

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

MARIANA BARBOZA FERREIRA

**FUNCIONAMENTO COGNITIVO DE INDIVÍDUOS EM PRIMEIRO EPISÓDIO
PSICÓTICO: UM ESTUDO DESCRITIVO ENTRE GRUPOS**

RECIFE, 2022

MARIANA BARBOZA FERREIRA

**FUNCIONAMENTO COGNITIVO DE INDIVÍDUOS EM PRIMEIRO EPISÓDIO
PSICÓTICO: UM ESTUDO DESCRITIVO ENTRE GRUPOS**

Artigo científico elaborado segundo as normas da Revista Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, como exigência final para obtenção do grau de Terapeuta Ocupacional, pelo Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Prof. Dra. Marina Araújo Rosas

Coorientadora: Ma. Naianna Mocelin Ribeiro dos Santos

RECIFE, 2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado forças nos momentos que mais precisei e por ter conseguido seguir em frente apesar dos obstáculos encontrados. Mas esse TCC vai ser dedicado, especialmente a três pessoas: José Paes Barboza, Maria José Coelho Ferreira e Solange Paes Barboza. Meus avós que não estão mais aqui no plano terrestre para ver isto acontecer e minha tia, meu sol, que me viu acontecer. Os três sempre priorizaram a educação acima de quase tudo, só não acima do amor que não falharam em me ensinar sobre ele. Espero que de onde estejam se orgulhem de mim e da profissional que me tornarei.

À minha avó, Liu, que me ensinou o que é ser uma mulher forte e de nunca abaixar minha cabeça para os problemas da vida. Vó você me ensinou a ser grande!

Agradeço também, a meus pais por terem percorrido esse imenso caminho, desde a escola até aqui, sempre acreditando em mim e apostando no meu melhor.

À Marina Rosas, minha orientadora, que por sorte entrou na minha vida, pelo suporte e pelos conselhos para além de uma professora, mas também de uma amiga. Obrigada por não ter desistido de mim!

À todos que compõem o Departamento de Terapia Ocupacional da UFPE, por todo aprendizado, carinho, reciprocidade e acolhimento que encontrei.

Aos meus sobrinhos, Sofia, Artur e Bento, que me ensinaram o que é resiliência e foram meu ponto de luz em meio a escuridão.

Aos meus padrinhos, Valderson e Jacilda, que sempre torceram por mim.

Aos meus amigos, que me sinto sendo injusta citando alguns quando todos fizeram parte da minha história, agradeço aos que me apoiaram e estiveram por mim, aguentando meus choros e surtos.

E por último, mas não menos importante, assim como fez Anitta no Rock in Rio: Agradeço a mim mesma! Que com o apoio de todas as pessoas citadas acima, consegui ter forças, lutar e vencer uma depressão.

Obrigada a todos que passaram no caminho, com certeza vocês foram indispensáveis para chegar aonde cheguei

FUNCIONAMENTO COGNITIVO DE INDIVÍDUOS EM PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO: UM ESTUDO DESCRITIVO ENTRE GRUPOS

Cognitive functioning of individuals in the first psychotic episode: a descriptive e study between groups

RESUMO

A psicose, como sintomatologia, se caracteriza como uma síndrome que propicia à pessoa experiências de alucinações, delírios, desorganização marcante do pensamento e/ou comportamento ou comportamentos catatônicos. O estágio inicial da psicose é nomeado como Primeiro Episódio Psicótico (PEP), no qual são demonstrados os primeiros sintomas psicóticos. Há estudos que indicam que as alterações cognitivas, já se apresentam na fase inicial dos sintomas psicóticos e que perduram ao longo do tempo. Na literatura é bem evidenciada a necessidade de identificação e tratamento precoce direcionado. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é de apresentar o funcionamento dos aspectos cognitivos de pacientes em primeiro episódio psicótico e compará-los a um grupo controle. Portanto, este estudo, de cunho descritivo, transversal, com a abordagem de dados quantitativos, foi executado um rastreio cognitivo através do *Addenbrooke's Cognitive Examination - Versão Revisada (ACE-R)*. Foram realizadas ações em um hospital universitário de Pernambuco com dois grupos: um grupo controle e um grupo de PEP. Logo após, os dados coletados foram analisados, através dos programas *Statistica for Windows* e *Kruskal Wallis*. De acordo com os resultados encontrados na presente pesquisa, constatou-se que, no grupo GPEP, houve uma predominância participação de homens, com faixa etária entre 18 e 24 anos e de baixa escolaridade. No presente estudo foi encontrado, após uma análise dos resultados do ACE-R, uma média aproximada de 91 pontos pelo GC e 79,5 pontos no GPEP, que evidenciou uma diminuição do funcionamento cognitivo do GPEP. Diante dos resultados obtidos é possível constatar que há um déficit em algumas habilidades cognitivas no PEP quando comparados a um grupo controle, principalmente na fluência verbal, habilidade visual e no reconhecimento e recordação.

ABSTRACT

Psychosis, as a symptomatology, is characterized as a syndrome that gives the person experiences of hallucinations, delusions, marked disorganization of thought and/or behavior, or catatonic behavior. The initial stage of psychosis is named the First Psychotic Episode (PEP), in which the first psychotic symptoms are demonstrated. There are studies that indicate that cognitive alterations are already present in the initial phase of psychotic symptoms and that they persist over time. The need for early identification and targeted treatment is well evidenced in the literature. Thus, the objective of this work is to present the functioning of the cognitive aspects of patients in their first psychotic episode and compare them to a control group. Therefore, this study, of descriptive, transversal nature, with a quantitative data approach, a cognitive screening was performed using *Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised Version (ACE-R)*. Actions were carried out in a university

hospital in Pernambuco with two groups: a control group and a PEP group. Afterwards, the data collected was analyzed using the Statistica for Windows and Kruskal Wallis programs. According to the results found in the present research, it was verified that in the GPEP group there was a predominance of males, aged between 18 and 24 years, and of low education. In the present study, after an analysis of the ACE-R results, an average of approximately 91 points was found for the CG and 79.5 points for the GPEP, which showed a decrease in cognitive functioning in the GPEP. In view of the results obtained, it is possible to see that there is a deficit in some cognitive skills in the PEP when compared to a control group, especially in verbal fluency, visual ability, and recognition and recall.

