

Alterações de memória de curto prazo e funções executivas em pacientes com depressão

Juliana Laís Pinto Ferreira

Juliana Ramalho Fernandes

Roberta Maria de Melo Barbosa

José Humberto da Silva-Filho

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

RESUMO

O transtorno depressivo maior (TDM) é o transtorno do humor que atinge cerca de 5% da população mundial, caracterizado pelos sintomas: humor deprimido, baixo interesse em algumas atividades, hipersonia ou insônia, aumento ou perda de apetite e sentimento de culpa. Trata-se de um estudo transversal realizado entre Janeiro e Abril de 2016 que avaliou memória de curto prazo e funções executivas de pacientes com TDM em um hospital público em Recife, Pernambuco. Foram utilizadas uma entrevista semiestruturada para caracterizar o perfil sociodemográfico, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), mini exame do estado mental (MEEM), o Teste Pictórico de memória (TEPIC-M) e o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST). Foram encontradas alterações de memória de curto prazo, funções executivas e flexibilidade cognitiva, além de sintomas de depressão e ansiedade.

Palavras-chaves: Memória; Transtorno depressivo; Neuropsicologia; Cognição; Funções executivas.

ABSTRACT

Major depressive disorder (MDD) is a mood disorder that affects about 5% of world population, characterized by symptoms: depressed mood, low interest in some activities, hypersomnia or insomnia, increase or loss of appetite and feelings of guilt. This is a cross-sectional study conducted between January and April 2016 which evaluated short-term memory and executive functions of patients with MDD in a public hospital in Recife, Pernambuco. A semi-structured interview was used to characterize the sociodemographic profile, Hospital Anxiety and Depression scale (HAD), Mini-Mental State Examination (MMSE), The Memory Pictorial Test (TEPIC-M) and the Wisconsin Card Sorting Test (WCST). Some alterations in short term memory, executive functions and cognitive flexibility were found, in addition to symptoms of depression and anxiety.

Keywords: Memory; Depressive disorder; Neuropsychology; Cognition; Executive functions.

RESUMEN

El trastorno depresivo mayor (TDM) es un trastorno del estado de ánimo que afecta aproximadamente 5% de la población mundial, que se caracteriza por síntomas: estado de ánimo deprimido, poco interés en algunas actividades, hipersomnia, aumento o pérdida del apetito y sentimientos de culpa. Se trata de un estudio transversal realizado entre enero y abril de 2016, que evaluó la memoria y las funciones ejecutivas a corto plazo de los pacientes con (TDM) en un hospital público de Recife, Pernambuco. Fueron utilizados un entrevista para caracterizar el perfil sociodemográfico, Escala hospital de Ansiedad y depresión (HAD), Mini examen del estado mental (MEEM), Prueba pictórica de la memoria (TEPIC-M) y la prueba semiestructurada Wisconsin de clasificación de cartas (WCST). Encontraron alteraciones de memoria a corto plazo, funciones ejecutivas y flexibilidad cognitiva, allá de síntomas de depresión y ansiedad.

Palabras-llaves: memoria; Trastorno depresivo; neuropsicología; cognición, funciones ejecutivas.

Introdução

O transtorno mental é uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou em um comportamento de um indivíduo que reflete em uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (American Psychiatric Association, 2013).

Entre os transtornos mentais, o transtorno depressivo maior está incluso na classe dos transtornos do humor (American Psychiatric Association, 2013), sendo o transtorno depressivo o transtorno do humor mais comum, atingindo cerca de 5% da população mundial. Para o diagnóstico, o paciente deve apresentar alguns sintomas, tais como: humor deprimido, diminuição do interesse em algumas atividades, hipersonia ou insônia, aumento ou perda de apetite e sentimentos de culpa e inutilidade (Gazzaniga, 2005). As consequências do transtorno vão além das supracitadas e afetam também o funcionamento cognitivo, como é o caso, de alguns déficits da memória.

O diagnóstico do transtorno depressivo maior pode ser confundido com a demência, pois, considerando que há um declínio de memória em ambos, estima-se que de 1% a 31% dos pacientes com diagnóstico de síndrome demencial tenham, na realidade, o transtorno depressivo com dificuldades de memória associadas (Katzman, 1988).

A memória é a capacidade de registrar, manter e evocar experiências e fatos já ocorridos. Quanto ao registro de informação, a memória tem três estágios básicos, que envolvem: memória sensorial, onde informações são armazenadas brevemente, memória de curto prazo, que as mantém na consciência por um espaço de tempo maior que o associado à memória sensorial e a memória de longo prazo, na qual o armazenamento das informações é

relativamente permanente, essa estrutura é nomeada de modelo modal de memória (Gazzaniga, 2005). A perda da funcionalidade cognitiva causada pelo transtorno depressivo, então, está relacionada com déficits de atenção e memória (Dalgarrondo, 2000) e pode trazer importantes prejuízos para o desempenho de atividades rotineiras, impactando ainda mais negativamente a qualidade de vida das pessoas (Valcarenghi 2011).

