



**Qualidade de Vida de Adolescentes e Jovens Adultos
com Cardiopatia Congénita**

Ana Catarina Lages Nascimento

2015

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

**Qualidade de Vida de Adolescentes e Jovens Adultos
com Cardiopatia Congénita**

**Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.**

Trabalho realizado sob Orientação da Prof. Dr.^a Maria Emília Guimarães Areias,
Psicóloga Clínica e Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia, Instituto
Superior Ciências Saúde – Norte

Ana Catarina Lages Nascimento

2015

Agradecimentos

Não possuindo como intuito único a finalização de um dos meus primeiros objectivos, queria reforçar os meus agradecimentos a todos aqueles que me apoiaram e que sempre valorizaram todo o meu trabalho e esforço e que, como tal, ajudaram-me na caminhada de todo este percurso e que me permitiu alcançar, desenvolver e reestruturar sonhos.

Índice

I.	Introdução	01
II.	Objectivos	09
III.	Material e Métodos	10
	Participantes	10
	Instrumentos	13
	Procedimento	14
	Desenho	15
	Métodos de Análise Estatística	15
IV.	Resultados	16
V.	Discussão	28
VI.	Conclusão	35
VII.	Referências Bibliográficas	36
VIII.	Anexos	46

Índice de Anexos

Anexo 1: Abstract aprovado e apresentado em formato de *poster* no Congresso *American Heart Association* (Novembro, 2014)

Anexo 2: Co-Autora do artigo Submetido à revista *Circulation* (será enviado aos elementos do júri)

Anexo 3: Instrumentos

- 3.1- Termo de Consentimento Informado
- 3.2- Ficha de Identificação
- 3.3- Entrevista Semi-Estruturada
- 3.4- ABCL: *Adult Behavior Checklist*
- 3.5- CBCL: *Child Behavior Checklist*
- 3.6- YSR: *Youth Self – Report*
- 3.7- ASR: *Adult Self – Report*
- 3.8- WHOQOL-BREF: *World Health Organization’s Quality of Life Instrument-Bref*
- 3.9- NEO-FFI: *NEO FIVE-FACTOR Inventory*
- 3.10- SADS-L: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Lifetime Version*

Anexo 4: Outras participações

4.1- Congresso da Sociedade Latina e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (Setembro, 2014)

4.2- Seminário Realizado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2014)

Resumo

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida (QV) em adolescentes e jovens adultos com o diagnóstico de Cardiopatia Congênita (CC). **Métodos:** Participaram 266 pacientes com CC, 148 do sexo masculino e 118 do sexo feminino, com idade entre os 12 e os 30 anos ($\bar{X} = 16.74 \pm 3.219$). Foram recolhidos dados relativos ao suporte social, informação demográfica e limitações físicas. Completaram a entrevista semiestruturada, os questionários de auto-relato para o ajustamento psicossocial (YSR / ASR), avaliação da qualidade de vida (WHOQOL - BREF), o *NEO FIVE – FACTOR Inventory* (NEO-FFI) e as questões da entrevista psiquiátrica estandardizada (SADS-L). **Resultados:** A prevalência de psicopatologia ao longo da vida nos participantes é de 15.3% (18.5% no sexo feminino e 12.7% no sexo masculino). A percepção da QV dos participantes é melhor em comparação com a população portuguesa, nos domínios relações sociais, meio ambiente e QV geral e influente perante a escolaridade da mãe (domínio psicológico). No entanto, esta percepção é pior na tipologia complexa/grave vs. formas moderada/leve, com lesões residuais moderadas / graves vs. lesões leves, competência física limitada vs. com competência física satisfatória e em participantes mais velhos (com 19 a 30 anos de idade) vs. participantes mais novos (com 12 a 18 anos de idade). A percepção da QV (domínio físico) é pior em participantes que foram submetidos a mais de duas intervenções cirúrgicas vs. menos intervenções cirúrgicas. Por seu lado, participantes com a CC cianótica apresentam características de menor *Extroversão* e *Responsabilidade* vs. CC acianótica. Valores da correlação entre NEO-FFI e QV, em relação à CC, evidenciam características relevantes, analisadas estatisticamente, quanto ao *Neuroticismo* para com os domínios da QV (físico e psicológico) a *Amabilidade* (domínio físico). Ter lesões residuais graves e moderadas associam-se a um maior risco de morbilidade psiquiátrica, bem como ter características de menor *Amabilidade* conjectura uma pior percepção da QV. **Conclusões:** os pacientes do sexo feminino, pacientes com idade superior a 19 anos, com tipologia complexa / grave de CC, competência física limitada, mais de duas intervenções cirúrgicas e lesões residuais moderadas / graves têm uma pior percepção de qualidade de vida. Ter lesões residuais graves e moderadas prediz para um maior risco de morbilidade psiquiátrica, bem como quanto menor a *Amabilidade*, em pacientes com CC, pior percepção de QV.

Palavras – Chave: Cardiopatia congênita, qualidade de vida, morbilidade psiquiátrica, traços de personalidade.

Abstract

Aims: Assess the quality of life (QoL) in adolescents and young adults diagnosed with congenital heart disease (CHD). **Methods:** 266 patients with CHD participated, 148 male and 118 females aged between 12 and 30 years old (mean=16.74 ± 3.219). Data regarding social support, demographic information and physical limitations was collected. Patients completed the semi-structured interview, questionnaires for self-reported social support (YSR / ASR), questionnaires for assessment for QoL (WHOQOL - BREF), the NEO FIVE-FACTOR Inventory (NEO-FFI) and questions from the standardized psychiatric interview (SADS - L). **Results:** The prevalence of psychopathology along the participant's life is 15.3% (18.5% female and 12.7% male). The perception of QoL of the participants is better compared to the Portuguese population, the social relationships, environment and overall QoL and influential before the mother's education (psychological domain). However, this perception is worse in the complex typology / severe vs. moderate / mild forms, with moderate / severe residual lesions vs. minor injuries, limited physical competence vs. with satisfactory physical competence and in older subjects (19 to 30 years old) vs. younger participants (12 to 18 years old). The perception of QoL (physical domain) is worse in participants who underwent more than two surgeries vs. fewer surgical interventions. For its part, participants with cyanotic CC have less features and extroversion vs. Responsibility CC acyanotic. Results of the correlation between NEO-FFI and QoL, in relation to CC, demonstrate relevant characteristics, statistically analyzed, in terms of Neuroticism towards domains of QoL (physical and psychological) to Kindness (physical domain). Having severe and moderate residual lesions are associated with an increased risk of psychiatric morbidity as well as having features of lower Kindness conjecture a worse perception of QoL. **Conclusions:** female patients, patients older than 19 years old with complex / severe type of CC, limited physical ability, more than two surgeries and moderate / severe residual lesions have a worse perception of quality of life. Having severe and moderate residual lesions predicts to an increased risk of psychiatric morbidity and the lower the Kindness in patients with CC, worse perception of QoL.

Key words: Congenital heart disease, quality of life, psychiatric morbidity, personality traits.

I. Introdução

A Cardiopatia Congénita (CC) é uma malformação no coração ou nos grandes vasos sanguíneos, ocorrida durante o desenvolvimento do feto, entre a 3ª e a 6ª semana de gestação (Nousi, & Christou, 2010). A sua etiologia é resultante de irregularidades cromossómicas ou de mutações (Cleziou, & Lange, 2014). É a principal causa de mortalidade no 1º ano de vida quando não são verificadas etiologias infecciosas (Richards, & Garg, 2010) e a irregularidade mais comum em recém-nascidos (Fahed, Gelb, Seidman, & Seidman, 2013), sendo detectada antes do nascimento, entre 15 a 30% dos casos (Batalha, Rebelo, Freitas, Borges, & Pinto, 2011).

Na década de 1950, apenas 20% dos recém-nascidos com CC sobreviviam (Reid, Webb, Barzel, McCrindle, Irvine, & Siu, 2006). Actualmente, com o melhoramento da intervenção cardiovascular pediátrica, as taxas de mortalidade de crianças com CC diminuíram, permitindo um aumento da probabilidade de atingir a idade adulta (Marino, Uzark, Ittenbach, & Drotar, 2010).

Tendo em consideração o conceito de gravidade da doença, alvo de discussão ao longo dos anos, as técnicas para o tratamento da CC têm, desde 1980, evoluído gradualmente (Spijkerboer, Utens, Koning, Bogers, Helbing, & Verhulst, 2006), levando ao aumento da incidência de pacientes com CC por incremento da sua esperança de vida (Kim, 2014; Marino et al., 2010). Na actualidade, o número de crianças com CC complexa, submetidas a intervenções cirúrgicas, têm sobrevivido até à idade adulta, verificando-se uma diminuição na mortalidade (Knowles, Day, Wade, Bull, Wren, Dezateux, & On behalf of the UK Collaborative Study of Congenital Heart Defects Cukcschd, 2014).

Clinicamente, a CC é classificada como cianótica e acianótica, mediante a quantidade fisiológica de oxigénio no sangue arterial. O termo cianose deriva do grego *kyanōsis*, ou seja, cor azul-escuro, resultante da imperfeição congénita e da diminuição da oxigenação de células vermelhas do sangue, havendo uma entrega de glóbulos vermelhos desoxigenados na circulação sistémica (Seslar, 2012). A respectiva tonalidade é observada na cor da pele nas CC cianóticas. As CC acianóticas são resultantes da presença de uma anomalia na comunicação do Septo Arterial, ocupando, em média, 75%. É subsequente da incorrecção anatómica, derivada de mutação

genética, provocando alterações na sua direcção e magnitude, com uma ocorrência 2 a 3 vezes superior no sexo feminino e não causando alterações na coloração da pele (Brickner, Hillis, & Lange, 2000b).

Mediante o espectro da malformação cardíaca, as CC podem ser classificadas, perante a sua gravidade, como Leves, Moderadas ou Graves / Complexas (Rassart, Luyckx, Goossens, Apers, Klimstra, & Moons, 2013; Schoormans, Sprangers, Budts, Mulder, Apers, & Moons, 2013; Kovacs, Sears, & Saidi, 2005). As CC categorizadas como Leves provocam poucas limitações na vida dos pacientes, não apresentando sintomatologia nem elevada necessidade de intervenção cirúrgica. As CC caracterizadas como Moderadas são mais propensas a estas intervenções, as quais influenciam as expectativas de vida do paciente. Na presença de CC na forma Graves / Complexa, havendo a necessidade de acompanhamento cardíaco regular, podendo existir limitações ao nível da prática de actividade física e a incapacidade de realizar uma actividade profissional a tempo inteiro (Kovacs et al., 2005).

A CC é classificada como uma doença crónica na qual os pacientes são sujeitos a uma panóplia de obstáculos. A intervenção cirúrgica corresponde a um fenómeno assaz recorrente, resultando em marcas corporais visíveis (alterações na morfologia e / ou cicatrizes) que podem reflectir-se na apreciação da imagem corporal (Kovacs et al., 2005). Adolescentes com CC, por exemplo, são propensos a sentirem-se diferentes das pessoas saudáveis, conseqüente aos vários graus de limitações físicas e lesões residuais (Kim, 2014), um aspecto relevante associado ao desenvolvimento de sintomas da Perturbação pós Stress Traumático (PSPT), a longo prazo, e resultante de intervenção cirúrgica na infância (Toren, & Horesh, 2007).

Como referido anteriormente, a CC afecta diversas faixas etárias. Em particular, nos jovens, constata-se factores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica (РУДНИКОВИЧ, ИВАНОВ, & ПАХМАЗОВА, 2011), tendendo a desenvolver ansiedade e depressão que resulta da (re-) hospitalização frequente, consumo diário de fármacos e resultantes limitações (Nousi et al., 2010). Dados referentes da prevalência exacta de depressão e ansiedade, em adolescentes com CC, são desconhecidos (Kim, 2014) e o seu diagnóstico pode causar danos no aspecto físico e atraso a nível escolar (Johnson, 2014).

A personalidade também é um elemento importante na CC. Segundo a proposta de M. Reuchlin (1992), a personalidade pode ser definida como “(...) uma característica relativamente estável e geral da maneira de ser de uma pessoa no seu modo de reagir às situações nas quais se encontra (...)”. No entanto, a existência de definições diversificadas é um facto, sendo de notar a evidência de unanimidade entre eles, uma vez que são concordantes em ponderar que a personalidade é a caracterização da pessoa. Envolve os pensamentos, crenças e expectativas desta (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2009), permitindo patentear a sua estrutura básica, física e psicológica, visto incrementar padrões de comportamento analisados nos diversos níveis da sua evolução (Savastano, 1980). Representa a “concepção da sua unidade integradora”, bem como toda a caracterização diferencial perseverante e aspectos únicos de comportamento. Assim, a personalidade expõe a organização empreendedora da fisionomia cognitiva, afectiva, fisiológica e morfológica (Dias, 2004) e as suas diferenças individuais são frequentemente descritas na base de um pequeno conjunto de características dimensionais e fundamentais que são comumente definidas como padrões largamente consistentes de pensamentos, sentimentos e acções ao longo do tempo e da situação (Kandler, Zimmermann, & McAdams, 2014).

Os estudos desenvolvidos sobre a personalidade e a visão dos pacientes com CC sobre si mesmos (“autoconceito”), bem como a relação entre a personalidade e a adaptação à doença em adolescentes, recebem pouca ou nenhuma atenção na literatura (Jessica, Koen, & Philip, 2015; Rassart et al., 2013).

Outra situação a estimar está associada aos adolescentes: salienta-se que a adolescência é considerada uma das etapas do ciclo de vida mais críticas no desenvolvimento do ser humano como pessoa, dada a existência de diversificadas mudanças nos aspectos físico e cognitivo, que, por sua vez, influem e contribuem para alterações nos domínios biológico e psicossocial desta, podendo serem analisados mediante a teoria dos traços de personalidade (*Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Responsabilidade*) (Klimstra, Hale, Raaijmakers, Branje, & Meeus, 2009), ou seja, um conjunto de referências à caracterização semelhante e existente entre as pessoas (Paim, 2002). Especificamente, os adolescentes tendem a ir ao encontro de uma maior maturidade da personalidade, definida por intermédio de dois aspectos: como a pessoa se sente perante si e como os outros se sentem perante ela

(Hogan, & Roberts, 2004). No entanto, as respectivas mudanças podem ser particularmente difíceis para adolescentes com doença crónica, pois estes são paralelamente confrontados com desafios físicos (delimitação física) e psicológicos (isolamento) da doença, requerendo, por isso, uma maior atenção (Rassart et al., 2013).

Mediante um estudo desenvolvido por De Clercq, De Fruyt, Koot, & Benoit (2004), com o objectivo de analisar possíveis relações entre a teoria dos traços de personalidade, numa amostra de adolescentes com doenças crónicas, verificou-se que a *Amabilidade* (definida como uma personalidade cortês, confiante e educada mas não muito forte preditor de desempenho no trabalho (Hersen, 2004)) encontra-se, de modo positivo, associada com a percepção de QV, física e psicológica. Igualmente, o *Neuroticismo* (referente à adaptação versus instabilidade emocional (Hersen, 2004)) vai ao encontro, de forma directamente proporcional, com a QV e a percepção da própria saúde, possivelmente pelo controlo e adaptabilidade à doença, o que se reflecte numa menor sintomatologia (Van De Vem, & Engels, 2011). Pacientes com características de menor *Extroversão* (quantidade da intensidade de interacções interpessoais e seu nível de actividade (Hersen, 2004)) demonstram uma maior possibilidade de evidenciar mais coesão social (Asendorpf, & van Aken, 2003), bem como dificuldades de comunicação (Schoormans, Mulder, Melle, Pieper, Dijk, Sieswerda, Hulsbergen – Zwarts, Plokker, Brunninkhuis, Vliegen & Sprangers, 2012), levando a uma maior inibição social (Caspi, Roberts, & Shiner, 2005). Atendendo à inexistência de estudos cuidadosamente estruturados, relevantes para a análise dos efeitos de eventos stressantes (associados a impactos nos aspectos observados na teoria dos traços de personalidade), na adolescência, o elemento preditivo *Extroversão* para com a QV é pouco claro, não permitindo qualquer conclusão, mesmo havendo a referência da associação entre ambos (De Clercq et al., 2004; Van de Vem et al., 2011). Igualmente, na suposição da presença de características de menor *Amabilidade*, a diminuição no funcionamento emocional é um facto constatado (Van de Vem et al., 2011). Pacientes com características de menor *Amabilidade*, seguindo esta lógica, teriam uma pior percepção de QV (De Clercq et al., 2004; Van de Vem et al., 2011), como também mais capacidades de confrontar problemas na abordagem escolar (Judge, Higgins, Thoreson, & Barrick, 1999), pois a responsabilidade existente acarreta características específicas do contexto em causa que contribuem positivamente para um bom desempenho académico (Caspi et al., 2005).