INTRODUÇÃO

A psicose, como sintomatologia, se caracteriza como uma síndrome que propicia à pessoa experiências de alucinações, delírios, desorganização marcante do pensamento e/ou comportamento ou comportamentos catatônicos. Também, observa-se com frequência, de acordo com a intensidade, a sensação de perseguição e/ou ameaças por parte de pessoas ou forças estranhas, tal qual mudanças na vida pessoal, familiar e social (DALGALARRONDO, 2019).

Enquanto significado, não existe um consenso entre abordagens e autores para o termo psicose, por isso este estudo optou por utilizar a referência dos autores da Orientação Psicodinâmica, na qual a definição consiste em enfatizar a perda, uma distorção significativa e/ou modificação na relação do contato do sujeito com a realidade. Além disso, o ego que tem como encargo avaliar e julgar o mundo externo de forma objetiva, na psicose tem sua função altamente e gravemente prejudicada (DALGALARRONDO, 2019). A definição de uma pessoa com sintomas psicóticos é historicamente associada à sua funcionalidade, de tal maneira que um transtorno mental como a psicose resulta em prejuízos nas atividades do cotidiano, conseqüentemente nas ocupações que são realizadas (GOUVEA *et al.* 2014; DELBEM *et al.*, 2010).

O estágio inicial da psicose é nomeado como Primeiro Episódio Psicótico (PEP), no qual são demonstrados os primeiros sintomas psicóticos. Vale ressaltar, a importância do reconhecimento e intervenções precoces pois possibilitam a utilização de medidas de prevenção para eventuais perdas ou complicações relacionadas a

doença, medidas estas como a conduta medicamentosa e intervenções psicossociais (GOUVEA *et al.* 2014; DEL-BEM *et al.*, 2010).

O PEP se refere as fases iniciais dos aspectos clínicos da psicose e é considerado desde o surgimento dos sintomas atenuados e toda sua evolução até os sinais e sintomas psicóticos. O seu tempo de duração e as manifestações psicopatológicas variam consideravelmente entre os pacientes. Normalmente, o PEP possui uma fase inicial com sintomas não específicos, chamado de fase prodrômica, sendo possível observar dificuldades na atenção, concentração, ansiedade, isolamento social, insônia e irritabilidade, que duram em média entre dois e cinco anos. Há o aparecimento de sintomas cognitivos, que faz parte do que é conhecido como *ultra right risk* quando associados a sintomas funcionais e sociais, que alertam para a evolução para uma psicose franca (SILVA, 2018).

O processo psicótico advém de uma complexa apresentação e interações de fatores e que possuem uma etiologia ainda desconhecida, mas é reconhecido a carga genética como grande influência sob o PEP (CHAVES, 2007; SILVA 2018). Segundo a *American Psychiatric Association* (APA, 2006), geralmente o início do processo psicótico acontece entre o final da adolescência até os trinta anos de idade. Há casos que possuem início precocemente, mas são raros. Também, há uma relação de gênero, prevalecendo em homens com rendimento escolar inferior ao das mulheres, sintomas negativos, danos cognitivos mais ressaltados e a adaptação pré-mórbida prejudicada (APA, 2014)

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 5 (DSM-5), os sintomas e sinais psicóticos se manifestam no sujeito de forma gradativa e lenta, porém há casos, que mesmo que minoritários existem, são os que surgem de forma abrupta. A metade dos indivíduos tem como queixa sintomas depressivos. É comum o prejuízo e alterações na cognição que estão existentes durante o desenvolver dos sintomas e com seu aparecimento anterior ao PEP, assumindo detrimientos estáveis na vida adulta. Também, os prejuízos cognitivos podem estar presentes mesmo quando outros sintomas estão em remissão, o que contribui significativamente para a incapacidade do sujeito em relação a doença.

A cognição é um sistema que participa do planejamento das ações e comportamentos com um objetivo, se compõe de partes relacionadas entre si para

permitir a organização e utilização dos conhecimentos para o funcionamento do indivíduo no ambiente. Quando uma informação nova chega ao cérebro, o sistema cognitivo recupera informações antigas para interpretar a nova, para logo após organizar e classificar para haver uma resposta eferente que pode consistir em uma ação, uma tomada de decisão ou armazenamento para futura utilização (GRIEVE, 2006).

Desta forma, a cognição está diretamente relacionada ao modo de como o indivíduo adquire, armazena e utiliza as informações recebidas pelo ambiente, que envolve inúmeros processamentos mentais como a memória, percepção, raciocínio, linguagem e resolução de problemas. Estas habilidades, proporciona a discriminação de objetos, identificação e classificação dos conceitos, levantamento de problemas, aplicação de regras e a resolução de problemas. Além disso, viabiliza a construção e a estruturação dos processos mentais (RAMOS, 2014).

Segundo Santos (2021), há estudos que indicam que as alterações cognitivas, principalmente a atenção, memória e a resolução de problemas já se apresentam na fase inicial dos sintomas psicóticos e que perduram ao longo do tempo. Ao comparar as pessoas em PEP e as com esquizofrenia em estágio avançado, também foi encontrado alterações no funcionamento cognitivo que aparenta se desenvolver durante a extensão do quadro clínico.

A *International Early Psychosis Association Writing Group* (2005), produziu um *Guideline* internacional acerca às intervenções no PEP, que devem ser rápidas, entretanto, para isso ocorrer, há uma necessidade de conhecimento dos sinais menores da crise por familiares, serviços de fácil acesso, a exclusão da possibilidade de doenças físicas, manejo terapêutico e medicamentoso de acordo com demanda. Além de mencionar também, sobre a importância da equipe multidisciplinar, com abordagem ampla e avaliação com a utilização de instrumentos padronizados.

