

## Alterações cognitivas e comportamentais em crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos em ambulatório do Rio de Janeiro

*Cognitive and behavioral changes in children and adolescents with psychiatric disorders at an outpatient clinic in Rio de Janeiro*

*Alteraciones cognitivas y comportamentales en niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos en ambulatorio de Río de Janeiro*

1 Rodrigo Gonzalez Ribeiro  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Helenice Charchat Fichman - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Conceição Santos Fernandes - [ORCID](#) - [Lattes](#)

4 Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

**Filiação dos autores:** **1** [Doutorando, Psicologia Clínica & Neurociências, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-RJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **2** [Professora Associada, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-RJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **3** [Professora, Supervisora, Curso de Especialização em Avaliação Neuropsicológica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-RJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **4** [Professor de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Curso de Especialização, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-RJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]

**Editor Chefe responsável pelo artigo:** César Augusto Trinta Weber

**Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#):** Ribeiro RG [1,2,3,4,5,6,7,12,13,14]; Fichman HC [1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,14]; Fernandes CS [1,10,14]; Silva FMBN [1,7,8].

**Conflito de interesses:** declaram não haver

**Fonte de financiamento:** não se aplica

**Parecer CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ - CAAE: 41590720.4.0000.5257

**Recebido em:** 31/03/2025

**Aprovado em:** 28/05/2025

**Publicado em:** 05/06/2025

---

**Como citar:** Ribeiro RG, Fichman HC, Fernandes CS, Silva FMBN. Alterações cognitivas e comportamentais em crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos em ambulatório do Rio de Janeiro. Debates Psiquiatr. 2025;15:1-25. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2025.v15.1449>

---

## **RESUMO:**

**Introdução:** Alterações no funcionamento cognitivo e problemas de comportamento são mais comuns em pessoas com transtornos psiquiátricos. Assim, o agrupamento clínico por distúrbios emocionais sem levar em consideração problemas cognitivos ou comportamentais pode confundir pacientes e ocasionar dificuldades para a efetividade do tratamento. **Objetivos:** Este estudo buscou investigar a presença de queixas comportamentais e disfunções cognitivas vivenciadas por crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos. **Métodos:** Um total de 97 participantes (63 do sexo masculino e 34 do sexo feminino) com idades entre 6 e 15 anos e diagnosticados com transtornos psiquiátricos foram submetidos à Escala Wechsler Abreviada de Inteligência ([WASI](#)) e a um questionário sociodemográfico e clínico. **Resultados:** Foram verificados fatores partilhados por diferentes transtornos psiquiátricos, como desempenho intelectual abaixo do esperado para a faixa etária (QI < 90) com diferenças entre os grupos diagnósticos no que se refere ao QI global [ $X^2(3) = 13.715; P < 0.05$ ] e distúrbios comportamentais (cerca de 46,4% dos casos), em particular no que se refere à agressividade (N = 32). **Discussão/Conclusão:** Para além dos diagnósticos em saúde mental, fatores cognitivos e comportamentais devem ser observados com atenção na clínica médica e psicológica com o intuito de intervenções terapêuticas mais eficazes, além de se determinar a progressão em relação ao tratamento.

**Palavras-chave:** desempenho intelectual, distúrbios do comportamento, transtornos mentais, transtornos psiquiátricos, fatores transdiagnósticos

---

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** Changes in cognitive functioning and behavioral problems

are more common in individuals with psychiatric disorders. Thus, clinical grouping by emotional disorders without considering cognitive or behavioral problems can confuse patients and cause difficulties in the effectiveness of treatment. **Objectives:** This study aimed to investigate the presence of behavioral complaints and cognitive dysfunctions experienced by children and adolescents with psychiatric disorders. **Methods:** A total of 97 participants (63 males and 34 females) aged 6 to 15 years and diagnosed with psychiatric disorders were assessed using the Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence ([WASI](#)) and a sociodemographic and clinical questionnaire. **Results:** Common factors among different psychiatric disorders included intellectual performance below the expected level for the age group (IQ < 90), with differences between diagnostic groups in global IQ [ $X^2(4) = 14.613; P < 0.05$ ] and behavioral disorders (about 46.4% of cases), particularly concerning aggression (N = 32). **Discussion/Conclusion:** In addition to mental health diagnoses, cognitive and behavioral factors should be carefully observed in medical and psychological clinics to ensure more effective therapeutic interventions and determine treatment progression.

**Keywords:** intellectual performance, behavior disorders, mental disorders, psychiatric disorders, transdiagnostic factors

## RESUMEN:

**Introducción:** Los cambios en el funcionamiento cognitivo y los problemas de comportamiento son más comunes en personas con trastornos psiquiátricos. Así, el agrupamiento clínico por trastornos emocionales sin tener en cuenta problemas cognitivos o conductuales puede confundir a los pacientes y ocasionar dificultades para la efectividad del tratamiento. **Objetivos:** Este estudio buscó investigar la presencia de quejas comportamentales y disfunciones cognitivas experimentadas por niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos. **Métodos:** Un total de 97 participantes (63 del sexo masculino y 34 del sexo femenino) con edades entre 6 y 15 años y diagnosticados con trastornos psiquiátricos fueron sometidos a la Escala Wechsler Abreviada de Inteligencia ([WASI](#)) y a un cuestionario sociodemográfico y clínico. **Resultados:** Se verificaron factores compartidos por diferentes trastornos psiquiátricos, como el desempeño intelectual por debajo de lo esperado para el grupo etario (CI < 90), con diferencias entre los grupos diagnósticos en cuanto al CI global [ $X^2(4) = 14.613; P < 0.05$ ] y trastornos del comportamiento (alrededor del 46,4% de los casos), en particular en lo que se refiere a la agresividad

(N = 32). **Discusión/Conclusión:** Además de los diagnósticos en salud mental, los factores cognitivos y comportamentales deben ser observados con atención en las clínicas médicas y psicológicas con el fin de realizar intervenciones terapéuticas más eficaces y determinar la progresión del tratamiento.

**Palabras clave:** desempeño intelectual, trastornos del comportamiento, trastornos mentales, trastornos psiquiátricos, factores transdiagnósticos

---

## Introdução

No Brasil, observa-se uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, que acarretam importantes prejuízos no funcionamento desses indivíduos [1]. Aspectos significativos que devem ser considerados nesses quadros clínicos referem-se ao comprometimento causado por fatores cognitivos e comportamentais, sendo a infância um período de maior vulnerabilidade às psicopatologias [2]. Além de afetar a qualidade das intervenções proporcionadas e o uso eficaz de estratégias de regulação emocional, tais déficits também impactam a capacidade para a realização de atividades da vida diária e a qualidade de vida dessas crianças e seus cuidadores [3].