Por outro lado, colocou-se a hipótese de que pacientes com características de menor *Neuroticismo* estariam relacionados com uma abordagem emocional pobre, resultante da evidência de uma maior probabilidade de dificuldades sociais devido a comportamentos de frustração e ansiedade (Caspi et al., 2005). Além disso, pacientes com características de menor *Neuroticismo* teriam mais dificuldades no modo de agir (Schoormans et al., 2012). Mas, por outro lado, supõe-se que as características de *Extroversão* e *Neuroticismo* têm correlação para com a QV (Diener, & Lucas, 1999).

No que concerne à característica *Abertura à Experiência* (indivíduos criativos e curiosos (Hersen, 2004)), não foram colocadas hipóteses específicas, visto ser um dos traços de personalidade menos compreendidos (Caspi et al., 2005) e as investigações associadas serem pouco coerentes (Van de Ven et al., 2011).

No entanto, existe a hipótese de que a *Responsabilidade* seja um elemento preditor, tanto para o funcionamento emocional e escolar (desempenho académico, como a atenção, organização e definição de objectivos), como também para os problemas cognitivos (De Clercq et al., 2004; Caspi et al., 2005).

Tendo em conta a clarificação dos traços de personalidade, como a *Amabilidade*, de pacientes com CC, estes podem colocar em risco a adaptação à doença (Rassart et al., 2013), dada a sua contribuição para o humor negativo, baixa QV percebida e isolamento social em pacientes com doenças cardiovasculares, factor que tem tido grande atenção (Valls, & Rueda, 2013).

Por seu turno, o estudo de Schoormans et al. (2012) veio evidenciar a importância da análise da personalidade em pacientes com CC. Demonstrou que a observação de personalidade tipo D (alto efeito negativo combinado com inibição social) encontra-se correlacionada com a deterioração da acção funcional, levando a um pior estado de saúde e qualidade de vida (QV). Por outro lado, sugere que podem ser alvo de importantes intervenções futuras e de prevenção que vise melhorar a saúde física e psicológica (Schoormans et al., 2012).

O nível social é um importante aspecto a referenciar, pois tende a desencadear dificuldades em pacientes com CC. São propensos a desenvolver sentimento de incapacidade em responder positivamente às propostas colocadas, bem como às de que gostariam, voluntariamente, fazer, visto que as limitações físicas e suspensão do percurso escolar, mediante o longo processo de tratamento e hospitalização (Nousi et al., 2010), são fenómenos recorrentes (Krol, Grootenhuis, Destrée-Vonk, Lubbers,

Koopman, & Bob, 2003). A presença de CC, por intermédio de diagnóstico, leva a uma maior incidência de dificuldades académicas, problemas de comportamento, atraso na fala, falta de atenção e hiperactividade (Bertoletti, Marx, Júnior, & Pellanda, 2013; Liamlahi, Rhein, Böhres, Buechel, Knirsch, Landolt, & Latal, 2014). Desde esse ponto, a demonstração de preocupação por parte dos pais tem sido um facto observado, delimitando a actividade física dos seus descendentes, não permitindo a tomada de iniciativa dos pacientes com CC e prejudicando a sua própria auto-estima (Nousi et al., 2010).

A percepção que os pacientes com CC têm em relação à doença difere da noção dos pais. A compreensão objectiva da doença pode ser elaborada correctamente por estes mas a extensão subjectiva, ou seja, o domínio da consciência do paciente com CC é a principal fonte de informação referente ao seu estado de saúde. Não obstante, a análise proveniente dos pais e dos pacientes fornece dados completos da situação, levando à estruturação de programas de intervenção mais adequados (Nousi et al., 2010).

Porém, a escolaridade dos pais encontra-se associada à procura de assistência médica e ao seu intervalo de tempo, delimitando o agravamento de saúde da criança e da ocorrência precoce de intervenção cirúrgica, favorável antes da deterioração da função cardíaca ou do aparecimento de complicações no sistema respiratório ou circulatório. Na análise de baixa escolaridade dos pais, há uma maior dificuldade no reconhecimento e na importância atribuída ao apoio clínico, levando a que pacientes com CC apresentem sintomatologia depressiva, de ansiedade e comportamento agressivo para com o meio envolvente (Nousi et al., 2010). Analisa-se, assim, que o nível de escolaridade dos pais encontra-se relacionado com a QV dos filhos, de acordo com o referido anteriormente.

A definição uniforme de QV, até então, não foi estabelecida, e a sua clarificação altera de país para país (Kim, 2014). Reconhece-se que é um termo complexo e de difícil concepção, tratando-se de uma variável “emergente” e multidimensional que integra percepções subjectivas do funcionamento social, emocional, cognitivo e físico (Gladis, Gosch, Dishuk, & Crits-Christoph, 1999; Latal, Helfricht, Fischer, Bauersfeld, & Landolt, 2009; Helbing, & Utens, 2014). A sua investigação, em todas as faixas etárias, tem ganho uma maior atenção como um factor importante no desenlace da saúde dos pacientes, não unicamente relacionado com a sintomatologia e condições clínicas mas,

também, com o seu nível de bem-estar e satisfação com a vida, como um todo (Bertoletti et al., 2013).

Deste modo, as mudanças na imagem corporal, a presença de sintomatologia psiquiátrica, características dos traços de personalidade, aspectos sociais, desempenho escolar, restrição da actividade física, percepção da doença e escolaridade parental são aspectos que influenciam a percepção da QV dos pacientes com CC.

QV pode ser vista como a aptidão inerente à acção do jovem face a contextos situacionais e a obtenção de satisfação pessoal na sua realização (Marino et al., 2010). No entanto, é verificada uma diminuição na QV de pacientes com CC, após a correcção cirúrgica, no desempenho de actividades, associado ao *stress* físico, emocional e que delimita significativamente a sua exequibilidade (Дроздова, Мацуга, Демченко, & Суганяк, 2013). Contudo, existem resultados que narram que a QV na dimensão de bem-estar físico e psicológico são superiores em pacientes com CC, sujeitos a intervenção cirúrgica e acompanhamento farmacológico (Bertoletti, Marx, Hattge, & Pellanda, 2014) e que a gravidade da doença e respectivas desvantagens sociais também têm efeito significativo com a QV (Goldbeck, & Melches, 2006).

Segundo Dahan-Oliel, Majnemer & Mazer (2011), esta evidência encontra-se relacionada com as limitações físicas (reais e percebidas) de adolescentes com CC, podendo conduzir a limitações dispensáveis e comportamentos de protecção excessiva que potencialmente intervêm na sua compreensão sobre a QV.

No entanto, não são verificados dados estatisticamente significativos entre pacientes com CC acianóticas e CC cianóticas, bem como para os diversos diagnósticos de CC. O tipo de diagnóstico inicial de CC não afigura a percepção de QV (Bertoletti et al., 2014) mas os pacientes demonstram uma maior propensão para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (Olsen, Srensen, Hjortdal, Christensen, & Pedersen, 2011). Também o reconhecimento da doença, em adolescentes, paralelamente com a psicofisiologia de bem-estar, influencia a QV, através da diminuição da sintomatologia depressiva e de ansiedade, sentimento de optimismo e apoio social adequado (Wang, Hay, Clarke, & Menahem, 2014).

A percepção de uma boa QV do doente é avaliada, pelos pais, mediante o seu desempenho na capacidade motora (Kwon, Mussatto, Simpson, Brosig, Nugent, & Samyn, 2011). A concordância é mais elevada, com os seus filhos, na existência de uma QV baixa dos pais (Goldbeck, & Melches, 2005).

Procurando clarificar o papel dos diversos factores de risco na percepção de qualidade de vida dos doentes com cardiopatias congénitas, procurou-se compreender como estes agem na QV de pacientes com CC, com base em variáveis demográficas e clínicas, e de que forma condicionam os pacientes.

II. Objectivos

Os objectivos desta investigação foram os seguintes:

Avaliar a percepção de qualidade de vida (QV) de adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de cardiopatia congénita (CC), analisando quais as variáveis que contribuem e influenciam reduzindo o *stress e promovendo a resiliência*, e quais as que têm um efeito nocivo.

Estudar a morbilidade psiquiátrica e o ajustamento psicossocial dos doentes, analisando quais as variáveis demográficas e clínicas que estão associadas com maior propensão para a psicopatologia e pior ajustamento psicossocial.

Pesquisar o comportamento e o desempenho escolar, bem como as reprovações, o suporte social e familiar, limitações físicas e imagem corporal dos participantes.

Avaliar a influência dos traços de personalidade na percepção da qualidade de vida destes pacientes.

Averiguar os factores de risco que predizem uma pior qualidade de vida, nos participantes.

III. Material e Métodos

Participantes

Contextualizando, a população do estudo corresponde a adolescentes e jovens adultos com CC. Assim, participaram na investigação 266 doentes com CC, 148 do sexo masculino e 118 do feminino. A idade média era de 16.74 anos \pm 3.219 (situando-se entre os 12 e os 30 anos) que tinham acompanhamento clínico nas consultas de Cardiologia Pediátrica e de Cardiologia do Centro Hospitalar de São João (E.P.E.). Eram incluídos participantes com registo médico completo e actualizado, com nível de instrução básica, permitindo a leitura, percepção e preenchimento dos questionários.

Três doentes eram casados, um estava divorciado, dois viviam em união de facto e 260 eram solteiros; 23 encontravam-se empregados, 6 desempregados e 237 eram estudantes.

Relativamente ao nível escolar atingido, 27 completaram o 2º ciclo, 96 o 3º ciclo, 133 o ensino secundário e 10 frequentaram o ensino superior, completando a licenciatura. Durante o percurso escolar, 107 participantes tiveram reprovações. Dos que reprovaram, 65 participantes ficaram retidos uma vez, 33 participantes duas vezes e 9 participantes mais do que duas vezes (com uma média de anos de 1.52 ± 0.78).

Com base na análise dos processos clínicos dos participantes disponibilizados pelos serviços de Cardiologia Pediátrica e de Cardiologia, podemos constatar que 103 doentes tinham malformação congénita cianótica e 163 tinham uma forma acianótica. Mais ainda apurou-se que a gravidade da doença era complexa ou grave para 73 participantes e de moderada a leve para 190 de CC. No que concerne a lesões residuais, 47 apresentavam uma forma grave a moderada de lesões residuais, 190 tinham lesões residuais leves.

152 participantes foram diagnosticados no período neonatal, 58 tiveram o diagnóstico até ao primeiro ano de vida, 10 entre 1 e os 3 anos de idade, 11 entre os 3 e os 6 anos, 19 participantes entre os 6 e os 12, e, finalmente, 13 foram diagnosticados entre os 12 e os 18 anos.

Os participantes apresentavam a seguinte distribuição patológica: Anomalia de Ebstein (n= 2), Atresia Pulmonar (n = 2), Coartação da Aorta (n= 17), Comunicação Interauricular (n= 23), Comunicação Interventricular (n = 44), Defeito de Coxim Endocárdico (n= 2), Estenose Aórtica (n = 12), Estenose Mitral (n= 1), Estenose Pulmonar (n= 16), Estenose Subaórtica (n= 2), Estenose Supravalvular Aórtica (n= 2), Estenose Supravalvular Pulmonar (n= 1), Insuficiência da Válvula Aórtica (n = 2), Insuficiência da Válvula Mitral (n= 3), Malformações dos Bulbos Cordis ou do Septo Cardíaco (n= 1), Persistência do canal arterial (n= 3), Prolapso da Válvula Mitral (n= 5), Tetralogia de Fallot (n= 55), Transposição dos grandes Vasos (n= 30), Válvula Aórtica Bicúspide (n= 4) e Válvula Pulmonar Displásica (n= 2).

Parte dos participantes tinham uma combinação de CC com outra patologia do foro cardíaco: Comunicação Interauricular com Anomalia de Ebstein e Duplo Orifício Mitral (n = 1), Comunicação Interventricular e Estenose Subaórtica (n = 1), Transposição dos Grandes Vasos e Coartação da Aorta (n = 1), Atresia Tricúspide e Pulmonar com Hipoplasia das Artérias Pulmonares (n = 1), Tetralogia de Fallot e Estenose Pulmonar (n = 1), Comunicação Interventricular e Interauricular com Estenose Subaórtica e Anomalia de Ebstein (n = 2), Comunicação Interventricular e Estenose Aórtica (n = 1), Válvula Aórtica Bicúspide e Estenose Aórtica (n = 1), Comunicação Interventricular e Coartação da Aorta (n = 1), Comunicação Interventricular e Insuficiência da Válvula Aórtica (n = 1), Comunicação Interauricular e Interventricular (n = 3), Comunicação Interventricular com Estenose Pulmonar (n = 7), Coartação da Aorta e Comunicação Interventricular com Estenose Aórtica (n = 1), Comunicação Interventricular e Atresia Pulmonar (n = 3), Estenose Pulmonar com Coartação da Aorta (n = 2), Coartação da Aorta com Estenose Aórtica (n = 1), Comunicação Interventricular com Transposição dos Grandes Vasos (n = 1) e Comunicação Interventricular com Tetralogia de Fallot (n = 7).

Do total de participantes, 94 pacientes necessitaram de internamento, sendo que 84 estiveram internados em cuidados intensivos.

171 participantes necessitaram de intervenção cirúrgica. 100 pacientes foram submetidos a apenas uma cirurgia e a 2 ou mais cirurgias em 71 pacientes. A sua ocorrência sucedeu-se até ao 1º mês de vida a 19 pacientes, de 1 a 6 meses a 13 pacientes, de 7 a 12 meses a 13 pacientes, de 13 a 18 meses a 2 pacientes, de 19 a 24

meses a 3 pacientes, de 25 a 30 meses a 3 pacientes, de 31 a 36 meses a 9 pacientes, de 37 a 42 meses a 2 pacientes, de 43 a 48 meses a 6 pacientes, de 55 a 60 meses a 4 pacientes, de 72 meses a 77 a 1 paciente, de 96 a 101 meses a 4 pacientes, de 108 a 113 meses a 2 pacientes, de 120 a 125 meses a 2 pacientes, 132 a 137 meses a 3 pacientes, de 144 a 149 meses a 2 pacientes, de 168 a 173 meses a 1 paciente, de 180 a 185 meses a 1 paciente, de 192 a 197 meses a 1 paciente, de 204 a 209 meses a 1 paciente e de 216 a 221 meses a 1 paciente.

69 participantes tinham necessidade de medicação.

No que diz respeito às limitações físicas, 42 participantes evidenciaram uma competência física limitada e 64 participantes uma competência física satisfatória.

O diagnóstico de psicopatologia foi determinado a 37 participantes (9,7%), no tempo anterior à entrevista: Síndrome Depressivo *major* (n=11), Desordem de Ansiedade Generalizada (n=11), Síndrome Depressivo *minor* (n=6), Perturbação de Pânico (n=5), Síndrome Maníaco (n=3) e Personalidade Ciclotímica (n=1).