Atualmente, há vários instrumentos para a avaliação da cognição, alguns destes mais utilizados, como o por exemplo, Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Montreal Cognitive Assessment (MOCA), a Bateria Breve de Rastreio Cognitivo, os Testes de Fluência Verbal e o Teste do Desenho do Relógio (TDR). Como também, a Avaliação Breve das Funções Executivas (ADEMEC), o Questionário de Atividade Funcional (Pfeffer) e o Inventário Comportamental Frontal (FBI). Além destes citados

anteriormente, existe o *Addenbrooke's Cognitive Examination - Versão Revisada* (ACE-R), que foi o instrumento aplicado no presente estudo.

Na literatura é bem evidenciada a necessidade de identificação e tratamento precoce. Quanto maior o tempo de psicose não tratada mais difícil o prognóstico e maior probabilidade de déficits funcionais e sociais. O atraso do tratamento da psicose pode ser somado a outros fatores como o mau funcionamento pré-mórbido, sintomas negativos com maior gravidade e menor idade para a fase inicial da doença, o que as chances de resistência ao tratamento o que é relacionado diretamente a menor qualidade de vida e a incapacidade funcional (CHAVES, 2007; SANTOS, 2021).

As equipes multidisciplinares na saúde mental e que podem atuar no tratamento do PEP, assim como em ambulatórios multiprofissionais para saúde mental, geralmente, são formadas por psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacionais, psiquiatras, técnicos de enfermagem e enfermeiros (BRASIL, 2005; SOUZA, 2018).

A Terapia Ocupacional é uma profissão, que tem como principal objetivo melhorar ou possibilitar a participação da pessoa em suas atividades de vida diária, participação em papéis ocupacionais, hábitos, rotinas e cotidianos em diversos ambientes como o residencial, escolar, comunitário, laboral, entre outros. Dessa forma, pode ser compreendida como uma profissão que o principal objeto de estudo é o sujeito e seu engajamento nas ocupações que constituem a vida cotidiana (AOTA, 2015).

Nesse sentido, o terapeuta ocupacional voltará suas intervenções para como as ocupações são realizadas nos vários contextos que o indivíduo perpassa, para que haja a execução delas no seu dia a dia e que sejam significativas para a pessoa. Assim, a Terapia Ocupacional promove a otimização do desempenho ocupacional, focando nas barreiras que podem estar impedindo a execução dos papéis ocupacionais de forma satisfatória. Dentre os agentes limitadores da funcionalidade estão os déficits cognitivos, presentes nos indivíduos em PEP (AOTA, 2015; SANTOS, 2021).

Sendo assim, a identificação das alterações cognitivas dos indivíduos em PEP é necessária para iniciar a intervenção precocemente e evitar déficits maiores, já que o mesmo impacta diretamente no desempenho dos papéis ocupacionais do indivíduo.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é de apresentar o funcionamento dos aspectos cognitivos de pacientes em primeiro episódio psicótico e compará-los a um grupo controle.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com a abordagem de dados quantitativos. Marconi e Lacatos (2010) caracterizaram a pesquisa quantitativa com foco em modelos estatísticos para explicar os dados colhidos no decorrer da coleta.

Os dados utilizados neste estudo são secundários de um projeto maior, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com CAAE 23665419.5.0000.8807, que estão armazenados no armário do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) e na nuvem, no Drive, coletados entre o período de novembro de 2020 a março de 2021. Salienta-se que, para o uso de tais dados, a presente pesquisa foi autorizada pelo CEP, com número do parecer 5.289.458 e CAAE 55659522.1.0000.5208.

As ações foram desenvolvidas no ambulatório do Primeiro Episódio Psicótico (PEP). Os integrantes do Grupo experimental (GPEP) foram recrutados através do ambulatório do PEP, que ocorre nas terças à tarde, no segundo andar do prédio dos ambulatórios de um hospital universitário de Pernambuco. Para o presente estudo, a amostragem foi a mesma da pesquisa principal, citada anteriormente.

Os critérios de inclusão para o GPEP foram: ter diagnóstico descrito no prontuário de acordo com o CID 10 – Transtorno Psicótico Agudo Polimorfo - F23 -; Esquizofrenia (com menos de 1 ano) - F20 -; Mania com Sintomas Psicóticos (com menos de 1 ano) - F30.2-; Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos (com menos de um ano) - F32.3-; Transtorno delirante (com menos de 1 ano) - F22; Estar em tratamento no ambulatório do primeiro episódio psicótico de um hospital universitário de Pernambuco, com ou sem uso de medicação antipsicótica e ter acima de 18 anos. Enquanto os de exclusão foram de ter diagnóstico de primeiro episódio psicótico secundário a quadros demenciais e ter doenças neurológicas identificáveis.

Já para o Grupo Controle (GP) os critérios utilizados para incluir foi de não ter doença neuropsiquiátrica diagnosticada e ter acima de 18 anos. Para exclusão foi utilizado o critério de fazer uso de medicação neuropsiquiátrica.

Neste estudo foi executado um rastreio cognitivo através do ACE-R, que em sua validação no Brasil teve o objetivo originalmente para fases iniciais de demências

como Alzheimer e doenças associadas ao Parkinson. Que apesar de já haver instrumentos para estas doenças, foi percebido que não havia um que conseguisse abarcar idade, escolaridade e as variáveis da população brasileira. Desta forma, o *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE) foi validado pois em conjunto com o MEEM, consegue se adaptar melhor a realidade brasileira (CARVALHO, 2007).

Logo após, foi apresentada por Miosh et al (2006) uma versão do instrumento revisada, chamado de ACE-R, onde foi reformulada a estrutura, conteúdo e sequência das tarefas com o intuito de facilitar o seu uso. A reformulação permitiu-se adaptações, utilização em outras culturas e para facilitar as futuras traduções. Além disso, a versão revisada aumentou a sensibilidade do instrumento. O que anteriormente havia 5 domínios: atenção, orientação, memória, fluência verbal e linguagem, em sua versão revisada foi acrescentado mais um domínio: a habilidade visuo-espacial. Desse modo, para cada domínio há uma pontuação que são computadas e podem ser calculadas de forma isolada e a sua soma de todos estes domínios são de 100 pontos, sendo que destes 100, 30 provém do MEEM. (TAVARES JUNIOR, 2020; SANTOS, 2021).