Ampliando a compreensão do contexto de funcionalidade cognitiva, podem ser citadas também as funções executivas que estão relacionadas a um sistema funcional neuropsicológico, responsável por dar início e desenvolver uma atividade com um objetivo determinado. Esse sistema gerencia os recursos cognitivo-comportamentais com as finalidades de planejamento e regulação do comportamento (Corso, 2013).

As funções executivas trabalham em parceria com todas as outras funções cerebrais, porem com estreita relação com os processos de memória. Powell e Voeller (2004) propõem a divisão deste conceito em três subdomínios principais: controle cognitivo (memória de trabalho, controle da atenção, solução de problemas), controle comportamental (iniciativa de movimentos, comportamentos, antecipação de consequências), controle emocional (modulação emocional e do humor, estratégias autotranquilizadoras).

As funções executivas visam ao controle e à regulação do processamento da informação no cérebro. Neste sentido, os diferentes recursos cognitivos, motivacionais, emocionais e comportamentais são conservados, controlados e associados por esse sistema. Dentre todas essas funções acredita-se que o controle inibitório e a flexibilidade cognitiva estejam entre as funções nucleares no desempenho de outras atividades mentais mais complexas. (Argimon et al., 2006).

No entanto, o que se tem verificado em muitos estudos com pacientes deprimidos, é que a avaliação da memória destes pacientes é supervalorizada, deixando-se de investigar outras

habilidades cognitivas como atenção, funções executivas e velocidade de processamento de informações (Christensen, 1997).

Em testes que avaliam funções executivas e atenção, os pacientes com transtorno depressivo e com demência têm apresentado um desempenho deficitário. Escores rebaixados podem ser vistos em provas de fluência verbal, planejamento, atenção dividida e atenção inibitória. Estas dificuldades não são observadas em pacientes normais (Swainson, 2001).

Na avaliação neuropsicológica de pacientes deprimidos, os domínios cognitivos mais comumente afetados são: evocação após intervalo de tempo, aquisição da memória, atenção, concentração, flexibilidade cognitiva e abstração (Zakzanis, 1999). Entretanto, é importante ressaltar que nem todos os pacientes deprimidos apresentam estes déficits. Desta forma, esse estudo objetivou caracterizar o perfil sociodemográfico e os aspectos cognitivos da população com hipótese diagnóstica de TDM.

Método

Foi realizado um estudo descritivo, tipo corte transversal no ambulatório de saúde mental de um hospital público de referência na cidade do Recife, Brasil. A população do estudo foi composta por pacientes atendidos no ambulatório de saúde mental por psiquiatras e residentes de psiquiatria. Os critérios de inclusão utilizados foram pacientes maiores de 18 anos que estejam em atendimento pelo serviço de saúde mental e os critérios de exclusão envolveram pacientes afásicos ou com alguma patologia que os impedissem de responder aos instrumentos utilizados.

Nesta pesquisa foi utilizada uma entrevista semi-estruturada para caracterizar o perfil da população em relação a: idade, escolaridade, renda, religião, atividade de lazer, atividade física, diagnóstico, tempo de diagnóstico, tipo de medicação, tratamento psicológico e psiquiátrico atual e anterior. Os dados relacionados aos níveis de ansiedade e depressão foram

avaliados de acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), validada por Botega (1995). Utilizou-se como pontos de corte os seguintes parâmetros: 0 até 7 – improvável, 8 até 11 – possível e 12 até 21 – provável.

Os dados relacionados a memória de curto prazo foram avaliados com o Teste Pictórico de memória (TEPIC-M) com ponto de corte utilizado para a faixa etária dos 17 aos 59 anos foi 17 e 10 para os pacientes com mais de 60 anos (Rueda, 2007). A caracterização do perfil cognitivo foi realizada através do mini exame do estado mental (MEEM) (Bertolucci, 1994). Segundo Brucki *et al.* (2003) o ponto de corte utilizado para aqueles analfabetos foi 20, 28 para aqueles com 9 a 11 anos de estudo e 29 para aqueles com mais de 11 anos de estudo.

A avaliação das funções executivas foi realizada através do Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) é um instrumento de avaliação cognitiva, que mensura a flexibilidade do pensamento do sujeito para gerar estratégias de solução de problemas, com base no feedback do examinador. Permite examinar a capacidade para estabelecer, manter e modificar categorias mentais (Heaton, Chelune, Talley & Curtiss, 1993).