Instrumentos

Os participantes foram entrevistados num único momento. Foram informados do objectivo e métodos da sua investigação e sempre que concordaram em participar, foi-lhes pedido que, de acordo com as normas internacionais sobre a ética e protecção de doentes, assinassem um termo de consentimento informado. Foram recolhidas informações do historial clínico (por exemplo, diagnóstico, gravidade e categoria da CC, intervenções cirúrgicas, idade, presença de lesões residuais, tratamento medicativo) e sobre a situação demográfica (por exemplo, data de nascimento, estado civil, fratria, escolaridade) através de questionário.

Responderam a uma entrevista semiestruturada que foca aspectos relativos ao suporte social, estilo educacional, meio ambiente envolvente, auto-imagem, limitações funcionais e educação.

Deram resposta ao *Youth Self – Report* (YSR) ou ao *Adult Self – Report* (ASR) (sistema ASEBA), dependente da idade, com o intuito de avaliar o ajustamento psicossocial. Estes são questionários de auto-relato que analisam o comportamento de jovens ou adultos, nos últimos 6 meses, através de uma escala tipo Likert, com 112 itens (YSR) ou 123 itens (ASR), com a pontuação de 0 a 2 e agrupados em oito síndromes: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade / Depressão, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinvente e Comportamento Agressivo (YSR) ou Ansiedade / Depressão, Isolamento, Queixas Somáticas, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo, Comportamento Delinvente e Intrusivo (ASR).

Nesta investigação foi solicitada a colaboração de um dos cuidadores dos doentes, normalmente o pai ou a mãe, para responder às versões observacionais dos mesmos questionários de ajustamento psicossocial (do sistema ASEBA) que, consoante a idade, seria o *Child Behavior Checklist* (CBCL) ou o *Adult Behavior Checklist* (ABCL). Estes questionários destinam-se a avaliar os pontos fortes e problemas de comportamento da de adolescentes ou jovens adultos com o intuito de melhor entender o seu estado de saúde mental (Achenback, & Rescorla, 2001; Mattos, Segenreich, Saboya, Louzã, Dias, & Romano, 2006; Hersen, 2004).

Os participantes responderam ao questionário de auto-relato WHOQOL-BREF que avalia a qualidade de vida a indivíduos com e sem patologia física e psicológica, tal como é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “(...) percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (...)” (WHOQOL-Group, 1994, p. 28). Contém 26 itens numa escala de Likert, classificação de 1 a 5, organizadas em quatro domínios de avaliação (físico, psicológico, relações sociais e ambientais) e formuladas por um conjunto de facetas (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes & Carona, 2007).

O NEO FIVE-FACTOR (NEO-FFI) é uma versão abreviada do questionário de auto-relato NEO PI-R, apenas fornecendo dados dos domínios globais. É formulada por 5 escalas de domínios (*Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Responsabilidade*), com uma classificação de Discordo Fortemente a Concordo Fortemente (Boyle, Matthews, & Saklofske, 2008; John, Robins, & Pervin, 2008; Lima, & Simões, 2003; Weiner, & Greene, 2011).

Os elementos da amostra responderam à entrevista psiquiátrica standardizada (SADS-L) que revela o diagnóstico psicopatológico que possa ter existido antes do momento da entrevista (Hesselbrock, Stabenau, Hesselbrock, Mirkin, & Meyer, 1982).

Procedimento

Primeiramente foram seleccionados potenciais elementos da amostra através da análise das consultas dos utentes, paralelamente com critérios de inclusão: diagnóstico de cardiopatia congénita, acompanhamento regular pelos serviços de Cardiologia e Cardiopatia Congénita do Centro Hospitalar de São João (E.P.E.) e registo médico actualizado; requisito de um nível educativo básico, permitindo a autonomia do participante, bem como uma idade compreendida entre os 12 e os 30 anos.

No primeiro contacto era explicitado o objectivo da investigação e a sua importância. Os que aceitavam participar preencheram o consentimento informado, aprovado pelo comité de ética do hospital, por forma a comprová-lo.

Desenho

As avaliações dos participantes nas variáveis seleccionadas foram realizadas numa única ocasião que decorreu no período imediatamente antes e depois da consulta médica hospitalar.

Métodos de Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada com a utilização do programa informático de estatística *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 2.2. Houve o cuidado de analisar variáveis paramétricas (teste t – Student) e não paramétricas (Teste de Spearman, teste Mann-Whitney e Teste Qui-Quadrado) de acordo com as suas características ao nível dos testes de hipóteses, separando as mesmas. Perante a análise de dados mediante a regressão linear, foi utilizado o método *Stepwise*.

IV. Resultados

Neste capítulo, serão evidenciados os resultados obtidos através dos instrumentos mencionados e descritos anteriormente. Foi realizada uma análise estatística das características principais da amostra, complementada com testes de hipóteses, tendo em consideração os diversos domínios da QV e os traços de personalidade.

Em primeiro lugar, pudemos verificar que nestes participantes não existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos (Tabela 1) nem entre doentes com CC cianótica e acianótica (Tabela 2) quanto à qualidade de vida.

Tabela 1: Resultados do Mann-Whitney dos valores de QV, relativamente ao sexo.

Domínios QV	Sexo Feminino (N=132)	Sexo Masculino (N=105)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Físico	124.93	111.54	6147.000	0.134
Psicológico	122.72	114.33	6439.500	0.346
Relações Sociais	120.10	117.62	6785.000	0.777
Meio ambiente	125.00	111.46	6138.500	0.130
QV Geral	117.50	120.88	6732.500	0.686

QV = Qualidade de Vida; U = U de Mann - Whitney; p = nível de significância.

Tabela 2: Resultados do Mann-Whitney dos valores de QV relativamente ao tipo de CC.

Domínios QV	CC cianótica (N=91)	CC acianótica (N=146)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Físico	117.70	119.81	6524.500	0.817
Psicológico	118.69	119.20	6614.500	0.955
Relações Sociais	112.70	122.92	6070.000	0.253
Meio ambiente	115.97	120.89	6367.000	0.589
QV Geral	115.26	121.33	6303.000	0.478

QV = Qualidade de Vida; U = U de Mann - Whitney; p = nível de significância.

Contudo, comparando as diferentes gravidades de CC nos participantes, pudemos verificar que os doentes com CC grave/complexa tendem a apresentar uma pior percepção de qualidade de vida no domínio físico do que os que têm formas moderadas / leves da doença ($p = 0.001$).

Tabela 3: Resultados do Mann-Whitney dos valores de QV relativamente à gravidade da Cardiopatia Congénita.

	Gravidade Grave/Complexa (N=56)	Gravidade Moderada/Leve (N=181)		
Domínios QV	Mean Rank	Mean Rank	<i>U</i>	<i>p</i>
Físico	92.37	127.24	3576.500	0.001
Psicológico	108.21	122.34	4463.500	0.174
Relações Sociais	124.18	117.40	4778.000	0.508
Meio ambiente	104.80	123.39	4273.000	0.075
QV Geral	112.15	121.12	4684.500	0.359

QV = Qualidade de Vida; *U* = *U* de Mann - Whitney; *p* = nível de significância.

De igual forma, os indivíduos com lesões residuais graves / moderadas tendem a percepcionar uma pior QV no domínio físico ($p = 0.006$), comparativamente com o subgrupo de indivíduos com lesões residuais leves (Tabela 4).

Tabela 4: Resultado do Mann-Whitney relativamente aos resultados do QV para grupos de diferente gravidade de lesões residuais.

	Lesões Residuais Graves / Moderadas (N=47)	Lesões Residuais Leves (N=190)		
Domínios QV	Mean Rank	Mean Rank	<i>U</i>	<i>p</i>
Físico	94.63	125.03	3319.500	0.006
Psicológico	116.95	119.51	4368.500	0.817
Relações Sociais	127.17	116.98	4081.000	0.350
Meio ambiente	110.57	121.08	4069.000	0.345
QV Geral	111.89	120.76	4131.000	0.395

QV = Qualidade de Vida; *U* = *U* de Mann - Whitney; *p* = nível de significância.

Não existem também diferenças estatisticamente significativas no que respeita à QV de pacientes sujeitos a terapia medicamentosa comparativamente com os pacientes sem terapia medicamentosa (Tabela 5).

Tabela 5: Resultados do Mann-Whitney dos valores de QV com e sem Terapia Medicamentosa.

	Com Terapia Medicamentosa (N=64)	Sem Terapia Medicamentosa (N=173)		
Domínios QV	Mean Rank	Mean Rank	<i>U</i>	<i>p</i>
Físico	108.93	122.73	4891.500	0.168
Psicológico	119.50	118.82	5504.000	0.945
Relações Sociais	114.41	120.70	5242.500	0.521
Meio ambiente	126.89	116.08	5031.000	0.279
QV Geral	116.23	120.03	5358.500	0.685

QV = Qualidade de Vida; *U* = *U* de Mann - Whitney; *p* = nível de significância.

Já comparando a percepção de qualidade de vida dos pacientes submetidos e não submetidos a intervenção cirúrgica, verifica-se diferenças estatisticamente significativas no domínio relações sociais ($p = 0.025$) sendo que os primeiros revelam uma pior percepção neste domínio (Tabela 6). Consistentemente, os participantes que foram submetidos a mais de duas cirurgias têm pior percepção de qualidade de vida no domínio físico do que os que tiveram menos cirurgias ($p = 0.011$) (Tabela 7).

Tabela 6: Resultados do Mann-Whitney dos valores de QV em pacientes submetidos e não submetidos a intervenções cirúrgicas.

	Com Intervenção Cirúrgica (N=160)	Sem Intervenção Cirúrgica (N=77)		
Domínios QV	Mean Rank	Mean Rank	<i>U</i>	<i>p</i>
Físico	113.84	129.72	5334.500	0.094
Psicológico	114.58	128.18	5453.500	0.150
Relações Sociais	112.25	133.03	5080.000	0.025
Meio ambiente	115.85	125.54	5656.500	0.306
QV Geral	114.95	127.42	5511.500	0.160

QV = Qualidade de Vida; *U* = *U* de Mann - Whitney; *p* = nível de significância.

Tabela 7: Resultados do Mann-Whitney dos valores de QV relativamente ao número de intervenções cirúrgicas.

Domínios QV	Intervenção Cirúrgica ≥ 2 (N=62)	Intervenção Cirúrgica < 2 (N=101)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Físico	70.10	89.31	2393.000	0.011
Psicológico	74.19	86.79	2647.000	0.095
Relações Sociais	74.60	86.54	2672.500	0.109
Meio ambiente	74.58	86.55	2671.000	0.115
QV Geral	74.44	86.64	2662.000	0.088

QV = Qualidade de Vida; U = U de Mann - Whitney; p = nível de significância.

Não foram verificados resultados estatisticamente significativos para nenhum dos domínios comparando o grupo de participantes com muito ou pouco suporte social (Tabela 8).

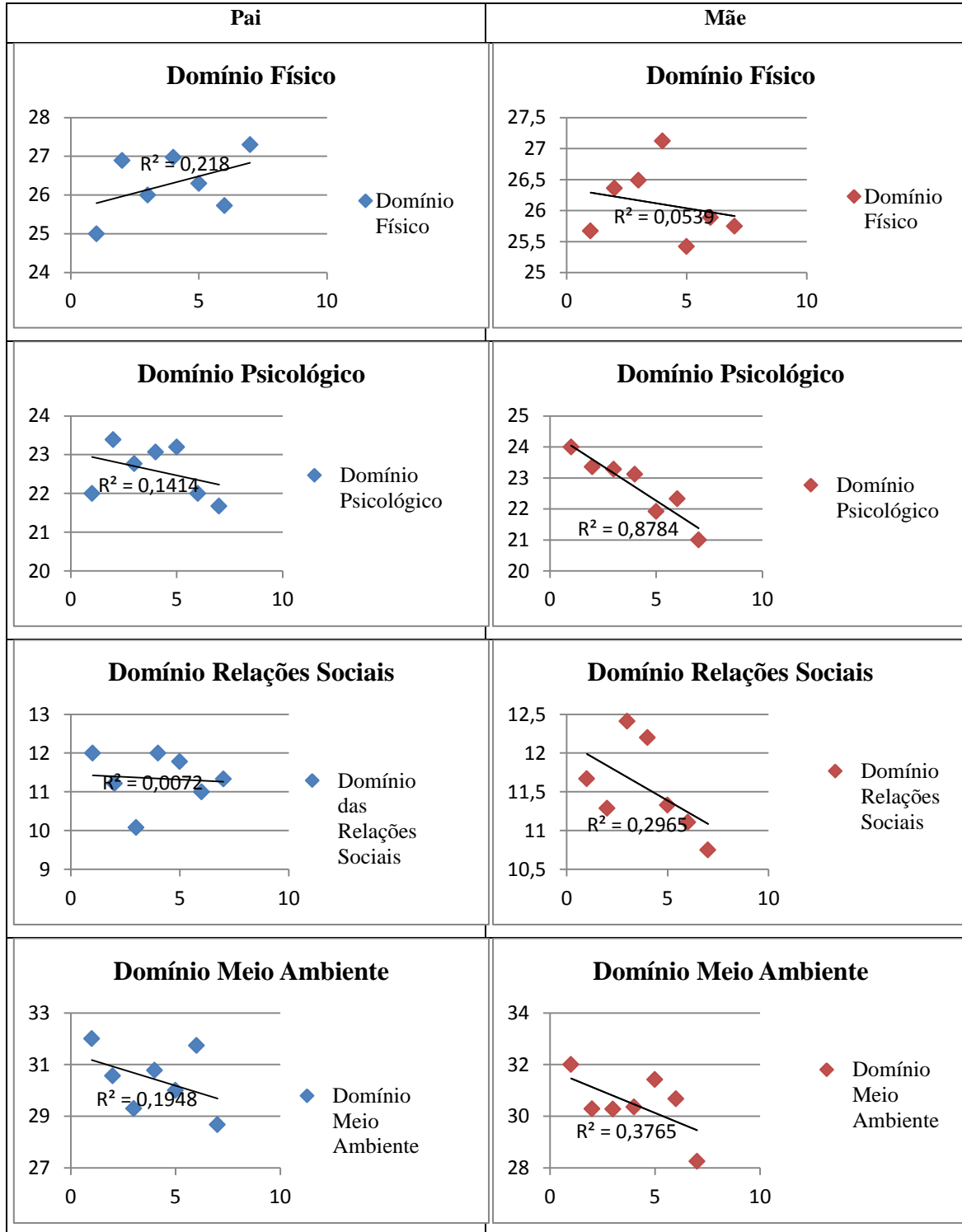
Tabela 8: Resultados do Mann-Whitney dos valores de QV relativamente ao suporte social.

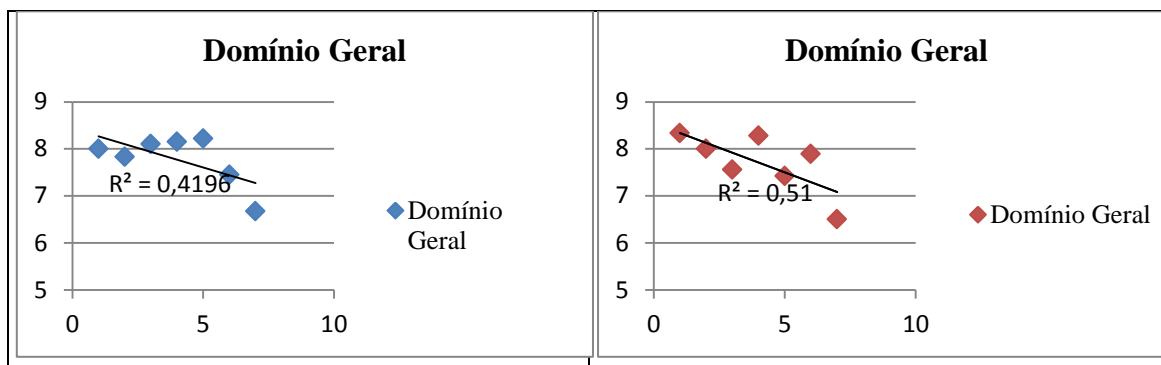
Domínios QV	Melhor suporte social (N=68)	Pior suporte social (N=37)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Físico	55.96	47.57	1057.000	0.176
Psicológico	54.81	49.68	1135.000	0.405
Relações Sociais	52.85	53.27	1248.000	0.945
Meio ambiente	52.38	54.15	1215.500	0.774
QV Geral	53.83	51.47	1201.500	0.682

QV = Qualidade de Vida; U = U de Mann - Whitney; p = nível de significância.