O ACE-R consiste em uma bateria de rastreio breve da cognição, que testa seis domínios, onde a pontuação máxima é 100 distribuída em: orientação (10), atenção (8), memória (35), fluência verbal (14), linguagem (28) e habilidade visual-espacial (5) (CARVALHO, 2009)

A análise estatística foi realizada através do cálculo de frequências, médias, medianas e desvio padrão, de cada variável estudada utilizando os dados coletados que foram organizados em planilhas de acordo com o grupo de cada participante (GC e GPEP). O programa utilizado para as comparações entre grupos foi o *Statistica for Windows* e para análise dos dados do ACE-R foi realizado o teste não paramétrico *Kruskal Wallis*, para comparação de grupos independentes.

RESULTADOS

Após a seleção dos grupos, segundo os critérios de inclusão e exclusão, o Grupo Controle (GC) obteve uma composição de 14 participantes, nos quais 92,86% eram do sexo masculino e 7,14% do feminino. A faixa etária variou entre 18 a 47 anos (média de 27,86), sendo composto de 50% de jovens adultos (18 a 24 anos) e os outros 50% de adultos (25 a 59 anos). Quanto à escolaridade, variou entre 4,5 anos (fundamental incompleto) e 14 anos de estudo (superior incompleto), com média de

11,71 anos de tempo formal educacional e a predominância de pessoas com o ensino médio completo. Os dados do GC podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos do Grupo Controle

FATOR AVALIADO – GC	N	%
Sexo		
Masculino	13	92,86
Feminino	1	7,14
Idade		
Jovem Adulto (18 a 24)	7	50
Adulto (25 a 59)	7	50
Escolaridade		
Ens. Fundamental incompleto (4,5 anos)	1	7,14
Ens. Fundamental completo (9 anos)	1	7,14
Ens. Médio incompleto (10,5 anos)	1	7,14
Ens. Médio completo (12 anos)	7	50
Superior incompleto (14 anos)	4	28,58

Legenda: N, número de indivíduos; %, valor percentual.

O Grupo Experimental (GPEP), caracterizado por pessoas com o diagnóstico de doenças neuropsiquiátricas, contou com 14 participantes, destes 13 eram homens (92,86%) e uma mulher (7,14%). A média de idade foi de 25,57, com o mínimo de 18 e máximo de 47 anos. O tempo de escolaridade variou de ensino fundamental incompleto a ensino superior incompleto, com 4,5 anos e 14 anos de tempo de estudos respectivamente. A média do tempo de escolaridade do grupo ficou de 10,39 anos, com a predominância de pessoas com ensino superior incompleto (28,57%). Os dados do GPEP podem ser observados na tabela 2.

Foi aplicado o ACE-R com ambos os grupos citados acima, e os resultados de cada domínio do instrumento está apresentado na tabela 3.

Tabela 2. Dados sociodemográficos do Grupo Experimental

FATOR AVALIADO – GPEP	N	%
Sexo		
Masculino	13	92,86
Feminino	1	7,14
Idade		
Jovem Adulto (18 a 24)	9	64,28
Adulto (25 a 59)	5	35,72
Escolaridade		
Ens. Fundamental incompleto (4,5 anos)	2	14,28
Ens. Fundamental completo (9 anos)	4	28,57
Ens. Médio incompleto (10,5 anos)	1	7,14
Ens. Médio completo (12 anos)	4	28,57
Superior incompleto (14 anos)	3	21,42

Legenda: N, número de indivíduos; %, valor percentual.

Quanto ao componente "orientação", cuja pontuação máxima é dez, ambos os grupos apresentaram valores considerados bons, com média de 9,07 do GPEP e 9,93 para o GC. Salienta-se que apenas uma pessoa obteve 9 pontos no GC (as demais com pontuação máxima) e, no GPEP, duas pessoas pontuaram 7, três 8 e uma 9.

Já no "registro" o GPEP apresentou média de 2,92, com apenas uma pessoa pontuando 2. Enquanto no GC todos os participantes obtiveram pontuação máxima, de 3 pontos. Na "atenção", de um total de cinco, o GPEP obteve média 3,71 com sete pessoas pontuando menos que o máximo, enquanto o GC com média 4,07.

A memória foi dividida em três campos: "memória recordação" com escore máximo de 3, "memória anterógrada" com máximo de 7 e "memória retrógrada" máximo de 4. Na "memória recordação", no GPEP, a média grupal foi de 2,14, já GC teve média de pontuação de 2,28. Na "memória anterógrada" o GPEP possuiu 6, enquanto o GC obteve 6,85 de média. A média grupal do GPEP foi de 2,71 a "memória retrógrada", já no GC foi de 2,42.

Em relação ao componente "fluência verbal", o GPEP obteve média de 9,85 e o GC média 11,78. Assim como a memória, a linguagem foi dividida em linguagem de compreensão, de escrita, de repetição, de nomeação, de compreensão e de leitura. O GPEP as médias (comparadas com as pontuações máximas de cada componente) foram, respectivamente de: 3,78, de quatro, 0,78 de um, 3,5 de quatro, 11,64 de doze, 3,5 de quatro e 0,92 de um. Já o GC, obteve como média os escores máximos na linguagem de compreensão, de escrita e de leitura. Na linguagem de repetição a média foi de 3,92 de quatro com apenas uma pessoa pontuando 3, na de nomeação uma pessoa pontuou 10 obtendo assim 11,85 e em compreensão foi 3,71 de quatro.

Em "habilidades visuais – espaciais" o GPEP obteve pontuação de 4,42 e o GC 6,42 de oito. Já nas "habilidades perceptivas", que a pontuação máxima é de oito, o GPEP teve como média 7,57 enquanto o GC foi de 8.

Na "recordação e reconhecimento", o GPEP teve média de 7,57 de doze com nenhuma das pessoas pontuando 12. No GC, a média foi de 10,5 com apenas cinco pessoas não pontuando o máximo.

