive performance. **J Affect Disord**, 294, p. 497-504, Nov 1 2021.

VALENCIA, M.; MEDINA, R.; CALIXTO, E.; RODRIGUEZ, N. Cerebral, Psychosocial, Family Functioning and Disability of Persons with Schizophrenia. **Neuropsychiatr Dis Treat**, 18, p. 2069-2082, 2022.

VASCONCELOS-MORENO, M. P.; BUCKER, J.; BURKE, K. P.; CZEPIELEWSKI, L. *et al.* Cognitive performance and psychosocial functioning in patients with bipolar disorder, unaffected siblings, and healthy controls. **Braz J Psychiatry**, 38, n. 4, p. 275-280, Oct-Dec 2016.

VELTHORST, E.; FETT, A. J.; REICHENBERG, A.; PERLMAN, G. *et al.* The 20-Year Longitudinal Trajectories of Social Functioning in Individuals With Psychotic Disorders. **Am J Psychiatry**, 174, n. 11, p. 1075-1085, Nov 1 2017.

WANG, L. Q.; CHIEN, W. T.; YIP, L. K.; KARATZIAS, T. A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention program for people with schizophrenia: 6-month follow-up. **Neuropsychiatr Dis Treat**, 12, p. 3097-3110, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of functioning, disability and health : ICF**. Geneva: 2001. 92 4 154542 9.

YALCIN-SIEDENTOPF, N.; HOERTNAGL, C. M.; BIEDERMANN, F.; BAUMGARTNER, S. *et al.* Facial affect recognition in symptomatically remitted patients with schizophrenia and bipolar disorder. **Schizophr Res**, 152, n. 2-3, p. 440-445, Feb 2014.

YANG, Z.; LEE, S. H.; ABDUL RASHID, N. A.; SEE, Y. M. *et al.* Predicting Real-World Functioning in Schizophrenia: The Relative Contributions of Neurocognition, Functional Capacity, and Negative Symptoms. **Front Psychiatry**, 12, p. 639536, 2021.

YOUNG, R. C.; BIGGS, J. T.; ZIEGLER, V. E.; MEYER, D. A. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. **Br J Psychiatry**, 133, p. 429-435, Nov 1978.

ZHANG, Y.; LONG, X.; MA, X.; HE, Q. *et al.* Psychometric properties of the Chinese version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. **J Affect Disord**, 238, p. 156-160, Oct 1 2018.

ZORTEA, K.; DA SILVA MAGALHAES, P. V.; ROSA, A. R.; DE LUCENA, D. F. *et al.* Concurrent Validity and Reliability of the Brazilian Version of the Functioning Assessment Short Test in Patients with Schizophrenia. **Value Health Reg Issues**, 1, n. 2, p. 244-247, Dec 2012.