Os pais dos participantes com CC têm em média escolaridade correspondente ao terceiro ciclo do ensino básico (pai: $\bar{X} = 3.46 \pm 1.443$; mãe: $\bar{X} = 3.43 \pm 1.392$). A percepção de qualidade de vida dos doentes em vários domínios correlaciona-se com o nível de escolaridade quer do pai (N=239) quer da mãe (N=229) (Tabela 9).

Tabela 9: Resultados da Aproximação da Função, por Correlação Linear, dos valores da escolaridade do pai e da mãe relativamente à média da qualidade de vida dos participantes.





R² = Coeficiente de Correlação Linear; Variável Preditora: 1 = 1º Ciclo; 2 = 2º Ciclo; 3 = 3º Ciclo; 4 = Ensino Secundário; 5 = Bacharelato; 6 = Licenciatura; 7 = Mestrado; 8 = Doutoramento.

Comparando os indivíduos com competência física satisfatória com o grupo de indivíduos com competência física limitada verificamos que os últimos tendem a ter uma pior percepção de QV, no domínio físico ($U = 946.000$; $p = 0.010$) (Tabela 10).

Tabela 10: Resultados do Mann-Whitney dos valores de QV relativamente às limitações da actividade física.

Domínios QV	Competência física Limitada (N=42)	Competência física Satisfatória (N=64)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Físico	44.02	59.72	946.000	0.010
Psicológico	56.89	51.27	1201.500	0.353
Relações Sociais	58.90	49.95	1117.500	0.130
Meio ambiente	52.00	54.48	1281.000	0.682
QV Geral	55.18	52.40	1273.500	0.623

QV = Qualidade de Vida; U= U de Mann - Whitney; p = nível de significância.

A prevalência de psicopatologia, ao longo da vida, nos participantes é de 15.3% (18.5% no sexo feminino e 12.7% no sexo masculino), embora a diferença não seja estatisticamente significativa (valor Qui-Quadrado de *Pearson* = 8.112; $p = 0.230$) (Tabela 11).

Tabela 11: Diferença entre sexos em relação à morbidade psiquiátrica.

Testes qui-quadrado

	Valor	Df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	8.112 ^a	6	0.230
Razão de verossimilhança	9.710	6	0.137
Associação Linear por Linear	0.386	1	0.535
N de Casos Válidos	242		

a. 10 células (71,4%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 0.45.

Df = intervalos

Verificamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com diagnóstico psiquiátrico e sem diagnóstico psiquiátrico, no que respeita aos domínios da QV (Tabela 12).

Tabela 12: Resultados do Mann-Whitney dos valores de QV relativamente à existência ou não de diagnóstico psiquiátrico.

Domínios QV	Com Diagnóstico Psiquiátrico (N=37)	Sem Diagnóstico Psiquiátrico (N=200)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Físico	107.36	121.15	3269.500	0.260
Psicológico	105.05	121.58	3184.000	0.175
Relações Sociais	113.76	119.97	3506.000	0.604
Meio ambiente	126.99	117.52	3404.500	0.439
QV Geral	125.96	117.71	3442.500	0.471

QV = Qualidade de Vida; U = U de Mann - Whitney; p = nível de significância.

Comparando os participantes com um percurso escolar satisfatório versus percurso escolar insatisfatório, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas para nenhum dos domínios de qualidade de vida (Tabela 13). Já quando comparamos os grupos etários podemos verificar que os participantes mais velhos (19 a 30 anos) têm uma pior percepção de qualidade de vida do que os mais novos (12 a 18) no domínio físico (($p < 0.001$) (Tabela 14)).

Tabela 13: Resultados do Mann-Whitney dos valores de QV relativamente progressão escolar.

	Percurso escolar satisfatório (N=118)	Percurso escolar insatisfatório (N=119)		
Domínios QV	Mean Rank	Mean Rank	<i>U</i>	<i>p</i>
Físico	115.17	122.80	6568.500	0.390
Psicológico	114.02	123.94	6433.000	0.262
Relações Sociais	115.74	122.23	6636.500	0.456
Meio ambiente	115.87	122.10	6652.000	0.483
QV Geral	117.24	120.74	6813.500	0.673

QV = Qualidade de Vida; *U* = *U* de Mann - Whitney; *p* = nível de significância.

Tabela 14: Resultados do Mann-Whitney dos valores de QV relativamente aos grupos etários.

	Grupo Etário 12-18 (N=181)	Grupo Etário 19-30 (N=56)		
Domínios QV	Mean Rank	Mean Rank	<i>U</i>	<i>p</i>
Físico	128.04	89.79	3432.500	< 0.001
Psicológico	116.03	128.60	4530.500	0.227
Relações Sociais	116.80	126.10	4670.500	0.364
Meio ambiente	120.02	115.70	4883.000	0.679
QV Geral	116.36	127.52	4591.000	0.254

QV = Qualidade de Vida; *U* = *U* de Mann - Whitney; *p* = nível de significância.

Quando comparada a QV dos participantes em estudo com a população portuguesa, é verificada a existência de diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da QV, sendo que nos domínios físico ($p < 0.001$) e psicológico ($p = 0.012$) os participantes apresentam uma pior percepção de QV que a população portuguesa, mas, ao invés, nos domínios de relações sociais, meio ambiente e QV geral, os participantes demonstram melhor percepção de QV que a população geral (Tabela 15).

Tabela 15: Resultados do teste t dos valores de QV dos participantes e a população portuguesa.

Domínios QV	População portuguesa		Participantes		<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	DP	Média	DP		
Físico	77.49	12.27	67.65	14.650	-10.343	<0.001
Psicológico	72.38	13.50	70.45	11.686	-2.537	0.012
Relações sociais	70.42	14.54	74.93	13.600	5.102	<0.001
Meio ambiente	64.89	12.24	71.10	13.848	6.907	<0.001
QV Geral	71.51	13.30	73.72	13.286	2.558	0.011

QV = Qualidade de Vida; DP = Desvio Padrão; *t* = *t* de Student; *p* = nível de significância.

Participantes do sexo feminino apresentam, com maior frequência, um melhor suporte social do que o sexo masculino (Tabela 16).

Tabela 16: Resultados da frequência relativamente ao tipo de Suporte Social.

Sexo Feminino		
Tipo de Suporte Social	Frequência	Frequência sob a forma de percentagem
Melhor Suporte Social	34	73,91%
Pior Suporte Social	12	26,09%

Sexo Masculino		
Tipo de Suporte Social	Frequência	Frequência sob a forma de percentagem
Melhor Suporte Social	33	55,93%
Pior Suporte Social	25	44,07%

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com melhor e pior suporte social relativamente a traços de personalidade, avaliados através do NEO-FFI (Tabela 17).

Tabela 17: Resultados do Mann-Whitney dos valores de NEO-FFI relativamente ao Suporte Social.

NEO – FFI	Melhor Suporte Social (N=68)	Pior Suporte Social (N=37)	<i>U</i>	<i>p</i>
	Mean Rank	Mean Rank		
Neuroticismo	50.93	56.80	1117.500	0.345
Extroversão	50.91	56.84	1116.000	0.340
Abertura à experiência	51.40	55.93	1149.500	0.466
Amabilidade	48.90	60.54	979.000	0.061
Responsabilidade	48.93	60.49	981.000	0.063

QV = Qualidade de Vida; *U* = *U* de Mann - Whitney; *p* = nível de significância.

Também não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos de competência física limitada e competência física satisfatória (Tabela 18), nem nos diferentes grupos etários (Tabela 19) em relação a traços de personalidade.

Tabela 18: Resultados do Mann-Whitney dos valores de NEO-FFI relativamente à Actividade Física.

	Competência Física Limitada (N=42)	Competência Física Satisfatória (N=63)		
NEO – FFI	Mean Rank	Mean Rank	<i>U</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	49.82	55.12	1189.500	0.382
Extroversão	52.38	53.41	1297.000	0.865
Abertura à experiência	49.98	55.02	1196.000	0.405
Amabilidade	48.56	55.96	1136.500	0.222
Responsabilidade	48.26	56.16	1124.000	0.192

QV = Qualidade de Vida; *U* = *U* de Mann - Whitney; *p* = nível de significância.

Tabela 19: Resultados do Mann-Whitney dos valores de NEO-FFI relativamente aos Grupos etários.

	Grupo Etário 12-18 (N=122)	Grupo Etário 19-30 (N=19)		
NEO – FFI	Mean Rank	Mean Rank	<i>U</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	71.56	67.39	1090.500	0.679
Extroversão	72.93	58.58	923.000	0.154
Abertura à experiência	71.52	67.68	1096.000	0.703
Amabilidade	70.96	71.24	1154.500	0.978
Responsabilidade	73.27	56.42	882.000	0.094

QV = Qualidade de Vida; *U* = *U* de Mann - Whitney; *p* = nível de significância.

Pelo contrário, há diferenças estatisticamente significativas entre doentes com cardiopatia cianótica e acianótica quanto aos seus traços de personalidade conforme é apresentado na Tabela 20.

Tabela 20: Resultados do Mann-Whitney dos valores de NEO-FFI relativamente ao tipo de Cardiopatia Congénita.

	CC cianótica (N=54)	CC acianótica (N=87)		
NEO – FFI	Mean Rank	Mean Rank	<i>U</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	61.92	76.64	1858.500	0.037
Extroversão	60.40	77.58	1776.500	0.015
Abertura à experiência	61.85	76.68	1855.000	0.036
Amabilidade	61.69	76.78	1846.500	0.033
Responsabilidade	57.82	79.18	1637.500	0.003

QV = Qualidade de Vida; *U* = *U* de Mann - Whitney; *p* = nível de significância.

Analisando as correlações entre aos traços de personalidade avaliados através do NEO-FFI e os domínios da QV, foram encontradas as seguintes correlações estatisticamente significativas: *Neuroticismo* com o domínio físico, psicológico e de meio ambiente da QV; *Extroversão* com domínio físico; e, finalmente, *Amabilidade* com domínio físico e QV geral (Tabela 21).

Tabela 21: Resultados da correlação dos valores do NEO-FI com os valores do QV relativamente com o teste de Spearman.

CARDIOPATIA			DOMÍNIOS QV				
			Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Geral
NEO-PI-R	Neuroticismo	Correlation Coefficient	-0.229	-0.218	-0.064	-0.184	-0.11
		Sig. (2-tailed)	0.006	0.009	0.452	0.029	0.192
		N	141	141	141	141	141
	Extroversão	Correlation Coefficient	-0.193	-0.106	-0.071	-0.058	-0.076
		Sig. (2-tailed)	0.022	0.209	0.402	0.494	0.371
		N	141	141	141	141	141
	Abertura à experiência	Correlation Coefficient	-0.141	0.023	0.004	0.003	-0.036
		Sig. (2-tailed)	0.094	0.786	0.966	0.974	0.671
		N	141	141	141	141	141
	Amabilidade	Correlation Coefficient	-0.326	-0.209	0.037	-0.138	-0.168
		Sig. (2-tailed)	<0.001	0.013	0.663	0.104	0.046
		N	141	141	141	141	141
	Responsabilidade	Correlation Coefficient	-0.168	-0.071	0.08	0.043	0.05
		Sig. (2-tailed)	0.046	0.401	0.346	0.615	0.555
		N	141	141	141	141	141

Por fim, foi realizada uma operação de regressão linear, através do método de escolha *Stepwise*.

A variável que identificamos como preditora é a severidade das lesões residuais, estando as graves e moderadas associadas com um maior risco de morbidade psiquiátrica (Tabela 22).

Tabela 22: Modelo preditor da morbidade psiquiátrica.

Modelo	R	R ²	F	<i>p</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
3	.325	0.106	16.425	<0.001			
Lesões Residuais Leves					-1.064	-4.053	<0.001

R = regressão linear; R² = coeficiente de determinação; F = Rácio de Fisher; *p* = nível de significância; β = coeficiente de regressão; *t* = *t* de Student.

Por forma a tentar identificar variáveis preditivas de pior qualidade de vida, verificou-se que a única variável preditiva, num modelo estatisticamente significativo com uma força na relação muito forte ($p < 0.001$), é a cotação mais baixa em *Amabilidade*. Portanto, quanto menor a *Amabilidade*, nestas pessoas, pior é a sua qualidade de vida (Tabela 23).

Tabela 23: Modelo preditor de qualidade de vida.

Modelo	R	R ²	F	<i>p</i>	B	T	<i>p</i>
1	0.344	0.119	13.862	<0.001			
Amabilidade					-0.169	-3.723	<0.001

R = regressão linear; R² = coeficiente de determinação ou quantidade de variação; F = Rácio de Fisher; *p* = nível de significância; β = coeficiente de regressão; *t* = *t* de Student.

V. Discussão

A vantagem deste estudo concentra-se no grande número de variáveis clínicas (tipo e gravidade da CC e das lesões residuais, intervenção e número de intervenções cirúrgicas, terapia farmacológica, limitações da actividade física), demográficas (idade, sexo, escolaridade, escolaridade dos pais, etc.) e psicossociais, (morbilidade psiquiátrica, progressão escolar, suporte social e traços de personalidade) estudadas, tendo em conta o seu impacto na percepção de qualidade de vida dos doentes e na morbilidade psiquiátrica.

Reflectindo sobre os resultados, foi realizado um exercício de os comparar com dados já publicados por outros autores, encontrando congruências e dados inovadores que terão de ser interpretados.

Um resultado intrigante é o de que os pacientes com CC têm uma melhor percepção da QV (domínios relações sociais, meio ambiente e QV geral) comparativamente com a população portuguesa, que pode resultar de uma maior coesão familiar e suporte social mais activo nestes doentes, bem como um maior sentido de Congruência (Fekkes, Kamphuis, Ottenkamp, Verrips, Vogels, Kamphuis, & Verloove-vanhorick, 2001).

Os dados do estudo referentes à QV, relativamente aos grupos etários, salientam que indivíduos mais velhos (19 a 30 anos) percebem uma pior QV (domínio físico). Coloca-se a suposição que a evolução científica e o apoio a doentes com CC têm incrementado acréscimos significativos, o que leva a que participantes com maior idade, na actualidade, tenham mais sintomatologia e comprometimento resultante da doença, comparativamente com pessoas com menor idade, repercutindo para uma pior percepção de qualidade de vida.

A prática de actividade física tem diversos benefícios para a saúde. Na presença de cardiopatia congénita, esta é bastante positiva, acima de tudo, na saúde física e psicossocial do praticante, estando relacionada com uma maior percepção da QV, em jovens com CC (Dean, Gillespie, Greene, Pearson, Robb, Berul, & Kaltman, 2014). Segundo o estudo de Dahan-Oliel et al. (2011), o incentivo à actividade física, adequada à idade, com a limitação de restrições e da superprotecção dos familiares são considerações para otimizar a QV e um aspecto a ter em conta, pois verificou-se que

indivíduos com competência física satisfatória tendem a perceber uma melhor qualidade de vida, visto que, na presença da limitação da actividade física, a probabilidade da internalização de problemas (físicos e psicológicos) é maior, influenciando assim, na própria qualidade de vida (van Rijen, Utens, Ross-Hesselink, Meijboom, van Domburg, Roelandt, Bogers, & Verhulst, 2004). No entanto, investigações sobre os benefícios da actividade física na CC, na literatura, são reduzidas, havendo desconhecimento perante a necessidade ou não da restrição da actividade física neste tipo de pacientes (Longmuir, Brothers, Ferranti, Hayman, Hare, Matherne, Davis, Joy, & McCrindle, 2013). Na presença de condicionamento físico e psicológico, em pacientes mais velhos, estes acarretam uma pior percepção de QV.