Quanto ao score total, no GPEP o mínimo pontuado foi 55 e o máximo 96 sendo assim, a média ficou de 79,42. No GC o mínimo foi de 77 e o máximo 99, com média de 90,78.

Destaca-se que dentre os domínios avaliados, o GC atingiu escore máximo nas médias do registro, fluência verbal, habilidades perceptivas e linguagens compreensão, escrita e leitura. Já o GPEP não obteve média máxima em nenhum item em separado. Para além desta informação, o GC obteve médias maiores em todos os domínios, em comparação com o GPEP, com exceção da memória retrógrada, que o GPEP pontou melhor que o GC.

Em termos percentuais, os domínios que obtiveram maior diferença entre as médias do GC e GPEP foram: fluência verbal, com 13,78%, recordação e reconhecimento, com 24,41% e habilidades visuo-espaciais, com 25%. Em relação a média do ACE-R, a diferença entre as médias foi de 11,36%.

Tabela 3. Resultados ACE-R do GPEP e GC

		ORI	REG	ATEN	MEM REC	MEM ANT	MEM RET	FLU	LIG C	LIG E	LIG R	LIG N	LIG C	LIG L	HAB VISUESP	HAB PERC	REC REC	SCORE
GPEP	MÉD	9,07	2,92	3,71	2,12	6	2,71	9,85	3,78	0,78	3,5	11,64	3,5	0,92	4,42	7,57	6,85	79,43
	MÍN	7	2	1	0	3	1	2	3	0	2	6	0	0	1	4	1	55
	MÁXIMO	10	3	5	3	7	4	14	4	1	4	12	4	1	8	8	11	96
GC	MÉDIA	9,92	3	4,07	2,28	6,85	2,42	11,78	4	1	3,92	11,85	3,71	1	6,42	8	10,5	90,78
	MÍNIMO	9	3	1	1	5	1	6	4	1	3	10	2	1	0	8	7	77
	MÁXIMO	10	3	5	3	7	4	14	4	1	4	12	4	1	8	8	12	99

Legenda: ORI – orientação; REG – registro; ATEN – atenção e concentração; MEM REC – memória recordação; MEM ANT – memória anterógrada; MEM RET – memória retrógrada; FLU – fluência verbal; LIG C – linguagem compreensão; LIC E – linguagem escrita; LIG R – linguagem repetição; LIG N – linguagem nomeação; LIG C – linguagem compreensão; LIG L – linguagem leitura; HAB VISUESP – habilidades visuais – espaciais; HAB PERC – habilidade perceptivas; REC REC – recordação e reconhecimento.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados encontrados na presente pesquisa, constatou-se que, no grupo GPEP, houve uma predominância participação de homens, com faixa etária entre 18 e 24 anos. Esse dado está em conformidade com um estudo, realizado em cinco países europeus e no Brasil, que apontou homens jovens, de minoria étnicas e moradores das áreas com indicadores socioeconômicos baixos tem a maior propensão em desenvolver o PEP. Tal pesquisa ainda ressaltou que a maior incidência de PEP ocorre em pessoas do sexo masculino, com idade de 18 a 24 anos quando comparado com pessoas do sexo feminino, de mesma faixa etária. Entretanto, aproximadamente aos 35 anos em diante, a ocorrência equipara-se em ambos os sexos. Em mulheres a incidência se torna maior de PEP entre 45 e 54 anos (JONGSMA et al., 2018; SANTOS, 2021).

Há estudos que apontam as diversas diferenças no curso do PEP entre os sexos, para o sexo masculino inicia-se de um modo geral mais cedo do que em mulheres. Nos homens, também se observa um maior comprometimento cognitivo e pior prognóstico quando comparado às mulheres. Há uma hipótese etiológica sobre isto, sendo a diferença entre os sexos, a velocidade do crescimento intrauterino, visto que a mulher tem uma evolução mais rápida do que o homem (TENGGAN; MAIA, 2004; CHAVES, 2000).

A análise da escolaridade possibilitou a constatação de um baixo nível de anos de estudo no GPEP, visto que somente 21,42% ingressou no ensino superior. A baixa escolaridade desse público pode estar relacionada ao curso do PEP. Em conjunto com isso, a necessidade de admissão em um serviço psiquiátrico pode afastar o indivíduo de sua tarefa laboral e escolar, devido, também, a déficits na funcionalidade, afetando o prognóstico no decorrer do tratamento (KAHEY FONSECA, DE ARAÚJO, GODOY, & BOTTIKAHEY, 2016).

Vale ressaltar que as características de idade, gênero e escolaridade do GC foram semelhantes ao do GPEP devido à natureza do estudo primário, ou seja, para o tipo de estudo comparativo que foi realizado anteriormente são necessárias estas semelhanças sociodemográficas e econômicas (GARCIA; LUNARDI, 2020)

O uso do ACE-R para avaliar o funcionamento cognitivo do GPEP e GC auxiliou na detecção de diferenças entre as médias entre os grupos, com maiores pontuações do GC, indicando declínio cognitivo do GPEP. As alterações cognitivas no PEP já foram mencionadas por Santos (2021). Em seguida, serão discutidos os resultados de cada domínio avaliado pelo ACE-R nos dois grupos, com ênfase no GPEP.

A orientação é dita como a capacidade de se situar de acordo consigo e com o ambiente e as alterações nesse domínio cognitivo podem causar perturbações da consciência, da percepção, da memória e de toda a cognição (DALGALARRONDO, 2019). A orientação temporal compõe-se pela habilidade da pessoa em se situar em função da ocorrência e sucessão de acontecimentos, da duração de intervalos, ritmo e cadência da renovação cíclica dos períodos. Já a orientação espacial está ligada ao movimentar-se e coordenar o corpo (DE CAMPOS, 2017). Os dois grupos avaliaram bem neste quesito, com média de pontuação acima de 9 de um total de 10, evidenciando que os pesquisados estavam orientados temporal e espacialmente.

A orientação temporal, é um marcador precoce e de grande especificidade para déficits cognitivos. Também, é menos dependente do nível educacional do que outras tarefas, como por exemplo a atenção e o cálculo; orientação espacial, linguagem e desenho. Fornecendo assim, uma pontuação estável em relação a escolaridade (XAVIER, et al., 2010).