As cartas podem ser classificadas segundo as categorias de cor (amarelo, azul, verde, vermelho), forma (cruz, círculo, triângulo, estrela) e número (de um a quatro estímulos com a mesma forma). Conforme Cunha *et al.* (2005), foram determinados 16 indicadores interpretativos para o teste WCST. Existem 128 cartas no teste. A tarefa de classificação dessas cartas se encerra quando são completadas as seis categorias. (Lopes, *et al.*, 2013). Em 2011, a versão protótipo de 2005, passou por um aperfeiçoamento, que teve como objetivo o desenvolvimento da versão eletrônica brasileira (software) do Teste. Nesse estudo foi utilizada essa versão eletrônica.

Os dados foram coletados nos dias em que houve atendimentos no ambulatório de saúde mental do IMIP e os questionários foram aplicados por conveniência, pelos pesquisadores, aos pacientes em um espaço tranquilo e acolhedor para que eles se sentissem à vontade para responder às perguntas.

Os dados foram digitados em um banco de dados no Excel com dupla entrada para detectar possíveis erros ou incoerências e posteriormente analisados em software R. Foi utilizado o teste de qui-quadrado para verificar dependência entre duas variáveis e hipótese nula. A de acordo com a análise caso o p-valor seja < 0.05 rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis.

Em algumas situações, uma ou mais frequências esperadas são menores do que cinco e o número total de observações está entre vinte e quarenta o teste de qui-quadrado não é recomendado e foi substituído pelo teste exato de fisher, que possui a mesma interpretação. O teste t é utilizado para a comparação entre médias, hipótese nula: as médias dos dois grupos são iguais, caso o p-valor < 0.05 rejeita-se essa hipótese.

O projeto de pesquisa foi elaborado seguindo as normas e diretrizes propostas pela resolução 466/12, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, com o número do CAAE 50901515.1.0000.5569. Todos os participantes da pesquisa foram informados acerca dos objetivos da mesma e voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados/Discussão:

A amostra foi composta por 21 pacientes com hipótese diagnóstica de transtorno depressivo maior (TDM) que frequentam o ambulatório de saúde mental. Destes, 20 (95,24%) eram mulheres. A idade dos pacientes entrevistados variou de 19 a 66 anos e a média da idade

foi 46,5 anos. Em relação à escolaridade, 5 pacientes (23,8%) possuíam ensino superior completo ou pós-graduação, 9 (42,86%) possuíam ensino médio completo e 3 (14,29%) ensino fundamental incompleto, apenas 1 não era alfabetizado, 11 (52,38%) eram estudantes ou afirmaram não ter profissão.

Em relação à renda, 5 pacientes (23,81%) eram assalariados, 8 afirmaram receber até 1 salário mínimo (38,10%), 5 (23,81%) recebiam até 2 salários mínimos, 1 (4,76%) recebia entre 3 e 5 salários mínimos e 2 (9,52%) afirmaram receber entre 6 e 9 salários mínimos. Sobre a religião dos participantes, 9 (46,86%) eram evangélicos, 8 (38,10%) católicos, 2 (9,52%) de outras religiões e 2 (9,52%) afirmaram não possuir religião. Atividades de lazer rotineiras foram relatadas por 12 (57,14%) pacientes. A prática de atividades físicas regular foi relatada por 13 participantes (61,90%).

O uso de medicação para o tratamento da depressão e ansiedade foi relatado por 15 (71,43%) pacientes e 6 (28,57%) não utilizavam nenhuma medicação. Entre os pacientes, 14 (66,67%) realizavam ou já tiveram acompanhamento psicológico e todos realizavam acompanhamento psiquiátrico. Dos 13 pacientes que apresentaram indicativo para depressão, 5 não realizam acompanhamento psicológico.

Os sintomas de ansiedade e depressão avaliados pela HAD, apontaram que 13 pacientes (61,90%) apresentaram sintomas de depressão no momento da coleta e 19 pacientes (90,48%), sintomatologia ansiosa. É importante ressaltar que a escala citada acima é uma escala de rastreio utilizada no setting hospitalar, portanto não possui fins diagnósticos. (Botega, N. J. 1995)

O mini mental demonstrou que 19 pacientes (90,48%) apresentaram escore alterado. Embora o mini mental alterado seja indicativo de declínio cognitivo, esses dados podem ter

vido influenciados pelo elevado grau de alteração da memória observada no TEPIC-M em 18 pacientes (85,71%).

As variáveis TEPIC-M, MEEM foram analisadas e relacionadas com as variáveis de ansiedade e depressão da HAD, porém todas elas são independentes.

Os dados do WCST estão representados na Tabela 1. O grupo 1 foi composto pelos pacientes que apresentavam sintomatologia depressiva no momento da coleta e o grupo 2, pacientes que não apresentavam esta sintomatologia.