Apesar da heterogeneidade de perfis cognitivos que podem ocorrer em um mesmo quadro clínico [4], sabe-se que esses pacientes tendem a apresentar baixo desempenho em testes de inteligência [5, 6]. Deve-se enfatizar que muitos desses transtornos acarretam alterações cognitivas que envolvem o processamento de linguagem, atenção, memória e funções executivas [7, 8].

Nesse sentido, o Quociente de Inteligência (QI) demonstra-se um importante fator cognitivo que pode impactar outros domínios neuropsicológicos, uma vez que os domínios de funcionamento cognitivo não são independentes uns dos outros [9]. Ressalta-se ainda que o QI mais baixo em crianças está relacionado a menor desempenho acadêmico e prejuízos quanto à saúde pessoal futura e ao bem-estar social [10].

Diante disso, a presença de comprometimento cognitivo pode se correlacionar com maiores dificuldades para comunicar emoções e a capacidade para estratégias mais adaptativas de enfrentamento [11]. Estudos sugerem que a internalização de sintomas abrange taxas mais elevadas de ansiedade e depressão, além de baixa autoestima, timidez, sentimento de insegurança, medo e raiva [12].

O conhecimento sobre o desenvolvimento inicial do cérebro leva a concluir que há uma maturação biológica necessária ao desenvolvimento cognitivo que envolve alterações quanto a padrões de ativação funcional durante a execução de tarefas específicas [13, 14]. Contudo, transtornos psiquiátricos podem ser associados a desvios dessa trajetória [15].

Para a compreensão das alterações cognitivas apresentadas em diversos transtornos psiquiátricos, faz-se necessária a utilização de um modelo teórico de inteligência capaz de aferir habilidades múltiplas e que sejam passíveis de testagem. Nesse contexto, o modelo Cattell-Horn-Carroll de habilidades cognitivas (teoria CHC) é considerado o mais amplamente aceito internacionalmente [16].

O modelo propõe uma organização fatorial hierárquica de três níveis que seguem uma ordem de especialização, com a existência de uma dimensão geral (g) capaz de reunir todas as demais (nível III), mas que emerge de dezesseis dimensões mais amplas, como inteligência fluida (Gf) e memória (nível II). Por fim, são identificadas ainda habilidades específicas (nível I), como raciocínio indutivo, tempo de reação, velocidade de escrita, memória visual e percepção gestáltica [17].

Neste sentido, embora não tenham sido diretamente criadas com base no modelo CHC, as escalas Wechsler estão entre as mais importantes baterias de avaliação da inteligência. Isto ocorre à medida que sua estrutura e forma de avaliar as funções cognitivas estão intrinsecamente relacionadas com este modelo.

Assim, a partir da proposta de formas abreviadas de avaliação, a Escala Wechsler Abreviada de Inteligência ([WASI](#)) proporciona uma estimativa válida e confiável do funcionamento cognitivo global de indivíduos com idade entre 6 e 89 anos, através da aplicação de 4 subtestes: Vocabulário, Cubos, Semelhanças e Raciocínio Matricial [14]. Neles são avaliadas habilidades específicas como conhecimento verbal, processamento de informação visual, raciocínio espacial e não verbal, além de habilidades gerais como inteligências fluida e cristalizada [18].

Deve-se salientar que, com a utilização de um número reduzido de subtestes, a [WASI](#) demonstra-se vantajosa em relação a outras escalas de inteligência em contextos de triagem para obtenção de estimativas de QI para indivíduos encaminhados para avaliações psiquiátricas ou mesmo para fins de pesquisa [14]. Nesse ângulo, a revisão da literatura aponta

uma série de estudos que utilizaram a [WASI](#), sendo um instrumento recorrentemente utilizado por psicólogos clínicos e pesquisadores [19, 20, 21].

Por outro lado, sabe-se que a ocorrência de transtornos psiquiátricos com sintomas de externalização também é comum. Esses incluem impulsividade e hiperatividade com características que envolvem comportamento agressivo e violação de regras [22]. Pode-se observar que crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno do espectro autista (TEA), transtornos de oposição, desafio ou conduta, apresentam maiores dificuldades de autorregulação, com comportamentos disruptivos de agressão e hostilidade [23, 24, 25].

Assim, é importante observar a presença de alterações comportamentais que afetam o desenvolvimento social e apresentam correlação com dificuldades adaptativas na vida adulta. Estudos sugerem que crianças com sintomas elevados de externalização são mais propensas a dificuldades acadêmicas, econômicas e sociais até a meia-idade [22, 26]. O agrupamento clínico por problemas emocionais, sem levar em consideração déficits cognitivos ou alterações comportamentais, pode confundir pacientes e seus responsáveis, além de ocasionar dificuldades para a efetividade do tratamento.

Contudo, apesar de frequentes, sintomas de internalização e externalização constituem estimativas de prevalência variáveis e de difícil comparação [25]. Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi investigar e descrever o funcionamento intelectual e padrões comportamentais de grupos distintos de crianças com transtornos psiquiátricos que se encontram em acompanhamento médico em um ambulatório psiquiátrico do Rio de Janeiro.

## **MÉTODO**

### *Participantes*

Os dados foram coletados pelo período aproximado de 1 ano por meio de resultados de avaliação neuropsicológica de 97 pacientes, cerca de 5,54% da população atendida no decorrer do mesmo período, sendo 63 do sexo masculino e 34 do sexo feminino, com faixa etária entre 6 e 15 anos (M = 11,25; DP = 2,71), que se encontram em acompanhamento psiquiátrico no serviço de psiquiatria dr. Jorge Alberto Costa e Silva da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Para além, a amostra é composta em sua grande maioria por crianças e adolescentes de instituições de ensino que

atendem as classes econômicas C, D e E da cidade do Rio de Janeiro, que remetem a situação de vulnerabilidade social.

Os pacientes foram encaminhados para avaliação neuropsicológica por médicos da instituição após atendimento psiquiátrico inicial, sendo previamente agendada com os responsáveis dos menores via contato telefônico da secretaria da instituição. A partir disto, os testes foram aplicados por neuropsicólogos e estagiários em neuropsicologia treinados na utilização destes instrumentos.