O segundo domínio avaliado foi registro é uma habilidade que se refere a manipulação de características e contextos de uma informação que é aprendida, para em seguida examinar a recordação (GRIEVE, 2006). Nesta habilidade também não houve déficits apresentados pelos grupos estudados. Vale ressaltar, o não aparecimento de alterações nesta habilidade para o GPEP, que pode acarretar melhor possibilidade de uma informação aprendida ser posteriormente recuperada (GRIEVE, 2006)

Já o terceiro domínio, a atenção, pode ser definida como um conjunto de processos que busca priorizar ou selecionar o processamento de categorias de informações (HELENE; XAVIER, 2003). Nesta habilidade, ambos os grupos

pontuaram bem abaixo do score total de 6, com médias 3,71 e 4,07 para o GPEP e GC respectivamente.

A memória, quarto domínio, consiste na capacidade de codificar, armazenar e evocar as experiências, impressões e fatos que ocorreram durante a vida, em resumo é a habilidade de guardar os acontecimentos na mente e recuperá-los em algum momento futuro (DALGALARRONDO, 2019; GRIEVE,2006). A memória anterógrada se refere a memória de curta duração, aproximadamente de quatro a seis horas. Enquanto isso, a memória retrograda é a responsável pelos armazenamentos de longa duração. (DE ANDRADE; CHEMIM, 2017; BAQUÉS; SÁIZ; SÁIZ, 2003). Os três tipos de memória apresentado no exame de rastreio cognitivo, os grupos apresentaram resultados parecidos e perto do score máximo.

Na execução de Atividades de Vida Diária (AVD), as pessoas por muitas vezes precisam realizar mais de uma tarefa ao mesmo tempo. Também conhecido como desempenho simultâneo, a tarefa dupla se baseia em realizar uma tarefa principal que é o foco da atenção e uma secundária executada ao mesmo tempo. Neste caso, é necessário a atenção e a memória para efetuação das AVD's (FELIPPE, 2013).

O quinto domínio intitulado fluência verbal tem o seu teste que consegue fornecer informações sobre a capacidade de armazenamento da memória semântica, da recuperação da informação guardada na memória e do processamento das funções executivas, principalmente, as que provem através da habilidade de organização do pensamento e as estratégias usadas na procura de palavras (RODRIGUES; YAMASHITA; CHIAPPETTA, 2008). No caso do ACE-R aplicado em ambos os grupos, houve uma disparidade, onde o GPEP apresentou um certo déficit nesta habilidade. Déficits na fluência verbal podem ocasionar, geralmente, prejuízos na fala, leitura e escrita, impactando assim a vida cotidiana acadêmica e a interação social (SILVEIRA, et al.,2009)

A linguagem, sexto domínio, é um importante instrumento, sendo o principal, de comunicação da pessoa, além de ser imprescindível na elaboração e na expressão dos pensamentos e emoções (DALGALARRONDO, 2019). A forma no qual é proferida pode variar, no caso do instrumento é avaliada quanto

a escrita, a compreensão, a nomeação e a leitura. No que foi avaliado, os dois grupos pontuaram de maneira semelhante, indicando, que para esse domínio ambos os grupos demonstraram habilidades preservadas na linguagem, que favorece, dentre outras áreas, o desempenho ocupacional adequado nas atividades de trabalho e estudo.

O sétimo domínio avaliado, a habilidade visual – espacial ou habilidade visuoespacial se refere a um tipo de processamento geral com capacidade de produzir, registrar, lembrar e transformar imagens e sensações visuais. Ela é testada a partir de tarefas que envolvam a percepção e transformação de figuras, de formas e imagens visuais, assim como por tarefas que envolvam a manutenção e orientação espacial relativa a objetos que se movem no espaço (GOMES; BORGES, 2009). No que se é posto através da avaliação entre grupos, esta capacidade encontra-se alterada para o GPEP, indicando prejuízos nela.

A habilidade viso espacial tem um papel na aquisição do conhecimento semântico no que se refere a aparência dos objetos e a maneira de usá-los. Também, evidencia sua importância no momento de compreender sistemas complexos, como máquinas, assim como para a orientação espacial e o conhecimento geográfico. Além disso, é indispensável as habilidades acadêmicas, como a leitura e escrita (GERMANO, et al., 2013; MOURÃO JUNIOR; MELO, 2011).

A última habilidade é o reconhecimento e a recordação, o reconhecimento é um processo primário, uma vez que é muito próximo da percepção, podendo ser visto em crianças com poucos dias de vida. Já a recordação, envolve a representação mental e é necessária capacidade cognitiva mais desenvolvida (VAQUINHAS, 2008). Neste domínio, o GPEP pontuou 6,85 enquanto o GC pontuou 10,5, evidenciando danos cognitivos ao GPEP se comparado ao GC.

Tal discrepância entre os escores dos grupos pode ser associada ao fato de que o desempenho no reconhecimento e recordação pode ser afetado pela emoção (PERGHER et al., 2006) e as habilidades emocionais costumam estar alteradas nos estados psicóticos, com alta reatividade emocional que intensificam e evidenciam a sintomatologia (RIBEIRO, 2012)

No presente estudo foi encontrado, após uma análise dos resultados do ACE-R, uma média aproximada de 91 pontos pelo GC e 79,5 pontos no GPEP, que evidenciou uma diminuição do funcionamento cognitivo do GPEP. Segundo Hoff e Kremen (2003), explanam que as alterações cognitivas, principalmente a atenção, memória declarativa e resolução de problemas, possuem evolução já no início dos sintomas do PEP e permanecem ao longo do tempo.

Entendendo que os déficits cognitivos estão presentes na fase prodrômica do PEP e que tais alterações podem passar despercebidas ou com interpretações diferentes pelos profissionais, evidencia-se a necessidade em aprofundar os estudos das habilidades cognitivas e o comportamento de cada uma nos indivíduos em PEP (DE OLIVEIRA, 2019).