Investigações salientam que jovens com CC grave reportam uma QV significativamente pior (Knowles et al., 2014) e a presença de lesões residuais age negativamente na percepção da QV (Helbing et al., 2014; Latal et al., 2009). Com este estudo, na presença de tipologia complexa de CC e lesões residuais graves/moderas, os participantes têm uma pior percepção de QV.

Por outro lado, a repetição da intervenção cirúrgica age negativamente na análise da QV (Helbing et al., 2014; Latal et al., 2009), ou seja, participantes que foram submetidos a mais de duas cirurgias têm pior percepção de QV.

Existe a noção de que a baixa escolaridade dos pais prepondera para um pior acompanhamento para com o paciente com CC (Nousi et al., 2010) e, por sua vez, uma pior qualidade de vida. Com este estudo, confirma-se esta tendência, salientando-se uma correlação entre esta variável e a percepção de QV dos participantes em alguns domínios.

Considerando a escolaridade do pai, verificamos que esta não influencia no domínio físico da QV do paciente. É colocada a hipótese que a actividade da vida diária do participante com CC, a capacidade de trabalho e mobilidade não são condicionados. Logo, a apreensão e delimitação das acções tomadas, pelo participante, são menos frequentes por parte do pai, comparativamente com o outro progenitor. Tal aspecto, permite o desenvolvimento de maior expectativa e de capacidades, bem como, o autoconhecimento.

Ponderando a escolaridade da mãe, não verificamos correlação com QV geral mas uma correlação forte com o domínio psicológico. Estima-se que a qualidade de vida global e a noção da saúde não são modificados. Portanto, os sentimentos positivos, a auto-estima, a imagem corporal e a aparência sofrem influência, visto que quanto maior for a escolaridade da mãe, menor tende a ser a percepção de QV (domínio psicológico) do participante. Coloca-se a suposição que tal ocorre por consequência da preocupação que a mãe tende para com o seu descendente e, paralelamente, com o aumento da escolaridade desta, maior o grau de compreensão da doença e aspectos associados, contribuindo para um aumento dos cuidados prestados. Não obstante, reforça-se que tais evidências são constantemente influenciadas pelo meio ambiente envolvente.

É verificada a existência de um melhor suporte social no sexo feminino. Grosso modo, o termo suporte social pode ser definido como “(...) the existence or availability of people on whom we can rely, people who let us know that they care about, value, and love us.” (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983, p. 127). De forma geral e tendo em conta o contexto, associa-se a definição a todo o comportamento proveniente dos pais para com o descendente com CC (de considerar, no entanto, a influência de outros factores, como apoio clínico e amizades, a título de exemplo). Genericamente, a maioria dos pais reafirmam uma imagem de uma pessoa fragilizada (Finkel, 2000), adoptando assim um comportamento de maior preocupação e protecção.

Reconhece-se que a percepção e aceitação do diagnóstico, por parte dos progenitores, encontram-se relacionadas com a noção da sobrecarga global e financeira (Albuquerque, Pereira, Fonseca, & Canavarro, 2012). Comparando a diferenciação entre o pai e a mãe averigua-se que a mãe tende a evidenciar níveis significativos de ansiedade, possivelmente pela preocupação do futuro do descendente (Ojeda, 2011) e menor percepção de qualidade de vida (Albuquerque et al., 2012).

Por outro lado, os dados provenientes de estudos referentes ao pai são mais diminutos quando contrapostos aos da mãe. Mesmo assim, tornam evidente a preocupação para com o descendente, sendo que tendem a assumir o papel de auxílio à mãe (Kruel, & Lopes, 2012). Contudo, coloca-se a hipótese que estes acarretam menos períodos de tempo para conceder o apoio ao descendente, consequente da presença de uma vida profissional activa, por forma a sustentar a família.

Tendo em conta a diferença existente entre sexos, perante o suporte social, o estudo de van Rijen, Utens, Roos-Hesselink, Meijboom, van Domburg, Roelandt, Bogers, & Verhulst (2004) torna distinto que o sexo masculino, portador de CC, tende a realizar uma maior procura de suporte social e uma menor reflexão de expressões de emoção negativa, comparativamente com a população em geral. Mas ao realizar um juízo de valores com o sexo oposto com CC, o sexo feminino concretiza uma maior procura de suporte social e, paralelamente, a sua recepção é maior comparativamente com o sexo masculino com CC.

Diante a análise dos estudos, a observação da relação da personalidade e pacientes com CC, bem como a observação da relação entre a personalidade e a adaptação à doença, em adolescentes com CC, acarretam pouca ou nenhuma atenção na literatura (Jessica et al., 2015; Rassart et al., 2013). Com este estudo, e tendo em conta as análises dos dados referentes à teoria dos traços de personalidade, averigua-se que indivíduos com CC acianótica evidenciam características de maior *Extroversão* e *Responsabilidade* (referente à confiabilidade da pessoa, caracterizada pelo seu rigor, responsabilidade e frequentemente associado a elementos volitivos descritos como pessoas trabalhadoras e perseverantes (Hersen, 2004)). Mediante os resultados de algumas investigações, a relação existente entre a *Responsabilidade* e os vários domínios da qualidade de vida são inconsistentes (De Clercq et al., 2004; Van De Ven et al., 2011), mas segundo o estudo de De Clercq et al. (2004), as características de *Extroversão*, *Responsabilidade* e *Amabilidade* encontram-se associadas à qualidade de vida. Assim, pode colocar-se a suposição que a apresentação de características de menor *Extroversão* e *Responsabilidade* levam a que a pessoa tenha um pior comportamento de eficiência e de produtividade, visto não reconhecerem precisamente o que é necessário desenvolver e responderem negativamente às actividades propostas.

Como a *Amabilidade* não é um forte preditor de desempenho no trabalho, características de menor *Extroversão* e *Responsabilidade*, levam a um pior resultado final consequente do desempenho na produtividade final. Representa, assim, um aspecto negativo que contribui para a insatisfação que a pessoa dá à sua própria existência, abrangendo componentes cognitivas do mal-estar subjectivo, aumentando o desenvolvimento de problemas psicológicos e de comportamento, nos jovens (Park, 2004) e, nesta medida, demonstrando uma influência, atribuída pela personalidade, das componentes do mal-estar (Schimmack, Radhakrishnan, Oishi, Dzokoto, & Ahadi,

2002). Como este permite a definição e avaliação da qualidade de vida (Giacomoni, 2004), podemos concluir que características de menor *Extroversão* e *Responsabilidade* contribuem negativamente para o mal-estar e, conseqüentemente para a própria percepção de qualidade de vida.

Todavia, os resultados são inferiores no subgrupo das cardiopatias congênitas cianóticas. Coloca-se como suposição, para tal, que jovens com lesões residuais cianóticas apresentam défices, evidenciando uma deterioração no seu desempenho cognitivo e acadêmico (Wray, & Sensky, 2001), comparativamente com jovens com lesões residuais acianóticas, influenciando na sua própria qualidade de vida e, conseqüentemente, na respectiva personalidade. Por outro lado, jovens com malformação cianótica representam um subgrupo de maior propensão para problemas relacionados com o medo do desconhecido, sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) e comportamento delincente (Gupta, Giuffre, Crawford, & Waters, 1998), explicitando a disparidade entre os dois tipos de malformação em causa.

Perante a decomposição da correlação existente entre os traços de personalidade (NEO-FFI) e a QV, relativa à cardiopatia congénita, verifica-se uma boa e significativa correlação entre o *Neuroticismo* e os domínios físico e psicológico e entre a *Amabilidade* e o domínio físico. Como foi já mencionado, o *Neuroticismo* encontra-se relacionado com a abordagem emocional e com o nível funcional, e, logicamente, a significância dos seus valores age na abordagem física e psicológica, contribuindo na diferenciação dos domínios relativos à QV. Não obstante, a *Amabilidade* corresponde ao conjunto de qualidades de orientação que se determina entre duas ou mais pessoas e que se encontra associada à percepção de QV. Assim, na apresentação de características de menor *Neuroticismo* e *Amabilidade*, menor será a relação social expectável, com a estimulação física a tornar-se menos bem-sucedida, visto a existência de uma pior interação com o meio envolvente, nas abordagens escolar / profissional e levando ao aumento do tratamento medicativo, pior higiene do sono e da mobilidade. Portanto, pacientes com CC, com estas características, propendem a uma percepção distinta da QV, permitindo estabelecer uma pior relação social, arrecadando perdas em diversas áreas: desempenho escolar / profissional e diminuição da saúde (aumento do tratamento medicativo, pior higiene do sono e da mobilidade).

Outros resultados apresentam uma moderada, mas menos significativa correlação: entre o *Neuroticismo* e o domínio meio ambiente, visto que a estabilidade emocional

(*Neuroticismo*) permite um melhor ambiente familiar, um aumento dos recursos financeiros e dos cuidados de saúde e social, como também competências para a aquisição de novas aptidões e de participação em actividades de lazer (meio ambiente). Ocorre uma boa relação entre a característica *Extroversão* e o domínio físico, visto que a presença de propriedades de interacção e de aptidões de encarar mais adaptativas, permitindo uma maior actividade da vida quotidiana e escolar / profissional. Também é verificada uma boa relação entre a característica *Amabilidade* e o domínio geral. *Amabilidade* encontra-se relacionada com o funcionamento emocional (Van de Ven et al., 2011) e QV (De Clercq et al., 2004), levando à pertinência da QV global e da noção geral da saúde pelos participantes. Consequentemente, pessoas com CC e com características de menor *Neuroticismo*, *Extroversão* e *Amabilidade* tendem a estabelecer um mau ambiente familiar, de trabalho e social, bem como na perspectiva da sua saúde, permitindo uma pior conectividade com o meio que o rodeia (Simões, Machado, Gonçalves, & Almeida, 2007).

Com a identificação como variável preditora a severidade das lesões residuais, as graves e moderadas encontram-se associadas com um maior risco de morbilidade psiquiátrica, bem como a frequência de psicopatologia apresenta-se superior no sexo feminino. Estudos relatam que pacientes com cardiopatia congénita, normalmente associadas à necessidade de intervenção cirúrgica, encontram-se em maior risco de desenvolver perturbações psiquiátricas, superior no sexo feminino (Olsen et al., 2011). Tais dados são relevantes, pois o respectivo sexo prediz, significativamente, maiores taxas de internalização de problemas (ex. ansiedade e depressão). Visto que a presença e gravidade das lesões residuais (cicatrizes), podem incitar a dificuldades no comportamento e estado emocional, vem assim confirmar que estas podem desempenhar um papel importante no bem-estar do paciente (físico e psicológico). Reforça-se a respectiva afirmação com a consideração de que o sexo feminino é um preditor específico para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas pois as lesões residuais localizam-se na porção anterior a externa do tronco (peito), levando à formulação de incerteza e desconforto. Realça-se, ainda, que a necessidade de hospitalização precoce e de repetidas intervenções cirúrgicas são preditores do desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, tendo um maior impacto em jovens (van Rijen et al., 2004).

Os resultados do estudo salientam que ter características de menor *Amabilidade* contribui para uma pior qualidade de vida. Segundo os estudos de De Clercq et al. (2004) e De Fruyt, & Denollet (2002), a *Amabilidade* encontra-se, em termos proporcionais, directamente relacionada com a qualidade de vida, como também, segundo Van de Ven (2011), a uma menor actividade emocional.

Como a *Amabilidade* corresponde ao padrão da qualidade de orientação interpessoal a sua associação ao meio social é condicionada, reflectindo-se no apoio que recebe e na partilha de dificuldades, levando a uma pior percepção de qualidade de vida.

VI. Conclusão

O objectivo primordial do estudo consiste na análise da percepção da qualidade de vida (QV) de adolescentes e jovens adultos com cardiopatia congénita (CC). Com o aumento da sobrevivência de crianças e adolescentes com CC, é importante ter em conta tal aspecto. Há evidência de resultados relevantes, tornando pertinente o conhecimento e compreensão de factores que propiciam o seu agravamento, como a escolaridade dos pais, tipo de relação social, traços de personalidade e ambiente familiar.

Salienta-se assim a importância da investigação. Primeiramente corresponde a uma temática pouco abordada a nível nacional e existe desconhecimento de tópicos fulcrais da própria patologia. Assim, novos estudos sobre a percepção da qualidade de vida desta população torna-se um aspecto importante para o desenvolvimento de atitudes que propiciem o seu melhoramento, tendo em conta amostras mais amplas tanto em termos de contexto (ex. social, económico, cultural) como de magnitude.

VII. Referências Bibliográficas

- Achenback, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Albuquerque, S., Pereira, M., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2012). Impacto familiar e ajustamento de pais de crianças com diagnóstico de anomalia congénita: influencia dos determinantes da criança. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39 (4), 136 – 141.
- Asendorpf, J. B., & van Aken, M.A.G. (2003). Personality-relationship transaction in adolescence: Core versus surface personality characteristics. *Journal of Personality*, 71, 629 - 666.
- Batalha, S., Rebelo, M., Freitas, I., Borges, A., & Pinto, F. (2011). Validação da Importância dos Critérios de Referenciação Propostos pela Direcção Geral de Saúde para Realização de Ecocardiografia Fetal. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (S2), 339 – 346.
- Bertoletti, J., Marx, G. C., Júnior, S., & Pellanda, L. C. (2013). Qualidade de Vida e Cardiopatia Congénita na Infância e Adolescência. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 102 (2), 192 – 198. doi: 10.5935/abc.20130244.
- Bertoletti, J., Marx, G. C., Hattge, S. P., & Pellanda, L. C. (2014). Health – related quality of life in adolescents with congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 1 – 7.
- Boyle, G. J., Matthews, G., & Saklofske, D. H. (2008). *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment: Personality Measurement and Testing* (Vol. 2). United Kingdom: SAGE.

- Brickner, M. E., Hillis, L. D., & Lange, R. A. (2000b). Congenital Heart Disease in Adults - First of Two Parts. *The New England Journal of Medicine*, 342(4), 256-263.
- Canavarro, M., Simões, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Gameiro, S., Paredes, T., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M., & Almeida, L. S. (2007). *Avaliação Psicológica – instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453 – 484.
- Cleziou, J., & Lange, R. (2014). Herzklappenerkrankungen und Schwangerschaft. *Frauenheilkunde*, 8 (1), 13 – 24.
- Dahan-Oliel, N., Majnemer, A., & Mazer, B. (2011). Quality of life of adolescents and young adults born at high risk. *Physical Occupational Therapy in Pediatrics*, 31 (4), 362 – 389.
- Dean, P. N., Gillespie, C. W., Greene, E., Pearson, G., Robb, A. S., Berul, C., & Kaltman, J. (2014). Sports participation and quality of life in adolescents and young adults with congenital heart disease (squad study). *Journal of the American College of Cardiology*, 63 (12 - S).
- De Clercq, B., De Fruyt, F., Koot, H. M., & Benoit, Y. (2004). Quality of life in children surviving cancer: A personality and multi-informant perspective. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 579-590.
- De Fruyt, F., & Denollet, J. (2002). Type D Personality: A Five - Factor Model Perspective. *Psychology & Health*, 2002, 17 (5), 671 - 683.

- Dias, A. M. (2004). Personalidade e Coronariopatia. *Revista Millenium*, 30, 191 – 201.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213 - 229). New York: Russell Sage Foundation.
- Дроздова, И. В., Мацуга, О. Н., Демченко, М. В., & Суганяк, К. А. (2013). КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА. *П. Л. Шутника*, 22 (2).
- Fahed, A. C., Gelb, B. C., Seidman, J. G., & Seidman, C. E. (2013). Genetics of Congenital Heart Disease – The Glass Half Empty. *Circulation Research*, 112, 707 – 720.
- Fekkes, M., Kamphuis, R., Ottenkamp, J., Verrips, E., Vogels, T., Kamphuis, M., & Verloove-vanhorick, S. (2001). Health-related quality of life in young adults with minor congenital heart disease. *Psychology & Health*, 239-250.
- Finkel, L. A. (2000). A ausculta e a escuta: Reflexões sobre a psicodinâmica da criança cardiopata. *Revista SOCERJ*, XIII (1), 30-33.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjectivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em psicologia*, 12 (1), 43 – 50.
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of Life Expanding the Scope of Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (3), 320 – 331.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2009). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calote Gulbenkian.
- Goldbeck, L., & Melches, J. (2005). Quality of life in families of children with congenital heart disease. *Quality of Life Research*, 14, 1915 – 1924.