Tabela 1: Resultados descritivos do grupo 1 (n=13) e do grupo 2 (n=8) avaliados no WCST

Indicadores avaliativos do WCST Variável	Grupo 1		Grupo 2	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
1-Número de ensaios administrados	128	0	124.375	1025305
2-Número total de acertos	49	15.7	47.875	22.04176
3-Número total de erros	79	15.7	76.5	29.83766
4-Percentual de erros	0.61	0.12	0.60	0.22
5-Respostas perseverativas	39.3	21.8	62.75	44.69819
6-Percentual de Respostas perseverativas	30.7	17.1	49.2625	34.59859
7-Erros perseverativos	33.8	16.1	49.875	31.71947
8-Percentual de erros perseverativos	26.4	12.5	39.2	24.43417
9-Erros não-perseverativos	45.2	24.4	26.625	30.3265
10-Percentual de erros não-perseverativos	35.3	19.1	21.0125	23.53104
11-Respostas de nível conceitual	26.5	18.1	30.25	28.73897
12-Percentual de respostas de nível conceitual	20.7	14.2	26.1	28.23898
13-Número de categorias completadas	0.93	1.2	1.875	2.167124
14-Ensaios para completar a primeira categoria	22	34.7	16.875	28.24099
15-Fracasso em manter o contexto	0.77	0.83	0.62	0.9161254
16-Aprendendo a aprender	-1.33	4.8	-3.9375	10.17686

A média do número total de erros cometidos pelos pacientes com sintomas depressivos no momento foi de 79 (DP \pm 15.7), correspondendo a mais da metade do total das 128 cartas. Já os que não apresentaram sintomas depressivos no momento, tiveram uma média de 76.5

(DP \pm 29.83) erros, sendo a maioria desses erros não perseverativos no grupo 1 e perseverativos no grupo 2.

De acordo com os resultados expostos na tabela 1, a média de ensaios para completar a primeira categoria (indicador 14) foi 22 (DP \pm 34.7) no grupo 1, o que demonstra elevado número de ensaios para conseguir completar esta categoria do teste a partir do critério 'cor', quando comparados aos dados normativos (14.39).

A média do fracasso em manter o contexto (indicador 15), evidenciada no grupo 1, quando comparadas aos dados normativos (0.67), demonstra uma falha dos pacientes em se manter atentos durante a realização da tarefa, pois são caracterizados como erros inesperados cometidos durante uma sequência de acertos. (Brito et al. 2012). Conforme o indicador 16, aprendendo a aprender, observou-se que a média do grupo 2 foi igual a -3.93 (DP \pm 10.17). Quando comparada aos dados normativos (-2.65), essa média demonstra a dificuldade de aprendizagem durante a realização do teste.

Quanto às respostas perseverativas (indicador 5), o grupo 2, que não apresentava sintomatologia depressiva durante a coleta de dados, demonstrou média igual a 62.75 (DP \pm 44.69). Tal média pode indicar inflexibilidade cognitiva, pois essa variável indica não experimentação de novas alternativas para a realização da tarefa. (Brito et al.2012)

Comparando a média de respostas perseverativas (62.75) do grupo 2 com os dados normativos (14.40), pode-se inferir que os pacientes estejam apresentando remissão parcial ou completa de sintomatologia depressiva durante a coleta de dados pois a remissão sintomática é caracterizada pela ausência de sintomas significativos durante os dois últimos dois meses (completa) ou por um período inferior a dois meses sem sintomas significativos de um episódio depressivo maior. (American Psychiatric Association, 2013).

Foi realizada uma análise comparativa entre os pacientes dos grupos 1 e 2, classificados a partir da sintomatologia depressiva (tabela 2) e ansiosa (tabela 3) no momento da coleta e da análise comparativa entre as médias nos indicadores do WCST, por meio do teste t de Student para os indicadores com distribuição normal. Os resultados da comparação, em função dos indicadores do WCST, mostrando seus respectivos valores "t" e o nível de significância (p), resultante da análise estatística serão apresentados a seguir nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2: Comparação do desempenho médio no WCST do grupo 1 (n=13) e do grupo 2 (n=8)

Variável	Grupo 1 (n=13)		Grupo 2 (n=8)		T	p
	Média	DP	Média	DP		
2-Número total correto	49	15.7	47.875	22.0	0.1368	0.8926
3-Número total de erros	79	15.7	76.5	29.8	0.2529	0.8031
4-Percentual de erros	61.71	12.27	60.19	22.3	0.2032	0.8411
9-Erros não perseverativos	45.2	24.4	26.625	30.3	1.668	0.0953 ^(M)
10-Percentual de Erros não perseverativos	35.3	19.1	21.012	23.5	1.668	0.0953 ^(M)
12-Percentual de respostas de nível conceitual	20.6	14.2	26.1	28.2	0.181	0.8561 ^(M)

A análise da tabela 2 reflete a comparação dos resultados da média comparando pacientes que apresentam, ainda neste momento, sintomas de depressão. Embora as variáveis sejam independentes quando comparadas intra-grupo, os dados gerais de todos os participantes, estão abaixo do esperado quando comparados com os dados normativos do WCST para a mesma faixa etária e escolaridade, sendo elas, 68.81, 24.05, 23.14, 11.13, 45.2 e 71.27, respectivamente. (Heaton et al, 2005).