Os critérios de inclusão foram a idade entre 6 e 16 anos e a hipótese diagnóstica estipulada pelos médicos do serviço. Em razão da heterogeneidade de perfis diagnósticos dos indivíduos em acompanhamento no serviço de assistência, foram incluídos pacientes com diferentes diagnósticos, como Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Deficiência Intelectual, transtornos do humor, transtorno de ansiedade e pacientes em avaliação e processo diagnóstico.

Ressalta-se que embora muitos indivíduos com transtornos psiquiátricos apresentem condições comórbidas, os participantes deste estudo não foram diagnosticados com tais comorbidades inicialmente. Isto ocorre em virtude da complexidade de cada caso que envolve diferentes fatores, incluindo genética; ambiente; sintomas sobrepostos, como fadiga, dificuldades de concentração e alterações de humor; variabilidade individual relacionada a reação quanto a elementos estressores; e histórico de vida, levando a um quadro que não revela de forma clara e segura a presença de outras condições concomitantes. Assim, optou-se por não incluir neste momento tais informações com intuito de evitar diagnósticos prematuros quanto a possíveis comorbidades.

Foram excluídos aqueles que não se encontravam em acompanhamento médico no serviço psiquiátrico da instituição por no mínimo seis meses, resultados de testagem neuropsicológica sem dados de entrevista sociodemográfica e escores de QI, ou que apresentassem comorbidades neurológicas, síndromes genéticas identificadas, déficit auditivo ou visual não verbais ou presença de transtorno psicótico. Dessa forma, apenas 6 participantes não participaram deste estudo devido a não conclusão da testagem neuropsicológica, impossibilitando a coleta de dados de QI.

Na amostra do respectivo estudo, os participantes foram divididos em cinco grupos diagnósticos: **1.** Transtorno do Espectro Autista - TEA (GTEA, N = 26); **2.** Deficiência Intelectual - DI (GDI, N = 26); **3.** Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH (GTDAH, N = 19); **4.** Transtornos Psiquiátricos em geral, como transtornos do humor e ansiedade (GTP, N = 15); e **5.** Pacientes ainda em processo diagnóstico (GND, N = 11).

### *Instrumentos*

#### *Avaliação do Quociente de Inteligência*

A testagem de QI foi realizada através da Escala Wechsler Abreviada de Inteligência ([WASI](#)) [[14](#)] em sua versão integral, com a realização dos 4 subtestes que compõem a escala: Vocabulário, Cubos, Semelhanças e Raciocínio Matricial. Além do funcionamento cognitivo global, foram avaliados os índices verbal e de execução.

Foram avaliados aspectos cognitivos que englobam habilidades específicas envolvidas na capacidade de compreensão da linguagem, conhecimento verbal, processamento de informação visual, organização, raciocínio conceitual não verbal e habilidades de resolução de problemas relacionados a informações visuais, além de habilidades gerais como inteligências fluida e cristalizada.

Os 4 subtestes permitem análise quanto à possível presença de assimetrias entre habilidades verbais (QIV) e não verbais (QIE), demonstrando-se vantajosa em contextos de triagem, estimativas de QI de indivíduos encaminhados para avaliações psiquiátricas, pesquisa ou pareamento pré-experimental de habilidade cognitiva [[14](#)].

Para mais, deve-se salientar que a escolha de uma escala abreviada de inteligência ocorre devido a desafios encontrados no contexto clínico e de pesquisa no Brasil e América Latina em geral, com a presença de uma grande demanda assistencial nos serviços de saúde e a consequente necessidade de um tempo reduzido para realização das avaliações. Contudo, visto a possibilidade de detecção e planejamento de intervenção com intuito de melhorar e manter a saúde mental, a observação do perfil intelectual de crianças e adolescentes apresenta grande relevância clínica.

#### *Avaliação comportamental*

As queixas comportamentais foram rastreadas por meio de entrevista sociodemográfica e clínica realizada com o cuidador principal. A entrevista foi elaborada pela equipe do laboratório de pesquisa em Neuropsicologia

Clínica, NEUROPSICLIN. Nela, os responsáveis são convidados a responder sobre dados do desenvolvimento infantil (gestação e nascimento, marcos do desenvolvimento motor, desenvolvimento da linguagem e comunicação), dificuldades de aprendizagem (histórico escolar, dificuldades de concentração, necessidade de apoio pedagógico), queixas sociais (sinais de isolamento, demonstração de afeto, contato visual, relacionamento com adultos e com os pares,) e de comportamento (habilidades adaptativas, obediência a limites e regras, limiar à frustrações, regulação emocional, comportamentos repetitivos ou ritualísticos, agressividade, comportamentos internalizantes). A entrevista utiliza perguntas abertas, lidas para os responsáveis, que tiveram suas respostas registradas pelo neuropsicólogo responsável.

Os itens correspondentes às dificuldades sociais e comportamentais buscam investigar queixas relacionadas a dificuldade para respeitar comandos e regras de rotina, inquietude/agitação, brincadeiras de maneira a incomodar os demais, desinteresse pelos pares, preferência por brincar sozinho ou comportamento agressivo.

Além disso, também foram utilizados dados de prontuário identificados durante a consulta psiquiátrica realizada com os médicos do serviço de assistência.

### *Procedimento*

Após verificação quanto à análise dos critérios de inclusão/exclusão através do prontuário médico de atendimento, a avaliação do perfil cognitivo e a entrevista clínica foram previamente agendadas com os responsáveis via contato telefônico da secretaria da instituição. Todos os participantes assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido relacionados à anuência quanto à participação da pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ (CAAE: 41590720.4.0000.5257).

As avaliações foram executadas individualmente por neuropsicólogos e estagiários em neuropsicologia treinados na utilização dos instrumentos. A bateria cognitiva foi realizada em sala da instituição médica na seguinte ordem: WASI, Subteste Dígitos da WISC-IV, Paradigma de Aprendizagem Auditivo-verbal de Rey, Teste Figuras Complexas de Rey, Paradigma Stroop, Paradigma de Aprendizagem Auditivo-verbal de Rey, Teste da Memória de Figuras e Paradigma de Fluência Verbal Semântica e Fonêmica.

A correção dos testes com a identificação do perfil intelectual de cada participante foi disponibilizada aos responsáveis e aos médicos do serviço de assistência, sendo anexada ao prontuário. Caso houvesse necessidade, caberia ao médico, segundo seu entendimento, encaminhar o participante para uma avaliação neuropsicológica integral. Nestes casos, a avaliação foi continuada após agendamento prévio sem ônus aos responsáveis.