- Goldbeck, L., & Melches, J. (2006). The impact of the severity of disease and social disadvantage on quality of life in families with congenital cardiac disease. *Cardial Young*, 16, 67 – 75.
- Helbing, W. A., & Utens, E. (2014). Vocational challenges in congenital heart disease. *Netherlands Heart Journal*, 22 (5), 214 – 215.
- Hersen, M. (Ed.) (2004). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (vol. 4). New York: John Wiley & Sons.
- Hersen, M. (Ed.) (2004). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Personality Assessment* (Vol. 2). New York: John Wiley & Sons.
- Hesselbrock, V., Stabenau, J., Hesselbrock, M., Mirkin, P., & Meyer, R. (1982). A comparison of two interview schedules. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime and the National Institute for Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry*, 39(6), 674-677.
- Hogan, J., & Roberts, B. W. (2004). A socioanalytic model of maturity. *Journal of Career Assessment*, 12, 207-217.
- Jessica, R., Koen, L., & Philip, M. (2015). Adjusting to congenital heart disease in adolescence: the role of patients. *Springer*.
- John, O. P., Robins, R. W., & Pervin, L. A. (2008). *Handbook of Personality, third edition: Theory and Research*. New York: Guilford Press.
- Johnson, B. (2014). Emotional Problems in Adolescents with Congenital Heart Disease. *BMH Medical Journal*, 1 (3), 52 – 55.
- Judge, T. A., Higgins, C. A., Thoreson, C. J., & Barrick, M. R. (1999). The Big Five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personality Psychology*, 52, 621-652.

- Kandler, C., Zimmermann, J., & McAdams, D. P. (2014). Core and Surface Characteristics for the Description and Theory of Personality Differences and development. *European Journal of Personality*, 28 (3), 231 – 243.
- Kim, G. B. (2014). Psychosocial adjustment and quality of life of adolescents and adults with congenital heart disease. *Korean Journal of Pediatrics*, 57 (6), 257 – 263.
- Klimstra, T. A., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W.H.J. (2009). Maturation of personality in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 898-912.
- Knowles, R. L., Day, T., Wade, A., Bull, C., Wren, C., Dezateux, C., & On behalf of the UK Collaborative Study of Congenital Heart Defects Cukcschd (2014). Patient – reported quality of life outcomes for children with serious congenital heart defects. *Archives of Disease in Childhood*, 0, 1 – 7.
- Kovacs, A. H., Sears, S. F., & Saidi, A. S. (2005). Biopsychosocial experiences of adults with congenital heart disease: Review of the literature. *American Heart Journal*, 150(2), 193-201.
- Krol, Y., Grootenhuis, M. A., Destrée-Vonk, A., Lubbers, L. J., & Koopman, H. M., Last, B. F. (2003). Health Related Quality of Life in Children with Congenital Heart Disease. *Psychology and Health*, 18 (2), 251–260.
- Kruel, C. S., & Lopes, R. C. S. (2012). Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 48 (1), 35 – 43.
- Kwon, E. N., Mussatto, K., Simpson, P. M., Brosig, C., Nugent, M., & Samyn, M. M. (2011). Children and adolescents with repaired tetralogy of fallot report quality of life similar to healthy peers. *Congenital heart disease*, 6 (1), 18 – 27.

- Latal, B., Helfricht, S., Fischer, J. E., Bauersfeld, U., & Landolt, M. A. (2009). Psychological adjustment and quality of life in children and adolescents following open – heart surgery for congenital heart disease: a systematic review. *BMC Pediatrics*, 9 (6).
- Liamlahi, R., Rhein, M., Bühres, S., Buechel, E., Knirsch, W., Landolt, M., & Latal, B. (2014). Motor dysfunction and behavioural problems frequently coexist with congenital heart disease in school-age children. *Acta Paediatrica*, 103 (7), 752 – 758.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisito (NEO-PI-R). In Gonçalves, M. M., Simões, M. R., Almeida, L. S., & Machado, C. (2003). *AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA – Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. I, pp. 15 - 32). Coimbra: Quarteto Editora.
- Longmuir, P. E., Brothers, J. A., Ferranti, S. D., Hayman, L. L., Hare, G. F. V., Matherne, G. P., Davis, C. K., Joy, E. A., & McCrindle, B. W. (2013). Promotion of Physical Activity for Children and Adults With Congenital Heart Disease - A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 127, 2147 – 2159.
- Marino, B. C., Uzark, K., Ittenbach, R., & Drotar, D. (2010). Evaluation of quality of life in children with heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology*, 29, 131 – 138.
- Mattos, P., Segenreich, D., Saboya, E., Louzã, M., Dias, G., & Romano, M. (2006). Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção / hiperactividade (TDAH). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (4), 188 – 194.
- Nousi, D., & Christou, A. (2010). Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal*, 4(2), 94 - 100.

- Ojeda, N. E. L. (2011). Calidad de vida y perspectiva del cuidador en niños con defectos cardiovasculares congénitos. *Revista de Difusión Bioética*, 10 – 22.
- Olsen, M., Srensen, H. T., Hjortdal, V. E., Christensen, T. D., & Pedersen, L. (2011). Congenital heart defects and developmental and other psychiatric disorders: a Danish nationwide cohort study. *Circulation*, 124 (16), 1706 – 1712.
- Paim, C. (2002). Peculiaridades tipológicas do sistema nervoso e traços de personalidade. *Revista Digital*, 53.
- Park, N. (2004). The Role of Subjective Well – Being in Positive Youth Development. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 591 (1), 25 – 39.
- РУДНИКОВИЧ, Т. В., ИВАНОВ, С. Н., & РАХМАЗОВА, Л. Д. (2011). ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА. *Сибирский медицинский журнал*, 26, 4 - 1.
- Rassart, J., Luyckx, K., Goossens, E., Apers, S., Klimstra, T. A., & Moons, P. (2013). Personality traits, quality of life and perceived health in adolescents with congenital heart disease. *Psychology & Health*, 28 (3), 319 – 335.
- Reid, G. J., Webb, G. D., Barzel, M., McCrindle, B. W., Irvine, M. J., & Siu, S. C. (2006). Estimates of Life Expectancy by Adolescents and Young Adults with Congenital Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 48 (2), 349 – 353.
- Reuchlin, M. (1992). In Bernaud, J. (2000). *métodos de avaliação da personalidade*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Richards, A. A., & Garg, V. (2010). Genetics of Congenital Heart Disease. *Current Cardiology Reviews*, 6, 91 – 97.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127 – 139.
- Savastano, H. (1980). Abordagem do binómio saúde - doença e do conceito de personalidade no ecossistema: Implicações em saúde pública. *Revista Saúde Pública*, 14, 42 – 137.
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V., & Ahadi, S. (2002). Culture, Personality, and Subjective Well – Being: Integrating Process Models of Life Satisfaction. *Journal of Personality and Social Psuchology*, 82 (4), 582 – 593.
- Schoormans, D., Mulder, B., Melle, B., Pieper, E., Dijk, A., Sieswerda, G., Hulsbergen - Zwarts, M., Plokker, T., Brunninkhuis, L., Vliegen, H., & Sprangers, M. (2012). Patients with a congenital heart defect and Type D personality fel functionally more impaired, report a poorer health status and quality of life, but use less healthcare. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11 (3), 349 – 355.
- Schoormans, D., Sprangers, M. A. G., Budts, W., Mulder, B. J. M., Apers, S., & Moons, P. (2013). Perceivedhealth is partially associated with the symptomatological profile in patients with benign and severe conditions: the case of congenital heart disease. *Quality of Life Research*, 22 (6), 1295 - 1304.
- Seslar, S. P. (2012). *Cyanotic Heart Disease* IN Abdelaziz, Y. E., et al. (2012). *Textbook of Clinical Pediatrics* (pp. 2309 - 2330). Springer – Verlang Berlin Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-642-02202-9_249.
- Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M., & Almeida, L. S. (2007). *Avaliação Psicológica – instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

- Spijkerboer, A. W., Utens, E. M. W. J., Koning, W. B., Bogers, A., Helbing, W. A., & Verhulst, F. C. (2006). Health – related quality of life in children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease. *Quality of Life Research*, 15, 663 – 673.
- Toren, P., & Horesh, N. (2007). Psychiatric morbidity in adolescents operated in childhood for congenital cyanotic heart disease. *Journal of Paediatrics and child Health*, 43 (10), 662 – 666.
- Valls, E., & Rueda, B. (2013). Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes com enfermedad cardiovascular. *Boletín de Psicología*, 109, 51 – 72.
- Van De Ven, M. O. M., & Engels, R. C. M. E. (2011). Quality of life of adolescents with asthma: The role of personality, coping strategies, and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 166 – 173.
- van Rijen, E. H. M., Utens, E. M. W. J., Ross-Hesselink, J. W., Meijboom, F. J., van Domburg, R. T., Roelandt, J. R. T. C., Bogers, A. J. J. C., & Verhulst, F. C. (2004). Medical predictors for psychopathology in adults with operated congenital heart disease. *European Heart Journal*, 25, 1605 – 1613.
- van Rijen, E. H., Utens, E. M., Roos-Hesselink, J. W., Meijboom, F. J., van Domburg, R. T., Roelandt, J. R., Bogers, A. J., & Verhulst, F. C. (2004). Styles of coping and social support in a cohort adults with congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 14 (2), 122 – 130.
- Wang, Q., Hay, M., Clarke, D., & Menahem, S. (2014). Association between knowledge of disease, depression and anxiety, social support, sense of coherence and optimism with health - related quality of life in an ambulatory sample of adolescents with heart disease. *Cardiology in the Young*, 24 (1), 126 – 133.
- Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2011). *Handbook of Personality Assessment*. Canada: John Wiley & Sons.

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status (p. 28). In Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M., & Almeida, L. S. (2007). *Avaliação Psicológica – instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III). Coimbra: Quarteto.

Wray, J., & Sensky, T. (2001). Congenital heart disease and cardiac surgery in childhood: effects on cognitive function and academic ability. *Heart*, 85, 687 – 691. doi: 10.1136/heart.85.6.687

VIII. Anexos

Anexos

Anexos 1

Abstract aprovado e apresentado em formato poster no Congresso
American Heart Association (Novembro, 2014)

Circulation

circ.ahajournals.org

Circulation. 2014;130:A18614

Abstracts and presentations are embargoed for release at date and time of presentation or time of AHA/ASA news event. Failure to honor embargo policies (<http://newsroom.heart.org/newsmedia/embargo-policy>) will result in the abstract being withdrawn and barred from presentation.

Core 3. Genetics, Genomics and Congenital CV Disorders

Session Title: Adult Congenital Heart Disease II

Abstract 18614: Long-term Psychosocial Outcomes of Congenital Heart Disease: Neurocognitive Performance, Quality of Life, Psychosocial Adjustment and Psychiatric Morbidity of Adolescents and Young Adults Surviving Their Disease

Maria Emilia G Areias¹; Stefanie Melo¹; João Pedro Lopes¹; Filipa Rodrigues¹; Ana Catarina Nascimento¹; Daniela Cerqueira¹; Liliana Gomes¹; Anabela Estrela¹; Joana Miranda²; Filipa Vilacova²; Cláudia Moura²; Joana Soares¹; Bruno Peixoto¹; Jorge Quintas³; José Carlos Areias²

[+](#) Author Affiliations

Abstract

Objectives: to study neurocognitive performance (NP) of CHD patients and to determine whether is related to parameters of fetal development registered at birth, head circumference (HC), weight (W) and length (L) and neonatal parameters (APGAR 1, 5); to study their quality of life (QOL), psychiatric morbidity (PM), psychosocial adjustment (PSA) and traits of personality (TP).

Methods: 266 CHD patients, 148 male, aged from 12 to 30 years (mean= 18.00 ± 3.22), 103 cyanotic, and 119 healthy controls (56 males, mean=18.41±3.20) participated. Clinical data were collected. Neuropsychological assessment included Wechsler's Digit Test (direct and reverse) and Symbol Search, Rey's Complex Figure, BADS's Key Searching Test, Color-Word Stroop Test, Trail Making Test (A, B) and Logical Memory Task. Participants were interviewed on social support, family educational style, self-image, physical limitations, completed a psychiatric interview (SADS-L) and self-report questionnaires on QOL (WHOQOL-BREF), PSA (YSR and ASR) and TP (NEOPI-R). HC, W and L and APGAR were collected.

Results: CHD patients had a significantly worse NP than healthy controls in all tests, and the cyanotic worse than the acyanotic patients (but not significantly). Several correlations were apparent between fetal parameters (HC, W and L) and neuropsychological abilities in CHD. However, low weight at birth, cyanosis and male gender are the main predictors of bad NP later on in CHD patients (R=0.414; R²=0.171; F=5.787; p=0.001; β=1.654; t=2.858; p=0.005; β=1.881; t=2.377; p=0.020; b=1.624; t=2.062; p=0.042). We found a 15.3% lifetime prevalence of psychopathology (18.5% in females). Comparing to normal population, our patients have better QOL in environmental (t=6.907; p=0.000), social relationships (t=5.102; p=0.000) and general dimensions (t=2.558; p=0.011). Complex CHD reported worse QOL in physical dimension (U=3576,500; p=0.001) than those with moderate/mild forms of disease; Female patients showed worse PSA, with more withdrawal, anxiety/depression and internalization.

Conclusion: CHD patients have worse NP than controls; low weight at birth, male gender and the presence of cyanosis predict bad NP in CHD patients; patients seem to be more prone to PM, worse PSA and SP.

Key Words:

Adult congenital heart disease
Quality of life
Behavioral aspects
Brain
Depression

Author Disclosures: M.G. Areias: None. S. Melo: None. J. Lopes: None. F. Rodrigues: None. A. Nascimento: None. D. Cerqueira: None. L. Gomes: None. A. Estrela: None. J. Miranda: None. F. Vilacova: None. C. Moura: None. J. Soares: None. B. Peixoto: None. J. Quintas: None. J. Areias: None.

© 2014 by American Heart Association, Inc.

http://circ.ahajournals.org/content/130/Suppl_2/A18614.abstract?sid=13c3e049-4075... 26-01-2015

Long-term Psychosocial Outcomes of Congenital Heart Diseases:

Neurocognitive Performance, Quality of Life, Psychosocial Adjustment and Psychiatric Morbidity of Adolescents and Young Adults surviving their disease

MEG AREIAS^{1,2}, S MELO^{1,3}, JP LOPES^{1,3}, F RODRIGUES^{1,3}, AC NASCIMENTO^{1,3}, D CERQUEIRA^{1,3}, L GOMES^{1,3}, A ESTRELA^{1,3}, J MIRANDA^{2,4}, F VILACOVA^{2,4}, C MOURA^{2,4}, J SOARES^{1,3}, B PEIXOTO^{1,3}, J QUINTAS⁵, JC AREIAS^{2,4}

1. Department of Social and Behavioral Sciences (DSBS) (CESPU)
2. Cardiovascular Research and Development Unit, University of Porto
3. INSACTS (CESPU)
4. Department of Pediatric Cardiology, Hospital S. João, Porto
5. Faculty of Law, University of Porto
Corresponding author: Maria Estrela G. Antas, meteg@porto.ucp.pt

Introduction

Advances in pediatric cardiac care have resulted in an increasing number of adults with CHD being followed up in tertiary care centers. This fact generated interest in adult CHD, on the standpoint of a new subspecialty of cardiology (Merelli et al, 2007). Nowadays, in the world population, there are more adults affected with CHD than children. The increasing longevity of this population led to an increase of medical, psychosocial and behavioural lifelong problems, which led to concerns about well-being and perceived quality of life of the patients (Moons, et al., 2002; Reid, et al., 2006). In the North of Portugal, about 350 to 400 babies are born each year with a structural form of CHD. The first patients treated are now around 35 years old. Thus, it is getting very important to study the psychosocial and emotional status of this population of patients, their psychiatric morbidity, their perception on quality of life, their school and job achievements. Many of these patients also have deficits in neurocognitive development that lead to greater difficulty to adapt to academic and professional tasks. There are many well-known reasons for neurocognitive impairment in CHD (hypoxia, surgical conditions). However, recent observations indicate that cerebral damage may occur during fetal life in certain CHD (reduced delivery of glucose and oxygen, responsible for cerebral insult, mostly during the third trimester of pregnancy) and tried to study the parameters of cardiac and circulatory dysfunction that influence the brain development of the fetus (Donofrio and Massaro, 2010; Donofrio, Bremer, Schieken et al, 2003; Hinton et al, 2008; Limperopoulos et al, 2010). Thus, it is also very important to study the neurocognitive performance of these patients.