Em relação ao percentual de respostas de nível conceitual (indicador 12) da tabela 2, os dois grupos apresentaram médias abaixo do nível esperado (20.6 e 26.1) quando comparadas aos dados normativos (71.27). (Heaton et al, 2005). Retratando apenas os acertos intencionais, desprezando os acertos aleatórios, a média do grupo 1 foi de 20.6, revelando dificuldade nesta tarefa. Esta dificuldade apresentada corrobora com um estudo comparativo entre idosos com depressão e um grupo controle. (Esteves et al, 2016).

Os dois grupos da tabela 2 foram estatisticamente equivalentes nos indicadores do WCST. É possível perceber uma tendência à significância nos indicadores 8 e 9 ($p < 0,0953$), que são os erros não perseverativos e o percentual desses erros, respectivamente.

Observou-se que em todos os participantes da tabela 2, a média do número total de erros foi abaixo do esperado, corroborando com o estudo que avaliou funções executivas em idosos com sintomas depressivos, os resultados indicam que o grupo de pacientes depressivos apresentam médias menores quando comparados aos grupos controles (Esteves et al, 2016).

Tabela 3: Comparação do desempenho médio no WCST do grupo 1 (n=19) e do grupo 2 (n=2)

Variável	Grupo 1 (n=19)		Grupo 2 (n=2)			
	Média	DP	Média	DP	T	p
2-Número total correto	47.5	15.7	58	22.0	-0.3967	0.7575
3-Número total de erros	79	15.7	76.5	29.8	22	0.7642 ^(M)
4-Percentual de erros	61.71	12.27	60.19	22.3	22	0.7642 ^(M)
9-Erros não perseverativos	45.2	24.4	26.625	30.3	36.5	0.000414 ^(M)
10- Percentual de erros não perseverativos	35.3	19.1	21.01	23.5	36.5	0.0414 ^(M)
12-Percentual de respostas de nível conceitual	20.6	14.2	26.1	28.2	17	0.8571 ^(M)

A média de erros não perseverativos e do percentual de erros não perseverativos abaixo do esperado para a população geral (Heaton et al, 2005) pode refletir inflexibilidade cognitiva e resistência à mudança durante a execução da tarefa. Esses dados foram evidenciados por um estudo que teve como objetivo a avaliação da flexibilidade cognitiva em idosos depressivos (Lopes et al, 2013).

Na análise comparativa da tabela 3, no que diz respeito aos erros não perseverativos, os dois grupos apresentaram médias abaixo do nível esperado (26.5 e 30.25) em relação aos dados normativos (11.13). (Heaton et al, 2005)

É interessante ressaltar que o grupo de pacientes com indicativo para ansiedade obteve média de erros não perseverativos maior (45.2) quando comparados aos pacientes sem indicativo para ansiedade (26.625). Esta comparação também se aplica ao percentual de erros não perseverativos ($p < 0,00414$) do grupo 1(45.2) com o grupo 2 (26.625).

Em relação ao percentual de respostas de nível conceitual, os dois grupos da tabela 3 apresentaram médias abaixo do nível esperado (20.6 e 26.1) quando comparadas aos dados normativos (71.27). (Heaton et al, 2005)

Considerações Finais

Foram encontradas diversas alterações cognitivas na população estudada, entre elas: alterações de memória de curto prazo, funções executivas e flexibilidade cognitiva. Alterações afetivas também foram encontradas através de índices de sintomatologia depressiva e ansiosa superiores aos dados normativos. Ressalta-se que os pacientes estavam em acompanhamento médico psiquiátrico e considerando que a maioria destes apresentou níveis elevados de ansiedade, sugere-se que possam ser beneficiados com suporte psicológico além do psiquiátrico.

É importante ressaltar que devido à escassez de pesquisas com a população adulta e que fazem acompanhamento psiquiátrico para depressão e a relação do transtorno com as funções cognitivas, os dados do presente estudo foram comparados com os dados da tabela normativa da validação dos instrumentos considerando a idade e escolaridade adequadas e em algumas situações, discutidos com dados de estudos com a população de idosos.

Desta feita, considerando que um baixo desempenho cognitivo pode impactar diretamente a qualidade de vida das pessoas, outros estudos com a população de adultos com depressão devem ser realizados. As limitações deste estudo referem-se ao delineamento do

estudo, do tipo transversal, que impede a visualização prospectiva dos déficits cognitivos aqui encontrados e se eles persistem ou não no decorrer do tratamento.

Referências

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V.5th ed.* Arlington, VA: APA.