Para a composição deste artigo, os participantes foram identificados através dos resultados dos índices Global (QIT), Verbal (QIV) e de Execução (QIE) da WASI, além dos escores T dos subtestes Vocabulário, Cubos, Semelhanças e Raciocínio Matricial. A utilização de uma bateria de testes complementares visa um estudo posterior com intuito de investigar possíveis relações entre o perfil intelectual e outras funções cognitivas como memória, planejamento e atenção.

### *Análise estatística*

Os dados foram analisados através de métodos quantitativos de avaliação por meio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences ([SPSS](#)) versão 20.0 (IBM Corp, NY, Estados Unidos). Foram realizadas análises descritivas a fim de estabelecer o perfil sociodemográfico da amostra referente à idade, sexo e escolaridade, além dos índices QIT, QIE, QIV e escores T dos subtestes da WASI.

## **RESULTADOS**

### *Análise descritiva da amostra*

Na [Tabela 1](#) são descritos os dados referentes à média (M) e desvio padrão (DP) das variáveis idade, escolaridade e sexo.

### *Comparação entre as médias dos grupos*

Por meio do teste Kruskal-Wallis, foi possível verificar diferenças entre os grupos diagnósticos no que se refere ao QIT [ $X^2(3) = 13,715$ ;  $P < 0,05$ ], QIV [ $X^2(3) = 11,135$ ;  $P < 0,05$ ] e QIE [ $X^2(3) = 12,637$ ;  $P < 0,05$ ]. As comparações em pares ou post-hoc mostraram diferenças mais significativas entre os grupos no que se refere ao QIT de GTEA e GDI, e GTDAH e GDI; o QIV de GTEA e GDI; e o QIE de GTDAH e GDI. Tais resultados são demonstrados na [Tabela 2](#).

### *Descritivo da frequência de problemas comportamentais*

Neste estudo, 45 dos participantes (46,4%) apresentaram queixas subjetivas comportamentais relatadas pelos cuidadores. Além disso, foi possível identificar a presença de queixas similares nos diferentes grupos

diagnósticos, em particular no que se refere à agitação/inquietude e agressividade/irritabilidade. Houve uma maior frequência (N = 32) de comportamentos agressivos voltados a si, a outras pessoas ou a animais. Os comportamentos relatados do grupo geral estão descritos no [Gráfico 1](#).

## DISCUSSÃO

Problemas de saúde mental incluem alterações no funcionamento cognitivo, distúrbios emocionais e comportamentais que podem ser observados em diferentes quadros psiquiátricos. Contudo, a fase infanto-juvenil se demonstra como um período de maior vulnerabilidade, visto o processo de amadurecimento dos mecanismos cognitivos, comportamentais e de regulação do afeto do cérebro humano. Desta maneira, tais alterações podem ser verificadas em diferentes quadros psiquiátricos [27], sendo caracterizadas como um fenômeno comum em diferentes diagnósticos.

No que concerne à caracterização do desempenho cognitivo em neuropsicologia clínica, são observados domínios de funcionamento que são dependentes entre si [9]. Nesse sentido, o QI se demonstra como um importante fator cognitivo que pode impactar outros domínios neuropsicológicos. Destacam-se ainda a influência de variáveis individuais sociodemográficas e clínicas na cognição, contribuindo para um baixo desempenho em testes cognitivos e impacto funcional em atividades da vida diária [28, 29]. Ressalta-se ainda que os transtornos psiquiátricos apresentam sua base em padrões biológicos do neurodesenvolvimento, constituindo desvios no desenvolvimento normal do cérebro que são compartilhados entre diferentes categorias diagnósticas [30].

Dessa forma, os escores de QI representados neste estudo demonstram nível de funcionamento cognitivo global abaixo do esperado para a faixa etária dos participantes nos diferentes grupos diagnósticos (GTEA = 86,19 [20,08]; GDI = 69,38 [15,41]; GTDAH = 85,89 [14,53]; GTP = 83,87 [16, 19]; GND = 75,45 [18,88]). Assim, os dados coletados reforçam achados de pesquisas anteriores que apontam alterações cognitivas em pacientes psiquiátricos, ocasionando déficits quanto a padrões de ativação funcional e baixo desempenho em testes de inteligência medidos através de escores de QI [4, 7, 15].

Neste sentido, meta análise publicada no *JAMA Psychiatry* [31] demonstrou que indivíduos com TDAH apresentam um QI, em média, 9 pontos menor que a população em geral. O estudo salienta ainda que tais

comprometimentos estão mais especificamente relacionados a prejuízos em funções executivas e de atenção controlada.

Em relação ao TEA, análise de dados de 6.245 crianças com quadro clínico de autismo conduzida pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) mostram que cerca de 37,9% destas foram classificadas com quadro de deficiência intelectual (QI  $\leq$  70), 23,5% estavam na faixa limítrofe (QI 71 - 85) e apenas 38,6% apresentaram QI dentro do esperado para faixa etária ou acima [32]. A variabilidade no QI entre indivíduos com TEA reflete a heterogeneidade do transtorno que abrange desde casos com comprometimento cognitivo severo até indivíduos com inteligência operando em faixa média ou mesmo superior.

Além disso, é importante considerar que apesar de comportamentos repetitivos fazerem parte dos critérios diagnósticos do TEA, sua manifestação pode se demonstrar de maneira sutil ou menos frequente em indivíduos com nível cognitivo ou habilidades verbais relativamente preservadas. A literatura aponta ainda que indivíduos autistas com perfil leve podem apresentar poucos comportamentos repetitivos evidentes, manifestando em seu lugar padrões de interesses restritos mais cognitivos e menos motores [33, 34].

Para casos de transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade, embora não haja uma redução significativa frente ao QI total, estudos indicam déficits importantes quanto a memória operacional, velocidade de processamento e atenção sustentada [35]. Para tal, os déficits observados são suficientemente significativos para impactar o desempenho acadêmico e social.

No que se refere a deficiência intelectual, o diagnóstico baseia-se diretamente em escores de QI abaixo de 70, e a prevalência global da condição é estimada entre 1% e 3%, com a maioria dos casos classificados em grau leve. Para além, o presente estudo observou uma baixa desorganização no grupo GDI. Contudo, esta pode ser compreendida em função do grau da deficiência (leve, moderada ou grave) e da presença ou não de comorbidades. Indivíduos com deficiência intelectual leve, conforme os identificados neste estudo, tendem a apresentar maior capacidade adaptativa e menor incidência de desorganização comportamental quando comparados àqueles com deficiência intelectual grave ou associada a transtornos como esquizofrenia ou de conduta [36].