Sendo assim, salienta-se a urgência e relevância em melhorar as pesquisas com este público para que a prevenção e os devidos cuidados se iniciem o mais breve possível (SANTOS, 2021).

CONCLUSÃO

Os dados sociodemográficos encontrados neste estudo foram coerentes com o que é apresentado na literatura, sendo estes em sua predominância no PEP, homens jovens e de baixa escolaridade.

Diante dos resultados obtidos após a aplicação do ACE-R é possível constatar que há déficit nas habilidades cognitivas no PEP quando comparados a um grupo controle. Diante disto, é possível observar o aparecimento desses déficits quando comparados no score geral do teste e em habilidade específicas, como na fluência verbal, habilidade visual - espacial e no reconhecimento e recordação.

Dessa forma, é evidenciado como tais déficits cognitivos impactam no cotidiano de pessoas com PEP, podendo gerar comprometimentos. Então, é preciso que os profissionais da equipe do PEP, fiquem atentos tanto as primeiras alterações como ao tratamento para promover melhor prognósticos e menores déficits funcionais e cognitivos. Dentre os profissionais da equipe está o Terapeuta ocupacional, que tem um olhar centrado nas ocupações e no desempenho ocupacional dentro dos contextos que o indivíduo perpassa.

Vale ressaltar a importância de mais estudos na área para maior embasamento nas intervenções. Estudos estes com um maior número de pessoas, com a utilização de outros testes de rastreios cognitivos e em outras regiões do Brasil para haver uma maior amostra, para avaliar cada vez mais a cognição nas pessoas em PEP e avaliar se há possíveis diferenças em outros locais do país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Occupational Therapy Association A. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3a ed. traduzida. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo (Online)** [Internet]. 24abr.2015];26(esp):1-9. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496>. Acesso em 30 de agosto de 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **American psychiatric association**. 2006

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **American psychiatric association**. 2014

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **Artmed Editora**, 2014.

BAQUÉS, Josep; SÁIZ, Dolores; SÁIZ, Milagros. Medida de la memoria retrógrada a través de un cuestionario sobre recuerdo de personajes y sucesos del pasado. **Psicothema**, v. 15, n. 3, p. 401-406, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**, Brasília, 2005

BRIETZK et al. Intervenção Precoce em Psicose: Um Mapa das Iniciativas Clínicas e de Pesquisa na América Latina. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol 33, supl II, out 2011.

CARVALHO, V. A.. Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R): adaptação transcultural, dados normativos de idosos cognitivamente saudáveis e de aplicabilidade como instrumento de avaliação cognitiva breve para pacientes com doença de Al. Tese de Doutorado. **Universidade de São Paulo**. São Paulo, 2009.

CARVALHO, V.A.; CARAMELLI, P.. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's cognitive examination-revised (ACE-R). **Dementia & Neuropsychologia**, v. 1, p. 212-216, 2007.

CARVALHO, Viviane Amaral. **Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R): adaptação transcultural, dados normativos de idosos cognitivamente saudáveis e de aplicabilidade como instrumento de avaliação cognitiva breve para pacientes com doença de Al**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

- CHAVES, Ana C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 21-22, 2000
- COSTA, L. G. et al. Functioning in early and late stages of schizophrenia. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 36, n. 4, p. 209-213, 2014.
- CHAVES, A.C. Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento?. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 174-178, 2007.
- DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 3.ed. São Paulo: Artmed, 2019.
- DE ANDRADE CHEMIM, Evandro et al. AMNÉSIA GLOBAL TRANSITÓRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Thêma et Scientia**, v. 6, n. 1E, p. 28-59, 2017.
- DE CAMPOS, Sara Domiciano Franco et al. O brincar para o desenvolvimento do esquema corporal, orientação espacial e temporal: análise de uma intervenção/Play for the development of body schema and spatial and temporal orientation: analysis of an intervention. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 2, p. 275-285, 2017
- DEL-BEN, et al. Diagnóstico Diferencial do Primeiro Episódio Psicótico: Importância da Abordagem Otimizada nas Emergências Psiquiátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol 32, supl II, out 2010.
- FELIPPE, Lilian Assunção. Funções executivas, atividades de vida diária e habilidade motora de idosos com doenças neurodegenerativas. 2013.
- FERNANDO, K. et al. Standardisation of the Rey Complex Figure Test in New Zealand children and adolescents. **New Zealand Journal of Psychology**, v. 32, n. 1, p. 33, 2003.
- Figueiral, M.F.M. Literacia em saúde mental nos adolescentes do terceiro ciclo: um estudo no Agrupamento de Escolas de Vouzela e Campia. **(Dissertação de Mestrado)**. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2006.
- FREITAS-SILVA, L.R.; ORTEGA, F.J.G. A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. **Revista de Saúde Coletiva**, vol 24, 2014
- GARCIA, Isabel Fialho Fontenele; LUNARDI, Adriana Claudia. Estudos de caso-controle. **Manual de Pesquisa Clínica Aplicada à Saúde**, p. 163, 2020
- GERMANO, Giseli Donadon et al. Percepção viso-motora de escolares com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2013. p. 337-341.
- GOMES, Cristiano Mauro Assis; BORGES, Oto Neri. Propriedades psicométricas do conjunto de testes da habilidade visuo espacial. **Psico-USF**, v. 14, p. 19-34, 2009.
- GOUVEA et al. Primeiro Episódio Psicótico: Atendimento de Emergência. **Revista Debates em Psiquiatria**, Nov/Dez 2014