Argimon, V. I.; Bicca, M.; Timm, I. D. A.; Vivan, A. Funções executivas e a avaliação de flexibilidade de pensamento em idosos. *Revista brasileira de ciências do envelhecimento humano*, v. 3, p. 35-42, 2006.

Autélio, J., Cláudio, V. (2009). Congruência de humor em memórias autobiográficas de infância de indivíduos com depressão. *Análise Psicológica*, 2:159–73.

Beck, A.T. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bertolucci, P.H.F. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1):1-7.

Botega, N.J. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. (1995). *Revista de Saúde Pública*, 29(5): 355-63.

Brito, I. L., Areosa, S. C., Lopes, R. M. F., Argimon, I. L. (2012). Avaliação das funções executivas em idosos acometidos por doenças crônico-degenerativas. *Cuad. neuropsicol*, 6(1), 46-62.

Christensen, H., Griffiths, K., Mackinnon, A., Jacomb, P. (1997). A quantitative review of cognitive deficits in depression and Alzheimer-type dementia. *J Int Neuropsychol Soc*, 3(6):631-51.

Corso, H. (2013). Metacognição e funções executivas: relações entre os conceitos e implicações para a aprendizagem. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(1): 21-29.

Dalgalarondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Dalgleish, T., Spinks, H., Yiend, J., Kuyken, W. (2001). Autobiographical Memory Style in Seasonal Affective Disorder and its Relationship to Future Symptom Remission. *J AbnormPsychol*, 110(2): 335-40.

Eich, E. (1994). Mood dependent memory for events in the personal past. *J Exp Psychol Gen*, 123:201-15.

Esteves, C. S., Oliveira, C. R. D., Irigaray, T. Q., & Argimon, I. I. D. L. (2016). Desempenho de idosos com e sem sintomas depressivos no WCST-64. *Avaliação Psicológica*, 15(1), 31-39.

Gazzaniga, M. (2005). *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento*. São Paulo: Artmed.

Healy, H., Williams, M.G. (1999). Autobiographical Memory. In Dalgleish, T.; Power, M. (eds.). *Handbook of Cognition and Emotion*. John Wiley; Sons, New York, 229-42.

Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G., & Curtiss, G. (2005). Manual do Teste Wisconsin de Classificação de Cartas. Adaptação e padronização brasileira. Cunha, J. A. et al. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Izquierdo, I. (2011). *Memória*. Porto Alegre: Artmed.

Katzman, R., Lasker, B., Bernstein, N. (1988). Advances in the diagnosis of dementia: Accuracy of diagnosis and consequences of misdiagnosis of disorders causing dementia. *Agingandthebrain*, 1:17-62.

Kohler, C. Autobiographical Memory Disturbances in Depression: A Novel Therapeutic Target.

Lopes, R., Nascimento, Roberta F., Cristiane S., Terroso, Lauren B. & A., Irani I. de Lima. (2013). Funções executivas de idosos com depressão: um estudo comparativo. *Cuadernos de neuropsicología*, 7(2), 72-86

Nascimento, J., Pergher, G. (2011). Memória autobiográfica e depressão: um estudo correlacional com amostra clínica. *Psicol Teor e prática*, 13(2):142–53.

Pergher et al. (2006). Estudos sobre a memória na depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2); 82-90.

Rozenthal, M. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 26(2): 204-12.

Rueda, F. (2007). *Teste Pictórico de Memória*. São Paulo: Vetor.

Silva, J. Funcionamento neurocognitivo após ingestão de bebidas alcoólicas.

Swainson, R., Hodges, J.R., Glaton, C.J., Semple, J., Michael, A., Dunn, B.D., Iddon, J.L., Robbins, T.W., Sahakian, B.J. (2001). Early detection and differential diagnosis of Alzheimer's disease and depression with neuropsychological tasks. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 12(4):265-80.

Valcarengi R., Silvana S., Edison L., Marlene T., Giovana C. (2011). Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(6), 828-833

Watson, L. (2015). *Clinical Perspectives on Autobiographical Memory*. Cambridge USA.

Zakzanis, K.K., Leach, L., Kaplan, E. (1999). *Neuropsychological Differential Diagnosis*. USA: Suecks e Zeitlinger Publishers.

Normas da Revista Estudos Interdisciplinares em Psicologia

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista Estudos Interdisciplinares em Psicologia é editada pelo Departamento de Psicologia e Psicanálise do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Estadual de Londrina e publica artigos referentes à atuação, formação e pesquisas inseridas nos campos teórico e/ou prático da psicologia e também de sua interface com outras áreas do conhecimento.