Embora valores específicos possam variar entre os estudos, a tendência geral de comprometimento cognitivo em indivíduos com transtorno psiquiátricos e do neurodesenvolvimento é bem documentada. Portanto, o presente estudo corrobora a compreensão de que tais condições frequentemente envolvem alterações funcionais no processamento cognitivo.

Os prejuízos observados também podem se traduzir em dificuldades quanto à realização de atividades da vida diária e problemas de comportamento. Nesta perspectiva, foram identificadas queixas comportamentais em 46,4% (N = 45) dos 97 participantes que realizaram o processo de avaliação deste estudo. Em particular, estes apresentaram queixas subjetivas quanto ao comportamento agressivo e inquieto, com componente emocional de irritabilidade. Desta forma, percebe-se uma maior frequência de comportamentos agressivos (N = 32) voltados a si, a outras pessoas ou mesmo a animais.

Os resultados reafirmam vários estudos que relacionam prejuízos cognitivos com dificuldades frente à necessidade de autorregulação emocional e distúrbios de comportamento, independente da etiologia subjacente. Essas alterações são frequentemente crônicas e identificadas no mesmo indivíduo, aumentando o risco de baixo desempenho acadêmico e problemas sociais, além de causar consequências negativas no funcionamento psicossocial, qualidade de vida e saúde pessoal futura [22, 26]. Os efeitos observados demonstram importância significativa, visto que o entendimento da relação existente entre tais alterações e o prognóstico clínico tendem a direcionar o tratamento e impactar a natureza das intervenções, além do uso de estratégias específicas para regulação emocional.

Apesar das evidências científicas que admitem que indivíduos com transtornos psiquiátricos frequentemente apresentam queixas cognitivas e comportamentais, uma série de abordagens foram influenciadas por aspectos psicológicos e emocionais para o tratamento em saúde mental. Contudo, tais dimensões são relacionadas e interagem de forma transdiagnóstica [37], e a não integração entre todos esses componentes tende a dificultar uma melhor compreensão desses pacientes, ocasionando estimativas mais baixas de eficácia do tratamento [38].

Desse modo, estudos anteriores demonstram recusa de tratamento por parte dos pacientes, altas taxas de recaídas, aquisição de habilidades no

contexto clínico que não generalizam para outros ambientes ou mesmo o aumento na incidência de depressão na população em geral [39, 40, 41, 42]. Assim, salienta-se a necessidade de uma combinação de diferentes estratégias baseadas em evidências com intuito de intervenções mais efetivas.

De tal maneira, a não adesão ao tratamento em pacientes psiquiátricos pode ser influenciada tanto por alterações neuropsicológicas quanto pelas próprias características sintomatológicas dos transtornos mentais que, frequentemente, se sobrepõem e interagem entre si. Isto posto, não se trata de uma exclusão entre causas cognitivas ou sintomatológicas, mas sim de uma interação multifatorial em que déficits cognitivos podem amplificar os efeitos das características do transtorno, e vice-versa.

Para tal, o mapeamento de fatores psicológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais é de extrema relevância, visto a possibilidade de verificação da funcionalidade de um indivíduo. Nesse sentido, evidencia-se a abordagem neuropsicológica como uma importante ferramenta de avaliação que possibilita tanto o exame do funcionamento cognitivo como de aspectos da personalidade e do humor [43]. Tais aplicações referem-se a alterações funcionais do cérebro em diferentes faixas etárias de pacientes psiquiátricos e neurológicos.

Para além do processo de avaliação, estratégias de reabilitação neuropsicológica foram estruturadas com o intuito do desenvolvimento de novas respostas por meio de exercícios e estratégias de recuperação de uma função perdida, ocasionando redução da perda funcional. Assim, o uso de estratégias de reabilitação visa facilitar a expressão das habilidades cognitivas diante de demandas do ambiente do paciente. Consequentemente, intervenções voltadas à esfera cognitiva podem auxiliar na redução de comprometimentos cognitivos, além de aumentar o bem-estar psicológico e a capacidade de gestão dos sintomas [44].

Em suma, os comprometimentos observados em transtornos psiquiátricos tendem a causar impacto funcional em diferentes atividades do cotidiano e declínio na qualidade de vida, apresentando efeitos prejudiciais no desenvolvimento de um indivíduo [45]. Contudo, protocolos específicos de intervenção vêm sendo desenvolvidos, testados e validados ao longo do tempo, demonstrando resultados promissores [46]. São observados importantes avanços no que se refere ao entendimento quanto à manifestação de transtornos psiquiátricos, aspectos de regulação

emocional e mecanismos psicológicos. Com base no conhecimento adquirido, informações práticas devem ser integradas à prática clínica baseada em evidências.

De fato, é esperado que indivíduos de diferentes faixas etárias que possuam diagnóstico psiquiátrico apresentem algum grau de comprometimento do desempenho neuropsicológico. No entanto, para uma compreensão adequada da natureza destas alterações é fundamental investigar se tais déficits persistem após a realização de tratamento adequado e a remissão dos sintomas clínicos.

Neste sentido, uma melhora nas funções cognitivas com a estabilização do quadro clínico tendem a sugerir que os possíveis prejuízos neuropsicológicos se demonstrariam secundários ao transtorno diagnosticado. Por outro lado, a persistência dos déficits após a melhora clínica pode indicar a presença de alterações cognitivas mais estáveis ou mesmo traços de vulnerabilidade. Portanto, essa distinção é essencial tanto para fins diagnósticos e a identificação de comorbidades quanto para o planejamento de intervenções terapêuticas mais eficazes.

Assim sendo, ainda são necessários mais estudos que visem uma melhor compreensão da relação entre alterações cognitivas e comportamentais em pacientes com transtornos psiquiátricos. Estes podem auxiliar na identificação das melhores práticas clínicas não somente para crianças e adolescentes, mas para o público em geral. Além disso, pode-se influenciar positivamente a eficácia de tratamentos já disponíveis, prevenção e o desenvolvimento do manejo adequado de tais transtornos.