Objectives

To assess the neuropsychological performance of adolescents and young adults with congenital heart disease, comparing two cyanotic forms of the disease (Tetralogy of Fallot and Transposition of the Great Arteries) with a cyanotic form (Ventricular Septal Defect) and with a group of healthy control. To assess some parameters of fetal development, such as head circumference, weight and length measured at birth, Apgar indexes, and relate them with neuropsychological performance in adolescents/young adults.

To assess some postnatal parameters such as the anoxia episodes, the age of palliative and corrective interventions and the conditions that occurred before and after surgeries, and relate them to neuropsychological performance in adolescents/young adults.

- To assess the patients' perception on quality of life, psychiatric morbidity, psychosocial adjustment and traits of personality.

Methods

Participants:

266 patients with CHD (148 male, 118 female)

⊗ Considering the pathologies chosen, we have 85 patients in the cyanotic group (TF= 55 e TGA= 30) and 44 in the acyanotic group (VSD)

⊗ aged 12 to 30 years old (mean=18.41 ± 3.20)

⊗ Mean of years completed at school = 9.71 ± 2.15

119 participants in control group (56 male, 63 female)

⊗ aged 12 to 26 years old (mean=18.41 ± 3.20)

⊗ Mean of years completed at school = 10.62 ± 2.22

- We didn't find any statistically significant differences in demographic variables (age, gender or years completed at school) neither between the CHD patients and the control group, nor between the three groups of pathology

Methods

Assessment Instruments:

To assess the different neurocognitive functions and performance, we used the following assessment instruments:

- for auditory and verbal immediate attention – digits test, in direct form, Weschler scale
- for working memory – digits test, in reverse form, Weschler scale
- for psychomotor performance, speed of execution, perceptual organization and persistence – code test, Weschler scale
- for visuo-constructive ability and visuo-constructive memory – Rey complex figure test, copy and reproduction after 3 minutes
- for executive functions and capacity for effective planning – BADS key-searching test
- for efficiency of attention – Stroop test (colour-word)
- for spatial orientation and psychomotor speed – trail making test, part A
- for divided attention – trail making test, part B
- for verbal memory – logical memory task, Weschler scale

We also collected complete clinical and demographic information by means of a questionnaire. Some of the parameters assessed were: weight, length and head circumference at birth, Apgar indexes at 1 and 5 minutes, episodes of postnatal anoxia, conditions and ages of palliative and corrective surgeries. Participants were interviewed on social support, family educational style, self-image, physical limitations, school achievements and retentions. They completed a psychiatric interview (SADS-L) and self-report questionnaires on Quality of Life (WHOQOL-BREF), Psychosocial Adjustment (YSR and ASR) and Traits of Personality (NEOPI-R).

Results

We found statistically significant differences in all areas of neurocognitive performance between the CHD and the Control groups, with better results for the last. When comparing the subgroups of CHD, we found that the cyanotic group (VSD) performed better in all neurocognitive tasks than the cyanotic (TF and TGA), but the differences were only statistically different for working memory (Z=6.521; p=0.002), psychomotor performance, speed of execution, perceptual organization and persistence (Z=4.842; p=0.010), for spatial orientation and psychomotor speed (Z=3.210; p=0.045).

The parameters of fetal development correlated with the performance on different neurocognitive functions: head circumference correlated with auditory and verbal immediate attention (rho=0.197; p=0.035), visuo-constructive ability (rho=0.215; p=0.021), efficiency of attention (rho=0.189; p=0.043), spatial orientation and psychomotor speed (rho=0.268; p=0.004), and verbal memory (rho=0.197; p=0.035); weight correlated with visuo-constructive ability (rho=0.223; p=0.015), executive function (rho=0.314; p=0.001), and length with visuo-constructive ability (rho=0.271; p=0.003) and executive function (rho=0.232; p=0.011). Additionally, we were able to determine a statistically significant predictive model (r=0.414; r²=0.171; F=5.787; p=0.001) for poor neurocognitive performance. Thus, having low weight at birth (β=1.654; t=2.858; p=0.005), having male gender (β=-1.831; t=-2.377; p=0.020) and having a cyanotic form of CHD (β=-1.624; t=-2.062; p=0.042) predicts poor neurocognitive performance in adolescents and young adults with CHD.

We found a 15.3% lifetime prevalence of psychopathology (18.5% in females). Compared to normal population, our patients have better Quality of Life in environmental (t=6.507; p=0.000), social relationships (t=5.102; p=0.000) and general dimensions (t=2.558; p=0.011). Complex CHD reported worse QOL in physical dimension (U=3576.500; p=0.001) than those with moderate/mild forms of disease; Female patients showed worse Psychosocial Adjustment, with more withdrawal (U=5705.500; p=0.024), anxiety/depression (U=5845.000; p=0.038) and internalization (U=5140.000; p=0.001).

Conclusions

CHD patients have worse neuro-cognitive performance than controls; low weight at birth, male gender and the presence of cyanosis predict bad neurocognitive performance in CHD patients; patients seem to be more prone to psychiatric morbidity, worse psychosocial adjustment and school performance.

American Heart Association 2014 Scientific Sessions

15-19 November, Chicago, U. S. A.

Anexos 2

**Artigo a submeter à revista *Circulation*
(será enviada aos elementos do júri mais tarde)**

Anexos 3

Instrumentos

Anexo 3.1

Termo de Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, (Nome) _____, após ter sido informado integralmente sobre o projeto de investigação que versa os aspectos psicossociais e neuro-cognitivos dos doentes com Cardiopatias Congénitas que está a decorrer no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital S. João (aprovado pela Comissão de Ética do mesmo hospital), confirmo a minha aceitação em participar/responder no mesmo. Foi-me assegurado que todos os meus dados serão mantidos em confidencialidade, que a minha decisão de recusa não terá quaisquer consequências sobre a minha possibilidade de aceder aos serviços e que, em qualquer momento, posso abandonar a colaboração ao projeto de investigação.

Porto, _____ de _____ de 2014.

Assinatura

Anexo 3.2

Ficha de Identificação

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Código: Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

(Dados a recolher directamente com os doentes em entrevista)

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Telefone: _____ Telemóvel: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____ Agregado Familiar: _____

Fratria: _____ Sexos: Masculino Feminino Idades: _____

Nível de escolaridade do próprio: _____ Profissão: _____

Nível de escolaridade do pai: _____ Profissão do pai: _____

Nível de escolaridade da mãe: _____ Profissão da mãe: _____

Diagnóstico (a preencher com os dados do processo clínico):

Diagnóstico primário: _____ Diagnósticos secundários _____

Cardiopatia: Cianótico Acianótico Fluxo pulmonar aumentado Fluxo pulmonar reduzido

Gravidade: Menor/Leve Significativa/Moderada Complexa/Grave

Idade de Diagnóstico: _____

Terapêutica Médica: Diurético IECA Aspirina Beta-bloqueador

Outro: _____

Período de tempo com terapêutica médica: _____

Internamentos frequentes: Sim Não

Necessidade de cuidados intensivos: Sim Não

Cirurgias (dados a recolher nos registos da cirurgia torácica)

Intervenção Cirúrgica: Correção Anatómica Data: _____

Correção Paliativa Data: _____

Re-intervenção(ões) Cirúrgica(s) Data(s): _____

Lesões Residuais: Leves Moderadas Graves

Mantém actualmente tratamento médico: Sim Não

Dados neonatais (a recolher do livro do bebé, se o doente o trouxe para a consulta, ou nos registos médicos se isso não aconteceu):

Peso ao nascimento: _____

Comprimento ao nascimento: _____

Perímetro cefálico ao nascimento: _____

APGAR ao 1º minuto: _____

APGAR ao 5º minuto: _____

Anexo 3.3

Entrevista Semi-Estruturada

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



Código: □□□ □ Data: ___/___/___

Entrevistador: _____

1. Ao longo da vida, tem tido muitos amigos verdadeiros?

(com quem pode partilhar os seus problemas mais íntimos, a quem pode pedir conselhos e com quem pode contar para ajuda e solidariedade em situações difíceis)

Muitos Poucos nenhuns

Se respondeu **não**:

1.1. Observações.

Presentemente:

1.1. Quantos amigos tem? Acha que são suficientes?

1.2. Quanto tempo por semana passa com os seus amigos? Que tipo de actividades costumam fazer?

1.2.1. Alguma vez sentiu que quando está com o seu grupo de amigos os seus pais adoptaram ou adoptam comportamentos demasiado protectores? (comparativamente com os outros pais)

1.2. Se precisar da ajuda dos seus amigos, qual é a disponibilidade?

Nenhuma Alguma Total

1.3. Se os seus amigos precisarem do seu apoio, qual é a sua disponibilidade?

Nenhuma Alguma Total

1.4. Alguma vez sentiu que as suas limitações influenciaram a sua capacidade de se relacionar com outras pessoas? Explique.

Sim Não

1.4. Estatuto Conjugal:

Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) ou separado(a) Viúvo(a)

Vive com um(a) companheiro(a)

1.5. Presentemente, com quem reside?

1.6. Como considera as relações com as pessoas com quem reside?

Positivas Negativas Outras: _____

2. O seu pai e a sua mãe ainda são vivos?

Apenas a mãe é viva Apenas o pai é vivo A mãe e o pai estão ambos vivos

Ambos já morreram

2.1. Como caracteriza a relação entre a sua mãe e o seu pai?

2.2. Acha que a sua doença alguma vez interferiu na relação entre os seus pais?

2.3. Como considera o estilo educativo dos seus pais perante si?

Autoritário Permissivo Superprotector

Outro: _____

2.3.1. Comentários.

Se tem irmãos:

2.4. E comparativamente com o(s) seu(s) irmão(s)?

2.5. Alguma vez sentiu que a sua doença limitou a vida dos seus pais? Explique.

Sim Não

3. Tem algum tipo de restrição médica para a prática de exercício físico?

Sim Não

Se respondeu **sim**:

3.1. Diga qual(ais) é que é(são).

3.2. Foram sugeridas alternativas?

3.3. E os seus pais, alguma vez restringiram a sua actividade física? Explique.

Sim Não

4. Participa ou já participou em alguma actividade física/desporto (com regularidade)?

Sim Não

Se respondeu **sim**:

4.1. Como avalia o seu desempenho relativamente aos outros?

Melhor do que os outros Igual aos outros Pior do que os outros

Se respondeu **pior do que os outros**:

4.1.1. Explique porquê. Diga quais as limitações que sente (ia).

4.2. Como se sente no fim do treino?

Nunca consigo terminar o treino Sinto-me mais cansado do que os outros
 Sinto-me tão cansado como os outros Sinto-me menos cansado do que os outros

Se respondeu **não** à pergunta 4:

4.3. Diga qual(ais) o(s) motivo(s) para ter tomado essa atitude (ausência de actividade física).

4.4. Qual a importância que atribui à actividade física na sua vida? Explique.

Nenhuma Alguma Muita

5. Gostava que me caracterizasse o seu estado de saúde actual (Como se sente?)

6. Estudou até que ano?

7. Reprovou alguma vez? Em que ano(s)?

8. Sentiu dificuldades na progressão dos estudos?

Sim Não

8.1. Se respondeu **sim** diga qual(ais) a(s) maior(es) dificuldade(s)?

Linguagem Memória Atenção

Outras: _____

9. Qual impacto teve a sua doença (CC) na sua progressão escolar? Explique.

Nenhum Algum Bastante Muito

10. Das seguintes palavras quais são as que mais o(a) identificam:

Feliz Infeliz Calmo Ansioso Integrado Isolado

Outras: _____

11. Como se tem sentido neste último ano?

12. Alguma vez lhe foi feito um diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica?

Sim Não

12.1. Qual? Que idade tinha?

12.2. Fez algum Tratamento? Qual?

12.3. Aderiu ao Tratamento?

12.4. Se teve ou tem presentemente alguma perturbação psiquiátrica, de que forma é que ela influenciou ou influencia a doença cardíaca?

12.5. De que forma a sua perturbação psiquiátrica influencia ou influenciou a sua família?

13. Sente que a sua doença influencia ou influenciou a forma como se vê? Explique.

Sim Não

14. Em alguma situação se sentiu desconfortável devido às consequências da doença cardíaca?

15. Alguma vez passou por alguma intervenção cirúrgica?

Sim Não

Se respondeu **sim**:

15.1. Houve alguma coisa na cirurgia ou na doença cardíaca que tenha produzido problemas ou anomalias no seu aspecto físico? Qual(ais)?

Sim Não

15.2. Como se tem sentido ao longo da vida com o seu aspecto físico? Sente-se:

Contente Descontente Feliz Infeliz Confortável Desconfortável

15.3. Como se sente comparativamente com outras pessoas da mesma idade?

Melhor do que os outros Igual aos outros Pior do que os outros

15.3.1. Comentários.

15.4. Esse problema provocou-lhe dificuldades a nível:

Social Profissional Interpessoal Conjugal

15.4.1. Comentários.

16. Se tivesse a hipótese de alterar alguma coisa em si, o que mudaria?

Anexo 3.4

ABCL – Adult Behavior Checklist

QUESTIONÁRIO DE DESCRIÇÃO DO COMPORTAMENTO PARA ADULTOS (18-59 ANOS)

Por favor marque as suas respostas

NOME PRIMEIRO MEIO ÚLTIMO COMPLETO ADULTO			TIPO DE TRABALHO USUAL DO ADULTO, mesmo que não esteja a trabalhar actualmente. Por favor, seja específico – por exemplo, mecânico auto; professor de ensino secundário; doméstica; operário fabril; vendedor de sapatos; sargento do exército; estudante (indique o que ele/ela está a estudar e qual o grau que se espera que possa atingir)
GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	IDADE	ÉTNIA GRUPO OU RAÇA	
DATA ACTUAL Mês _____ Dia _____ Ano _____	DATA DE NASCIMENTO Mês _____ Dia _____ Ano _____		Trabalho do Adulto _____ ou Trabalho do Conjuge ou Companheiro _____ ESTA PARTE FOI PREENCHIDA POR (escreva o nome completo): _____ _____ A sua relação com o Adulto: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____
POR FAVOR ESCOLHA A FORMAÇÃO ACADÉMICA DO ADULTO <input type="checkbox"/> 1 Sem frequência escolar <input type="checkbox"/> 7 Bacharelato <input type="checkbox"/> 2 Até 4 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 8 Licenciatura <input type="checkbox"/> 3 5 a 6 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 9 Mestrado <input type="checkbox"/> 4 7 a 9 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 10 Doutoramento <input type="checkbox"/> 5 10 a 12 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 11 Outras: <input type="checkbox"/> 6 Frequência universitária _____			
Por favor, preencha esta parte de modo a reflectir os seus pontos de vista, mesmo que outras pessoas possam não concordar com os seus. Não precisa de gastar muito tempo em cada item. Pode acrescentar comentários à sua vontade. Certifique-se de que responde a todas as questões.			