ORIENTAÇÕES EDITORIAIS

A Revista Estudos Interdisciplinares em Psicologia se propõe a publicar artigos inéditos. As versões originais são submetidas à análise da Comissão Editorial ou a pareceristas ad-hoc, sendo preservada a identidade dos autores e dos pareceristas. Não é permitida a reprodução integral do artigo e a parcial será permitida mediante a citação da fonte. Os artigos publicados na revista não refletem a opinião do editor, mas dos autores que o assinam. As publicações seguem as normas da American Psychological Association (APA) e podem ser redigidas em português, espanhol e inglês.

TIPOS DE TEXTOS PUBLICADOS

1. Estudos teóricos/Ensaio: textos teóricos e/ou de revisão de literatura que trazem análise fundamentada de temas ou questões inerentes a atuação no campo psicológico e/ou sua interface com outras áreas do conhecimento (de 15 a 20 laudas).
2. Relatos de Pesquisa: pesquisas amparadas em dados empíricos e critérios científicos cujo caráter pode ser quantitativo ou qualitativo, respeitando a seguinte organização: introdução, método, resultados, discussão e referências. Os anexos poderão ser incluídos quando estritamente necessários (de 20 a 25 laudas).
3. Relatos de experiência/prática profissional: trabalhos que tragam contexto da experiência e/ou prática profissional, com propostas e procedimentos que permitam a reflexão e o levantamento de sugestões relevantes à prática profissional no campo

psicológico e/ou sua interface com outras áreas do conhecimento (de 5 a 7 laudas).

APRESENTAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

1. Os manuscritos deverão ser encaminhados por meio de submissão eletrônica vai este website, e confeccionados em espaçamento duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, margens superior, inferior, direita e esquerda 2,5 cm. O alinhamento das margens do texto deve ser justificado e o formato deve ser Word for Windows (extensão .doc ou .docx). As normas de publicação devem ser com base na APA.

2. Folha de rosto personalizada na qual conste : a) título em português (com no máximo 12 palavras); b) título em inglês; c) título em espanhol; d) nomes dos autores, titulação e respectiva filiação institucional; e) Endereços e e-mails para contato com a comissão editorial e para posterior publicação.

3. Folha de rosto despersonalizada na qual conste somente os títulos em português, inglês e espanhol.

4. Resumo em português (até 150 palavras) no qual sintetize o trabalho por apresentar sucintamente suas partes (introdução, objetivo, método e resultados). No caso de trabalhos teóricos ou de sugestões práticas deve-se trazer no resumo uma breve problematização do assunto que será tratado. Deve-se apresentar 3 palavras-chave que obrigatoriamente devem fazer parte do vocabulário de terminologia em psicologia, disponível na Biblioteca Virtual em Saúde/Psicologia (BVS-psi): www.bvs-psi.org.br. Os resumos em inglês e espanhol seguem as mesmas normas descritas.

5. O corpo do texto deve apresentar as partes do trabalho (introdução, método, resultados e discussão). Essas palavras devem aparecer em maiúscula na posição centralizada não havendo a necessidade de outro destaque como negrito, sublinhado ou itálico. As informações a serem destacadas, os símbolos estatísticos e as expressões estrangeiras devem ser apresentadas em itálico, não se deve recorrer a recursos como negrito ou sublinhado. O texto não deverá apresentar notas de rodapé ou elementos que identifiquem sua autoria.

6. As Figuras e Tabelas devem ser numeradas, legendadas e inseridas no corpo do texto do artigo. 7. Os anexos devem ser incluídos somente em casos de extrema necessidade à compreensão do conteúdo apresentado.

CITAÇÕES NO CORPO DO TEXTO

1. Dois autores: sobrenome dos dois e ano da obra em todas as citações. Fora do parênteses utilizo este tipo de e para ligar os dois autores. Dentro dele utilizo este &. Ex. Gomes e Boruchovitch (2009) abordam que... ou ... A evasão é um fenômeno ainda bastante atual no cenário educacional (Gomes & Boruchovitch, 2009). Esta regra do e/& serve também para as situações abaixo.

2. De três a cinco autores: na primeira vez deve-se citar todos os sobrenomes e o ano da obra, após citar somente o sobrenome do primeiro autor e colocar a expressão et al para então colocar o ano da obra. Ex. Primeira citação - Azzi, Polydoro e Bzuneck (2006) observam que a auto-eficácia ainda é um assunto pouco discutido.... Segunda citação em diante - Azzi et al (2006) discutem....

3. Seis ou mais autores: desde a primeira citação deve-se colocar somente o sobrenome do primeiro autor seguido de et al e o ano da obra. Ex. Oliveira et al

(2009) analisaram

4. Fontes secundárias: Esse tipo de citação deve ser evitada, mas se houver a necessidade de seu uso a expressão citada por será empregada. Nas referências será informada apenas a fonte secundária. Ex. Taylor (citado por Brito, 2009) apresenta

5. Citações de obras reeditadas devem ser feitas mencionando a data da edição original e a data de sua reedição. Ex. Carlson (1947/1998) pesquisou....