De tal maneira, ressalta-se que o presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas na interpretação de seus resultados. Em primeiro lugar, o delineamento transversal adotado impede o estabelecimento de relações causais entre os transtornos psiquiátricos e os déficits cognitivos e alterações comportamentais identificadas. Esse tipo de delineamento capta apenas um recorte temporal, limitando a compreensão da evolução clínica ou da influência de variáveis contextuais ao longo do tempo.

Além disso, a utilização de uma amostra de conveniência proveniente de um único serviço ambulatorial da cidade do Rio de Janeiro acaba por restringir a generalização dos resultados. Isto ocorre à medida que os dados obtidos refletem exclusivamente as características daquela

população específica, podendo não representar relevância significativa para outras realidades clínicas e regionais, o que reduz a aplicabilidade dos achados em diferentes contextos de atenção à saúde mental infanto-juvenil.

Outro ponto relevante diz respeito à exclusão formal de comorbidades diagnósticas, embora estas sejam altamente prevalentes na prática clínica em população com transtornos psiquiátricos. A ausência de investigação de tais condições limita a validade externa do estudo a medida que os participantes incluídos podem não representar a complexidade dos quadros encontrados na realidade clínica.

Soma-se a isso a ausência de instrumentos psicométricos validados e padronizados para a avaliação comportamental, como escalas específicas e quantitativas de mensuração, o que limita a objetividade e a comparabilidade dos dados sobre sintomas de ordem comportamental. A coleta dessas informações apenas por meio de entrevistas clínicas abertas, com base em relatos subjetivos dos cuidadores, reduz a precisão das interpretações e pode introduzir viés de relato por parte dos mesmos.

Tais limitações metodológicas apontam para a necessidade de estudos futuros com delineamentos longitudinais, multicêntricos e com instrumentos padronizados para aprofundar a compreensão dos fatores transdiagnósticos em psiquiatria da infância e adolescência.

## **CONCLUSÃO**

Para além dos diagnósticos em saúde mental, fatores cognitivos e comportamentais devem ser avaliados com atenção na clínica médica e psicológica, com o intuito de intervenções terapêuticas mais eficazes, além de se determinar a progressão em relação ao tratamento.

## **Agradecimentos**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à PUC-Rio pelo suporte institucional e infraestrutura proporcionados no âmbito do programa de pós-graduação.

## REFERÊNCIAS

- 1 Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. bras. psiquiatr.* 2014;63(4):360-72  
<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046>
- 2 Ahmed SP, Bittencourt-Hewitt A, Sebastian CL. Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Dev Cogn Neurosci.* 2015;15:11-25.  
<https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.07.006> PMID:26340451  
PMCID:PMC6989808
- 3 Paulus FW, Ohmann S, Möhler E, Plener P, Popow C. Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative Review. *Front Psychiatry.*2021;12:628252.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628252> PMID:34759846  
PMCID:PMC8573252
- 4 Snyder HR, Miyake A, Hankin BL. Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: bridging the gap between clinical and cognitive approaches. *Front Psychol.* 2015;6:328. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00328>  
PMid:25859234 PMCID:PMC4374537
- 5 Keyes KM, Platt J, Kaufman AS, McLaughlin KA. Association of Fluid Intelligence and Psychiatric Disorders in a Population-Representative Sample of US Adolescents. *JAMA Psychiatry.* 2017; 74(2):179-88. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3723>  
PMid:28030746 PMCID:PMC5288266
- 6 Melby L, Indredavik MS, Løhaugen GC, Brubakk AM, Skranes J, Vik T. Is there an association between full IQ score and mental health problems in young adults? A study with a convenience sample. *BMC Psychol.* 2020;8(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0372-2> PMID:32000845 PMCID:PMC6993501
- 7 Malloy-Diniz LF, Miranda DM, Grassi-Oliveira R. Editorial: Executive Functions in Psychiatric Disorders. *Front Psychol.* 2017;8:1461. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01461>  
PMid:28928684 PMCID:PMC5591960

- 8 Ferreira AA, Oliveira WG, de Paula JJ. Relações entre saúde mental e falhas cognitivas no dia a dia: Papel dos sintomas internalizantes e externalizantes. J Bras Psiquiatr. 2018;67(2):74-9. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000188>
- 9 Harvey PD. Domains of cognition and their assessment. Dialogues Clin Neurosci. 2019;21(3):227-37. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/pharvey> PMID:31749647 PMCID:PMC6829170
- 10 Akubuilu UC, Iloh KK, Onu JU, Ayuk AC, Ubesie AC, Ikefuna AN. Academic performance and intelligence quotient of primary school children in Enugu. Pan Afr Med J. 2020;36:129. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.129.22901> PMID:32849984 PMCID:PMC7422740
- 11 Edirisooriya M, Dykiert D, Auyeung B. IQ and Internalising Symptoms in Adolescents with ASD. J Autism Dev Disord. 2021;51(11):3887-907. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04810-y> PMID:33381856 PMCID:PMC8510967
- 12 Ngo H, VanderLaan DP, Aitken M. Self-esteem symptom severity and treatment response in adolescents with internalizing problems. J Affect Disord. 2020;273:183-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.045> PMID:32421601
- 13 Tooley UA, Bassett DS, Mackey AP. Environmental influences on the pace of brain development. Nat Rev Neurosci. 2021;22(6):372-84. <https://doi.org/10.1038/s41583-021-00457-5> PMID:33911229 PMCID:PMC8081006
- 14 Wechsler D. Escala Wechsler abreviada de Inteligência (WASI). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2014.
- 15 Ball G, Kelly CE, Beare R, Seal ML. Individual variation underlying brain age estimates in typical development. Neuroimage. 2021;235:118036. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.118036> PMID:33838267
- 16 Wechsler SM, Machado WL, Ribeiro RKSM, Souza AF, Schneider P, Goetz E, Costa W, Costa CIG. Análise da Estrutura Interna da Bateria de Avaliação Intelectual de Jovens e Adultos. Psico-USF.