- GRIEVE, June. Percepção e Cognição nas atividades humanas. In: GRIEVE, June. *Neuropsicologia em Terapia Ocupacional: exame da percepção e cognição*. 2. ed. São Paulo: **Santos Editora**, 2006. Cap. 2. p. 13-21.
- HELENE, André Frazão; XAVIER, Gilberto Fernando. A construção da atenção a partir da memória. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 25, p. 12-20, 2003.
- HOFF, A. L.; KREMEN, W. S. Neuropsychology in schizophrenia: an update. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 16, n. 2, p. 149-155, 2003.
- JONGSMA, H. E. et al. Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. **JAMA psychiatry**, v. 75, n. 1, p. 36-46, 2018
- Kahey Fonseca, L. L., de Araújo, L. M. C., Godoy, E. D. F. M., & Botti, N. C. L. (2016). Características sociodemográficas e psiquiátricas de pacientes admitidos no centro de atenção psicossocial. *Revista Baiana de Enfermagem*30, (2).
- MIOSHI, E. et al. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. **International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences**, v. 21, n. 11, p. 1078-1085, 2006.
- MOURÃO JUNIOR, Carlos Alberto; MELO, Luciene Bandeira Rodrigues. Integração de três conceitos: função executiva, memória de trabalho e aprendizado. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, p. 309-314, 2011
- PERGHER, Giovanni Kuckartz et al. Memória, humor e emoção. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, p. 61-68, 2006.
- RAMOS, D. K.. Cognoteca: uma alternativa para o exercício de habilidades cognitivas, emocionais e sociais no contexto escolar. **Revista da FAEEDBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 23, n. 41, p. 63-75, jan./jun. 2014
- RIBEIRO, J. As emoções comandam a psicose?. **Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca**, v. 10, p. 37-56, 2012.
- RODRIGUES, Adriana Bonachela; YAMASHITA, Érica Tiemi; CHIAPPETTA, Ana Lúcia de Magalhães Leal. Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. **Revista Cefac**, v. 10, p. 443-451, 2008.
- SANTOS, N.R.M. Avaliação de alterações sensorio-perceptuais de pacientes em primeiro episódio psicótico, 2021, Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Mestrado), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2021;;
- SILVA, A. P. Apatia e Primeiro Episódio Psicótico. **Dissertação (Mestrado) - Curso de Neuropsicologia**, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2018
- SILVEIRA, Danielle Câmara et al. Avaliação da fluência verbal em crianças com transtorno da falta de atenção com hiperatividade: um estudo comparativo. **Revista CEFAC**, v. 11, p. 208-216, 2009.
- SOUZA, Tainá Batista de. A psicose e sua estabilização. 2018.

TAVARES JÚNIOR, J. W. L. Avaliação da acurácia da escala de Addenbrooke como instrumento de rastreio cognitivo de pacientes idosos com baixa escolaridade. **Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas**, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2020.

TENGAN, Sérgio K.; MAIA, Anne K. Psicoses funcionais na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 80, p. 3-10, 2004.

VAQUINHAS, Sara Henriques. **Recordar é saber: Formatos verbais e não-verbais e memorização**. 2008. Tese de Doutorado.

XAVIER, André Junqueira et al. Orientação temporal e funções executivas na predição de mortalidade entre idosos: estudo Epidoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 148-158, 2010.

NORMAS DA REVISTA

Será adotada a norma "ABNT" para apresentação dos artigos científicos, incluindo suas regras para referências bibliográficas. As normas ABNT estão disponíveis em <http://portal.bu.ufsc.br/normalizacao/>

Os manuscritos devem ser submetidos em arquivo formato "doc" ou "docx", letra Arial tamanho 12, espaçamento 1,5 entre linhas, com margens de 2,0 cm para todos os lados, páginas numeradas no canto inferior direito de cada página.

Página inicial do manuscrito

- Título centralizado no idioma original (Português, Espanhol, Francês ou Inglês), em negrito, em letras maiúsculas, tamanho 12. Deve ser sintético e conciso, retratando os aspectos mais relevantes do conteúdo do manuscrito;
- Versão do título em inglês centralizado, em itálico, letras maiúsculas e minúsculas, tamanho 11, imediatamente abaixo do título principal;
- RESUMO - em português, com no máximo 250 palavras, seguido de no máximo cinco palavras-chave;
- ABSTRACT - em inglês, com no máximo 250 palavras, seguido de no máximo cinco *keywords*.

OBSERVAÇÃO: A página inicial do manuscrito e as demais páginas NÃO devem conter informações de nomes e filiação do(s) autor(es). O arquivo enviado deve estar anônimo, para fins de avaliação pelos pareceristas da revista. Todas as informações de autoria (nome, filiação, e-mail, etc) devem ser cadastradas durante a submissão do manuscrito. Consulte o link "Submissão passo a passo" para informações.

Texto

- Em caso de Artigos baseados em pesquisas sugere-se estruturá-los em: "Introdução", "Objetivos", "Percurso Metodológico", "Resultados", "Discussão", "Limitações do Estudo", "Considerações Finais", "Referencias bibliográficas".
- Para as demais categorias de artigo, admite-se maior liberdade de variação de estrutura, respeitando-se o estilo de redação empregado pelos autores;
- Os itens principais da estrutura do manuscrito deverão ter seus títulos em letras maiúsculas e em negrito.
- Os sub-itens deverão ser destacados em negrito, com a primeira letra da palavra inicial maiúscula e o restante em letras minúsculas.

- A colaboração individual dos manuscritos com mais de um autor deve ser especificada já no processo de submissão, obedecendo às deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors*, disponíveis em www.icmje.org.
- São permitidos agradecimentos às instituições, agências de fomento e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não se enquadrem nos critérios de autoria referidos no item anterior.
- Os "Agradecimentos", se pertinentes, devem constar entre os itens "Considerações Finais" e "Referências Bibliográficas".
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – Seguem as normas de estilo ABNT. Acesse <http://portalbu.ufsc.br/normalizacao-de-trabalhos-2/>
- ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS E TABELAS – devem, a princípio, ser colocadas no corpo do texto, seguindo-se à sua citação. Aceita-se a colocação ao final do artigo, caso o autor assim prefira por motivo estilístico. Não há normas específicas para a configuração de ilustrações, gráficos e tabelas. Entretanto, solicita-se ao(s) autor(es) o cuidado quanto a qualidade gráfica destes elementos para garantir a legibilidade do texto.
- Apesar da estrutura básica adotada pela CBSM, será respeitado o estilo de redação de cada autor, desde que contemple essencialmente os itens anteriormente mencionados.
- Os manuscritos enviados devem ser redigidos obedecendo-se as normas gramaticais e ortográficas do idioma de origem (Português, Inglês, Espanhol ou Francês).