6. Transcrições na íntegra de um trecho da obra (até 39 vocábulos) devem ser apresentadas entre aspas duplas acrescida da página citada. Ex. " O procedimento de Cloze pode ser definido como um método consistente em omitir ou suprimir sistematicamente palavras de um texto" (Cunha, 2009, p. 79).

7. Transcrições na íntegra de um trecho com 40 ou mais palavras, devem ser apresentadas em parágrafo próprio, sem a necessidade de aspas, iniciando com a linha avançada (mesma posição do parágrafo) e terminando com a margem sem recuo e em espaçamento entre linhas duplo. Ex: Ao escrever sobre o jogo de regras Silveira e Brenelli (2009) argumentam que: O valor do jogo de regras como diagnóstico pedagógico ou psicopedagógico é o de propiciar situações-problema (descoberta do animal) em que o sujeito pode controlar as possibilidades de acerto, observar a jogada do outro, ampliar seus conhecimentos, refletir sobre sua ação sendo capaz de demonstrar seu raciocínio partindo de uma interdependência com maior ou menor coesão entre a elaboração de predicados, conceitos, juízos e inferências. (260)

REFERÊNCIAS

A ordem dos autores deve ser alfabética. Consultas podem ser feitas no manual editado pela American Psychological Association (APA) ou os documentos "Citações no Texto (APA)" e "Normalização de Referências (APA)", disponíveis em: http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/manuais/caderno_estudos_9_pt_2.pdf.

1. Livros

Sisto, F. F., Sbardelini, E. T. B., & Primi, R. (2001). *Contextos e questões da avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

2. Artigo em periódico científico

Romaro, R., & Oliveira, P. E. C. L. (2008). Identificação das queixas de adultos separados atendidos em uma clínica-escola de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 780-793.

3. *Referências até cinco autores, todos os nomes dos autores são mencionados. Referências com seis ou mais autores, indicam-se os sobrenomes dos seis primeiros autores e abrevia-se o sétimo autor e os demais utilizando-se a expressão et al*

Muller, M. C., Frasson, A., Kieling, C., Hoffmann, F. S., Fleck, P. Zogbi, H., et al (2005). A prática do auto-exame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária. *PsicoUSF*, 10(2), 185-190.

4. Obras antigas com reedição em data muito posterior

Freud, S. (1976). *Psicologia de grupo e a análise do ego: dois verbetes de enciclopédia*. (C. M. Oiticica, trad). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original

publicada em 1969) 5. Capítulo de livro Nicholson, T. (1999). Reading comprehension processes. In G. B. Thompson & T. Nicholson (Orgs.), *Learning to read* (pp. 127-149). Newark: IRA.

6. Autoria institucional American Psychiatric Association. (1988). *DSM-III-R, Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3rd ed. rev.). Washington, DC: Author.

7. Trabalho apresentado em evento

Costa, E. R., & Boruchovitch, E. (2001). Entendendo as relações entre estratégias de aprendizagem e a ansiedade. In *Resumos de Comunicação Científicas, XXXI Reunião Anual de Psicologia* (p.203). Ribeirão Preto, SP: Sociedade Brasileira de Psicologia.

8. Trabalho apresentado em evento, mas não publicado

Jackes, T., & Toller, M. (2001). Efeitos da violência doméstica no cotidiano infantil. Trabalho apresentado na *XXXI Reunião Anual de Psicologia*, Ribeirão Preto, São Paulo.

9. Dissertações e Teses

Cardoso, L. R. (2002). *Uso de estratégias de aprendizagem e suas relações com metas de realização: um estudo no ensino superior*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

Guimarães, S. E. R. (2003). *Avaliação do estilo motivacional do professor: adaptação e validação de um instrumento*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

10. Documentos em meio eletrônico

Sampaio, L. R., Monte, F. C., Camino, C., & Roazzi, A. (2008). Justiça distributiva e empatia em adolescentes do nordeste brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 275-282. Recuperado em 04 de janeiro de 2010, da BVS-psi (Biblioteca Virtual em Saúde/Psicologia): <http://www.bvs-psi.org.br>.

11. Obra no prelo

Cantalice, L. M., & Oliveira, K. L. (no prelo). Estratégias e compreensão em leitura em universitários. *Psicologia Escolar e Educacional* [Versão eletrônica]. Acesso: PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia): <http://www.bvs-psi.org.br/>

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.

3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaçamento duplo; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.
7. Conferir se todo o trabalho está em conformidade com as normas de publicação da APA.

Declaração de Direito Autoral

Declaramos que aceitamos as condições de publicação do conselho editorial. Desse modo, os direitos autorais do manuscrito ficam condicionados à revista Estudos Interdisciplinares em Psicologia, bem como autorizamos pequenas correções no texto. Salientamos que o manuscrito é inédito e observamos que todos os procedimentos éticos para a realização do estudo foram seguidos.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.