2019;24(4):779-90. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240414>

- 17 Schneider WJ, McGrew K. The Cattell-Horn-Carroll model of intelligence. In: Flanagan D, Harrison P, editors. Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues. 3rd ed. New York: Guilford; 2012. p. 99-144.
- 18 Yates DB, Trentini CM, Tosi SD, Corrêa SK, Poggere LC, Valli F. Apresentação da Escala de Inteligência Wechsler abreviada: (WASI). Aval. Psicol. 2006;5(2):227-33. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712006000200012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200012&lng=pt&tlng=pt)
- 19 Razani J, Murcia G, Tabares J, Wong J. The effects of culture on WASI test performance in ethnically diverse individuals. Clin Neuropsychol. 2007;21(5):776-88. <https://doi.org/10.1080/13854040701437481> PMID:17676543
- 20 Hasson R, Wu I, Fine J. Clinical utility of the WASI-II and its association with acculturation levels among Arab American adolescent males. Appl Neuropsychol Child. 2019;8(4):295-306. <https://doi.org/10.1080/21622965.2018.1442219> PMID:30773053
- 21 Sartori RF, Valentini NC, Fonseca RP. Executive function in children with and without developmental coordination disorder: A comparative study. Child Care Health Dev. 2020;46(3):294-302. <https://doi.org/10.1111/cch.12734> PMID:31845379
- 22 Vergunst F, Commisso M, Geoffroy MC, Temcheff C, Poirier M, Park J, Vitaro F, Tremblay R, Côté S, Orri M. Association of Childhood Externalizing, Internalizing, and Comorbid Symptoms With Long-term Economic and Social Outcomes. JAMA Netw Open. 2023;6(1):1-14. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49568> PMID:36622675 PMCID:PMC9856729
- 23 de Wit MM, Polderman TJ. The heritability and molecular genetics of mental disorders. In: Friedman HS, Markey CH, editors. Encyclopedia of Mental Health. 3rd ed. Cambridge: Academic Press; 2023. p. 125-39. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00160-0>

- 24 Mayes SD, Castagna PJ, Waschbusch DA. Sex Differences in Externalizing and Internalizing Symptoms in ADHD, Autism, and General Population Samples. *J Psychopathol Behav Assess*. 2020;42:519-26. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09798-4>
- 25 Ogundele MO. Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World J Clin Pediatr*. 2018;7(1):9-26. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v7.i1.9> PMID:29456928 PMCID:PMC5803568
- 26 Caqueo-Urizar A, Flores J, Escobar C, Urzúa A, Irrarázaval M. Psychiatric disorders in children and adolescents in a middle-income Latin American country. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):104. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02512-4> PMID:32138703 PMCID:PMC7059272
- 27 Piao J, Huang Y, Han C, Li Y, Xu Y, Liu Y, He X. Alarming changes in the global burden of mental disorders in children and adolescents from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(11):1827-45. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02040-4> PMID:35831670
- 28 Zijlmans JL, Lamballais S, Vernooij MW, Ikram MA, Luik AI. Sociodemographic, Lifestyle, Physical, and Psychosocial Determinants of Cognitive Reserve. *J Alzheimers Dis*. 2022;85(2):701-13. <https://doi.org/10.3233/JAD-215122> PMID:34864674 PMCID:PMC8842775
- 29 Voldsbekk I, Kjelkenes R, Wolfers T, Dahl A, Lund MJ, Kaufmann T, Fernandez-Cabello S, de Lange A-NG, Tammes CK, Andreassen AO, Westlye LT, Alnaes D. Shared pattern of impaired social communication and cognitive ability in the youth brain across diagnostic boundaries. *Dev Cogn Neurosci*. 2023;60:101219. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2023.101219> PMID:36812678 PMCID:PMC9975702
- 30 Chavez-Baldini U, Nieman DH, Keestra A, Lok A, Mocking RJT, de Koning P, Krzhizhanovskaya. VV, Bockting CLH, Rooijen GV, Smit DJA, Sutterland AL, Verweij KJH, Wingen GV, Wigman JTW, Vulink NC, Denys D. The relationship between cognitive functioning and psychopathology in patients with psychiatric disorders: a transdiagnostic network analysis. *Psychol Med*. 2023;53(2):476-85.

<https://doi.org/10.1017/S0033291721001781> PMID:34165065  
PMCID:PMC9899564

- 31 Frazier TW, Demaree HA, Youngstrom EA. Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*. 2004;18(3):543-555. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.18.3.543> PMID:15291732
- 32 Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, Durkin MS, Fitzgerald RT, Furnier SM, Hughes MM, Ladd-Acosta CM, McArthur D, Pas ET, Salinas A, Vehorn A, Williams S, Esler A, Grzybowski A, Hall-Lande J, Nguyen RHN, Pierce K, Zahorodny W, Hudson A, Hallas L, Mancilla KC, Patrick M, Shenouda J, Sidwell K, DiRienzo M, Gutierrez J, Spivey MH, Lopez M, Pettygrove S, Schwenk YD, Washington A, Shaw KA. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ*. 2023;72(2):1-14. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1> PMID:36952288  
PMCID: PMC10042614
- 33 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 34 Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, Jones EJM, Jones RM, Pickles A, State MW, Taylor JL, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):1-23. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>  
PMID:31949163 PMCID:PMC8900942
- 35 Little L, Anwyll M, Norsworthy L, Corbett L, Schultz-Froggatt M, Gallagher P. Processing speed and sustained attention in bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord*. 2024;26(2), 109-28.  
<https://doi.org/10.1111/bdi.13396> PMID:37973384
- 36 Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WH, Coulter DL. Intellectual disability: definition, classification, and

systems of supports 11th ed. Silver Spring: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2009.

- 37 Springer KS, Levy HC, Tolin DF. Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018;61:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002> PMID:29576326
- 38 Henderson C, Farrelly S, Flach C, Borschmann R, Birchwood M, Thornicroft G, Waheed W, Szmukler G. Informed advance refusals of treatment by people with severe mental illness in a randomised controlled trial of joint crisis plans: demand, content, and correlates. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):376. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1542-5> PMID:29178895 PMCID:PMC5702102
- 39 Hett D, Morales-Muñoz I, Durdurak BB, Carlisch M, Marwaha S. Rates and associations of relapse over 5 years of 2649 people with bipolar disorder: a retrospective UK cohort study. *Int J Bipolar Disord.* 2023;11(1):23. <https://doi.org/10.1186/s40345-023-00302-x> PMID:37391627 PMCID:PMC10313572
- 40 Westwood SJ, Parlatini V, Rubia K, Cortese S, Sonuga-Barke EJS. European ADHD Guidelines Group (EAGG). Computerized cognitive training in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a meta-analysis of randomized controlled trials with blinded and objective outcomes. *Mol Psychiatry.* 2023;28(4):1402-14. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02000-7> PMID:36977764 PMCID:PMC10208955
- 41 Ormel J, Hollon SD, Kessler RC, Cuijpers P, Monroe SM. More treatment but no less depression: The treatment-prevalence paradox. *Clin Psychol Rev.* 2022;91:102111. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102111> PMID:34959153
- 42 Charchat-Fichman H. *Neuropsicologia Clínica.* São Paulo: Manole; 2021.
- 43 Langer AI, Schmidt C, Mayol R, Díaz M, Lecaros J, Krogh E, Pardow A, Vergara C, Vergara G, Pérez-Herrera, Villar MJ, Maturana A, Gaspar PA. The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.*

2017;18(1):233. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1967-7>  
PMid:28545578 PMCID:PMC5445512

- 44 Kosheleff AR, Mason O, Jain R, Koch J, Rubin J. Functional Impairments Associated With ADHD in Adulthood and the Impact of Pharmacological Treatment. *J Atten Disord*. 2023;27(7):669-97. <https://doi.org/10.1177/10870547231158572> PMid:36876491 PMCID:PMC10173356
  - 45 McCutcheon RA, Keefe RS, McGuire PK. Cognitive impairment in schizophrenia: etiology, pathophysiology, and treatment. *Mol Psychiatry*. 2023;28:1902-18. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01949-9> PMid:36690793 PMCID:PMC10575791
  - 46 Naamanka E, Salakka I, Parkkila M, Hotti J, Poutiainen E. Effectiveness of teleneuropsychological rehabilitation: Systematic review of randomized controlled trials. *J Int Neuropsychol Soc*. 2024;30(3):295-312. <https://doi.org/10.1017/S1355617723000565> PMid:37746802
-

📌 **Tabela 1.** Variáveis descritivas por grupos diagnósticos

Grupo	<b>GTEA</b>	<b>GDI</b>	<b>GTDAH</b>	<b>GTP</b>	<b>GND</b>
	<b>(N = 26)</b>	<b>(N = 26)</b>	<b>(N = 19)</b>	<b>(N = 15)</b>	<b>(N = 11)</b>
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>
Idade	11,54 (2,56)	11,62 (2,66)	9,74 (2,68)	13,27 (1,87)	9,55 (2,11)
Ano escolar	6,12 (2,70)	5,15 (2,78)	4,32 (2,33)	7,47 (2,61)	3,82 (2,48)
<b>Sexo</b>					
Meninas	06	10	05	05	08
Meninos	20	16	14	10	03

**Fonte:** Os autores

**Notas:** **GTEA** = Transtorno do Espectro Autista; **GDI** = Deficiência Intelectual; **GTDAH** = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; **GTP** = Transtornos Psiquiátricos em geral; **GND** = Pacientes em processo diagnóstico; **DP** = Desvio padrão

↑ **Tabela 2.** Comparação das médias de desempenho dos grupos na WASI

Grupo	GTEA	GDI	GTDAH	GTP	GND	pp
	(N = 26)	(N = 26)	(N = 19)	(N = 15)	(N = 11)	
	Média (DP)					
QIT	86,19 (20,08)	69,38 (15,41)	85,89 (14,53)	83,87 (16,19)	75,45 (18,88)	.00 6
QIV	86,62 (20,35)	71,04 (17,46)	86,37 (16,52)	86,67 (20,27)	77,09 (22,53)	.01 7
QIE	88,73 (19,23)	74,46 (15,09)	91,26 (16,68)	84,00 (13,63)	79,18 (16,73)	.01 0

**Fonte:** Os autores

**Notas:** **QIT** = Quociente de Inteligência Total; **QIV** = Quociente de Inteligência Verbal; **QIE** = Quociente de Inteligência de Execução; **p** = significância; **DP** = Desvio padrão teste kruskal-wallis [ $X^2(4) = 14,613$ ;  $P < 0,05$ ]

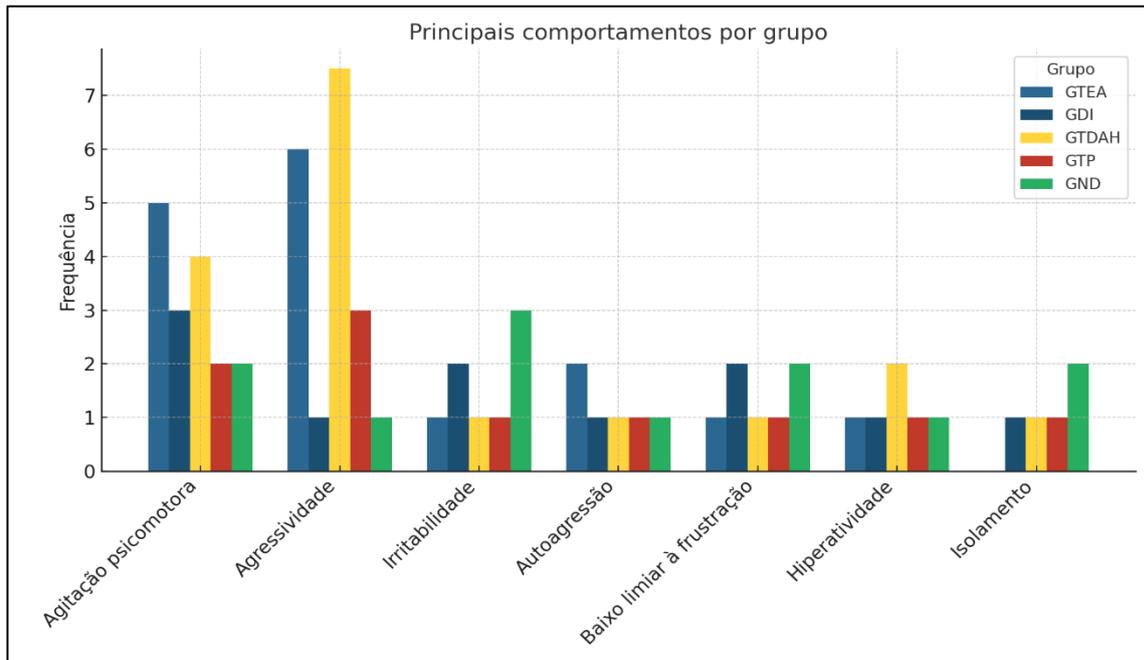


Gráfico 1. Alterações comportamentais e frequência no grupo de participantes

Fonte: Os autores

Notas: **GTEA** = Transtorno do Espectro Autista; **GDI** = Deficiência Intelectual; **GTDAH** = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; **GTP** = Transtornos Psiquiátricos em geral; **GND** = Pacientes em processo diagnóstico