I. AMIGOS:

- A. Quantos amigos próximos tem? (Não incluir familiares)
- Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais
- B. Quantas vezes por mês tem contacto com os amigos próximos? (inclui contacto pessoal por telefone, carta, e-mail)
- Nenhuma 1 ou 2 3 ou 4 5 ou mais
- C. Como se dá com os amigos próximos?
- Mal Bem Muito Bem MUITÍSSIMO Bem
- D. Quantas vezes por mês alguns amigos ou familiares o/a visitam?
- Nenhuma 1 a 2 3 a 4 5 ou mais

II. CÔNJUGE OU COMPANHEIRO

- Qual é o seu estado civil? Nunca foi casado(a) Casado(a), mas separado(a) do cônjuge
 Divorciado(a)

Outro – por favor descreva: _____
Casado(a), a viver com o cônjuge
 Viúvo(a)

Alguma vez nos últimos 6 meses, ele/ela viveu com um cônjuge ou companheiro?

- Não – por favor passe para a página 2
 Sim – marque com um círculo os algarismos 0, 1 ou 2 entre A-H para descrever a relação dele/dela durante os últimos 6 meses:

0 = Não Verdadeiro (tanto quanto sabe) 1= Por vezes ou Algumas vezes Verdadeiro 2= Muito Verdadeiro ou Quase Sempre Verdadeiro

- | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | A. Dá-se bem com o conjugue ou companheiro | 0 | 1 | 2 | E. Discorda do cônjuge ou companheiro acerca do local onde viver |
| 0 | 1 | 2 | B. Tem problemas em partilhar responsabilidades com o cônjuge ou companheiro | 0 | 1 | 2 | F. Tem problemas com a família do cônjuge ou companheiro |
| 0 | 1 | 2 | C. Parece satisfeito com o cônjuge ou companheiro | 0 | 1 | 2 | G. Gosta dos amigos do cônjuge ou companheiro |
| 0 | 1 | 2 | D. Aprecia as mesmas actividades que o cônjuge ou companheiro | 0 | 1 | 2 | H. Aborrece-o o comportamento do cônjuge ou companheiro |
-

Certifique-se de que responde a todas as questões.

III. Ele/ela tem alguma doença, incapacidade ou deficiência? Não Sim – por favor descreva:

IV. Por favor descreva algumas preocupações que tenha acerca ele/ela: Não tem preocupações

V. Por favor descreva as melhores qualidades dele/dela:

Certifique-se de que responde a todos os itens.

VI. Segue-se uma lista com frases que descrevem as pessoas. À medida que vai lendo cada frase, por favor decida se ela é verdadeira para este adulto nos últimos 6 meses passados. Depois circunde o 0, 1 ou 2 para descrever o adulto. Por favor responda a todos os itens da melhor forma possível mesmo que pareçam não se aplicar ao adulto em causa.

0= Não Verdadeiro	1= Por Vezes Verdadeiro	2= Muito ou Quase Sempre Verdade
0 1 2 1. É muito esquecido(a)		0 1 2 36. Magoa-se muito, é propenso a acidentes
0 1 2 2. Aproveita as oportunidades quando surgem		0 1 2 37. Envolve-se em muitos conflitos/lutas
0 1 2 3. Discute		0 1 2 38. As relações com os vizinhos são fracas
0 1 2 4. Dá o melhor de si, esforça-se ao máximo		0 1 2 39. Dá-se com pessoas que se metem em sarilhos
0 1 2 5. Culpa os outros pelos seus próprios problemas.		0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva): _____ _____
0 1 2 6. Usa drogas (não considerar o tabaco) para fins não medicinais (descreva):		0 1 2 41. Impulsivo ou age sem pensar
		0 1 2 42. Prefere estar sozinho do que com outras pessoas

		0	1	2	43. Mentira ou engana/aldraba (faz batota)
		0	1	2	44. Sente-se sufocado com as responsabilidades
0	1	2			45. Nervoso, excitável, tenso
0	1	2			46. Tem movimentos nervosos ou contracções (descreva): _____

0	1	2			47. Tem falta de auto-confiança
0	1	2			48. Não gostam dele
0	1	2			49. Consegue fazer algumas coisas melhor que os outros
0	1	2			50. Muito medroso ou ansioso
0	1	2			51. Sente-se tonto ou de cabeça vazia
0	1	2			52. Sente-se demasiado culpado
0	1	2			53. Tem dificuldades em planear o futuro
0	1	2			54. Sente-se cansado sem motivo para tal
0	1	2			55. O humor varia entre exaltação e depressão
0	1	2			56. Problemas físicos sem cauda médica conhecida:
0	1	2			a. dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça)
0	1	2			b. dores de cabeça
0	1	2			c. náusea, sensação de enjoo
0	1	2			d. problemas visuais (não incluir aqueles corrigíveis com óculos) (descreva): _____

0	1	2			e. erupções na pele ou outros problemas de pele
0	1	2			f. dores de estômago
0	1	2			g. vômitos
0	1	2			57. Agride fisicamente as pessoas
0	1	2			58. Tira/arranca pele ou outras partes do corpo (descreva): _____

0	1	2			59. Não termina as tarefas
0	1	2			60. Há poucas coisas de que ele(a) gosta
0	1	2			61. Baixa performance no trabalho
0	1	2			62. Fraca coordenação motora ou desajeitado
0	1	2			63. Prefere estar com pessoas mais velhas do que

gosta dele			com pessoas da sua idade				
0	1	2	34. Sente que estão sempre a tentar apanhá-lo em falta	0	1	2	64. Tem dificuldades em estabelecer prioridades
0	1	2	35. Sente-se inútil ou inferior	0	1	2	64. Tem dificuldades em estabelecer prioridades

Certifique-se de que responde a todos os itens.

0= Não Verdadeiro			1= Por vezes Verdadeiro			2= Muito ou Quase Sempre Verdadeiro		
0	1	2	65. Recusa-se a falar	0	1	2	95. Tem acessos de mau génio, mau feitio	
0	1	2	66. Repete alguns actos vezes sem conta, compulsões (descreva): _____	0	1	2	96. É passivo ou tem falta de iniciativa	
0	1	2	67. Tem problemas em fazer ou manter amigos	0	1	2	97. Ameaça fisicamente as pessoas	
0	1	2	68. Grita ou berra muito	0	1	2	98. Gosta de ajudar as pessoas	
0	1	2	69. É reservado, guarda as coisas para si	0	1	2	99. Não gosta de permanecer no mesmo local por muito tempo	
0	1	2	70. Vê coisas que não existem (descreva): _____	0	1	2	100. Tem dificuldades em dormir	
0	1	2	71. Sente-se constrangido ou embaraçado facilmente	0	1	2	101. Falta ao trabalho mesmo que não esteja doente ou de férias	
0	1	2	72. Preocupa-se com a sua família	0	1	2	102. É hipoactivo, tem movimentos lentos, falta de energia	
0	1	2	73. Corresponde às responsabilidades para com a família	0	1	2	103. É infeliz, triste ou depressivo	
0	1	2	74. Exibe-se ou faz palhaçadas	0	1	2	104. É muito barulhento	
0	1	2	75. É muito envergonhado, tímido	0	1	2	105. É desorganizado	
0	1	2	76. Tem comportamentos irresponsáveis	0	1	2	106. Tenta ser honesto com os outros	
0	1	2	77. Dorme mais que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite (descreva): _____	0	1	2	107. Acha que não consegue obter sucesso em nada	
0	1	2	78. Tem dificuldades em tomar decisões	0	1	2	108. Tende a perder objectos	
0	1	2	79. Tem problemas de fala/ comunicação (descreva): _____	0	1	2	109. Gosta de experimentar coisas novas	
0	1	2	80. Olha fixamente no vazio	0	1	2	110. Toma boas decisões	
0	1	2	81. Tem comportamento muito instável	0	1	2	111. É tímido/retraído; não gosta de conviver	
0	1	2	82. Rouba	0	1	2	112. Preocupa-se muito	
0	1	2	83. Aborrece-se com facilidade	0	1	2	113. Amua muito	
				0	1	2	114. Não paga as suas contas, nem assume outras responsabilidades financeiras	
				0	1	2	115. É Irrequieto e nervoso	

0	1	2	84. Tem comportamentos estranhos (descreva): _____	0	1	2	116. Aborrece-se facilmente
0	1	2	85. Tem ideias/ pensamentos estranhos (descreva): _____	0	1	2	117. Tem dificuldades em gerir dinheiro ou cartões de crédito
0	1	2	86. É teimoso(a)/obstinado(a), rabugento(a), amuado(a) ou irritável	0	1	2	118. É muito impaciente
0	1	2	87. Tem Mudanças repentinas de humor ou sentimentos	0	1	2	119. Não é bom no que toca a pormenores/ detalhes
0	1	2	88. Gosta de conviver com as pessoas	0	1	2	120. Conduz demasiado rápido
0	1	2	89. Age sem pensar/ sem ter em conta riscos	0	1	2	121. Costuma atrasar-se para reuniões/ encontros
0	1	2	90. Bebe muito álcool ou fica embriagado	0	1	2	122. Tem dificuldades em manter o emprego
0	1	2	91. Fala sobre suicidar-se	0	1	2	123. Ele(a) é uma pessoa feliz
0	1	2	92. Faz coisas que podem causar problemas com a lei (descreva): _____	124.	Nos últimos 6 meses, quantas vezes por dia ele(a) fuma (incluindo tabaco de mascar)? _____ vezes por dia.		
0	1	2	93. Fala demasiado	125.	Nos últimos 6 meses, quantos dias ele(a) se embriagou? _____ dias.		
0	1	2	94. É muito implicativo	126.	Nos últimos 6 meses, quantos dias/ durante quantos dias ele(a) usou drogas para fins não terapêuticos (incluindo marijuana, cocaína, e outras drogas, excluindo álcool e nicotina)? _____ dias.		

Anexo 3.5

CBCL – Child Behavior Checklist

Questionário de Comportamentos da Criança CBCL 6-18 (® T. M. Achenbach, 1991)

Tradução: A.C. Fonseca & M.R. Simões (U. Coimbra)
J.P. Almeida (Serviço de Pediatria – HGSJ, Porto)
M. Gonçalves & P. Dias (U. Minho)

Nome da Criança: _____

Data de Nascimento: __/__/____

Idade: ____anos

Sexo: Masculino Feminino

Ano de Escolaridade : _____

Escala Preenchida por: Mãe

Pai

Outro: _____

Profissão do Pai (mesmo que actualmente não trabalhe): _____

Profissão da Mãe (mesmo que actualmente não trabalhe): _____

Data de Avaliação: __/__/____

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) **é (agora) ou tem sido durante os últimos 6 meses:**

-Marque uma **cruz (X) no 2** se a afirmação é **MUITO VERDADEIRA** ou é **MUITAS VEZES VERDADEIRA** em relação ao seu filho;

-Marque uma **cruz (X) no 1** se a afirmação é **ALGUMAS VEZES VERDADEIRA**;

-Se **NÃO É VERDADEIRA**, marque uma cruz **(X) no 0**.

- **SUBLINHE** qualquer comportamento que seja preocupante

Por favor, responda a todas as descrições o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar ao seu filho(a).

0= Não verdadeira

1= Às vezes verdadeira

2= Muitas vezes verdadeira

0	1	2	1	Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
0	1	2	2	É alérgico(a) (descreva):_____
0	1	2	3	Discute muito
0	1	2	4	Tem asma
0	1	2	5	Comporta-se como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6	Faz as suas necessidades fora da casa de banho
0	1	2	7	É fanfarrão ou gabarola
0	1	2	8	Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9	Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva):_____
0	1	2	10	Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito activo(a) ou irrequieto(a)
0	1	2	11	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
0	1	2	12	Queixa-se de solidão
0	1	2	13	Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)
0	1	2	14	Chora muito
0	1	2	15	É cruel com os animais
0	1	2	16	Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros
0	1	2	17	Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18	Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio
0	1	2	19	Exige muita atenção
0	1	2	20	Destrói as suas próprias coisas
0	1	2	21	Destrói coisas da sua família ou de outras crianças
0	1	2	22	É desobediente em casa
0	1	2	23	É desobediente na escola
0	1	2	24	Não come bem
0	1	2	25	Não se dá bem com outras crianças
0	1	2	26	Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal
0	1	2	27	Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)
0	1	2	28	Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (descreva):_____
0	1	2	29	Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva):_____
0	1	2	30	Tem medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	1	2	32	Sente que tem de ser perfeito(a)
0	1	2	33	Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34	Sente que os outros andam atrás dele(a) para o apanharem; sente-se perseguido(a)
0	1	2	35	Sente-se sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36	Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	37	Mete-se em muitas lutas/brigas
0	1	2	38	Fazem pouco dele(a) frequentemente
0	1	2	39	Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos
0	1	2	40	Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):_____
0	1	2	41	É impulsivo(a) ou age sem pensar
0	1	2	42	Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0	1	2	43	Mente ou faz batota
0	1	2	44	Rói as unhas
0	1	2	45	É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0	1	2	46	Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva):_____
0	1	2	47	Tem pesadelos
0	1	2	48	As outras crianças/jovens não gostam dele(a)
0	1	2	49	Tem prisão de ventre, obstipação
0	1	2	50	É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	Sente tonturas
0	1	2	52	Sente-se demasiado culpado(a)
0	1	2	53	Come demais

0	1	2	54	Cansa-se demasiado	
0	1	2	55	Tem peso a mais	
			56	Apresenta problemas físicos <u>sem causa médica conhecida:</u>	
0	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça)	
0	1	2	b	Dores de cabeça	
0	1	2	c	Náuseas, sente enjoos	
0	1	2	d	Problemas _____ com _____ a _____ vista (descreva): _____	
0	1	2	e	Irritações de pele/Borbulhas ou outros problemas de pele	
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas	
0	1	2	g	Vómitos	
0	1	2	h	Outros problemas (descreva): _____	
0	1	2	57	Agride fisicamente outras pessoas	
0	1	2	58	Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva): _____	
0	1	2	59	Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público	
0	1	2	60	Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais	
0	1	2	61	O seu trabalho escolar é fraco	
0	1	2	62	Tem fraca coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)	
0	1	2	63	Prefere andar com crianças/jovens mais velhos	
0	1	2	64	Prefere andar com crianças/jovens mais novos	
0	1	2	65	Recusa-se a falar	
0	1	2	66	Repete várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos; tem compulsões (descreva): _____	
0	1	2	67	Foge de casa	
0	1	2	68	Grita muito	
0	1	2	69	É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo	
0	1	2	70	Vê coisas que não existem, que não estão presentes	
0	1	2	71	Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à-vontade	
0	1	2	72	Provoca fogos	
0	1	2	73	Tem _____ problemas _____ sexuais (descreva): _____	
0	1	2	74	Gosta de se “exibir” ou de fazer palhaçadas	
0	1	2	75	É envergonhado(a) ou tímido(a)	
0	1	2	76	Dorme menos que a maior parte das crianças	
0	1	2	77	Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva): _____	
0	1	2	78	Suja-se ou brinca com as fezes	
0	1	2	79	Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreva): _____	
0	1	2	80	Fica de olhar fixo e vazio	
0	1	2	81	Rouba coisas em casa	
0	1	2	82	Rouba coisas fora de casa	
0	1	2	83	Acumula coisas de que não necessita (descreva): _____	
0	1	2	84	Tem comportamentos estranhos (descreva): _____	
0	1	2	85	Tem ideias estranhas (descreva): _____	
0	1	2	86	É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável	
0	1	2	87	Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos	
0	1	2	88	Amua muito	
0	1	2	89	É desconfiado(a)	
0	1	2	90	Diz palavrões ou usa linguagem obscena	
0	1	2	91	Fala em matar-se	
0	1	2	92	Fala ou anda durante o sono (descreva): _____	
0	1	2	93	Fala demasiado	
0	1	2	94	Arrelia muito os outros	

0	1	2	95	Tem birras, temperamento exaltado			
0	1	2	96	Pensa demasiado em sexo			
0	1	2	97	Ameaça as pessoas			
0	1	2	98	Chupa no dedo			
0	1	2	99	Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio			
0	1	2	100	Tem dificuldades em dormir			
				(descreva): _____			
0	1	2	101	Falta à escola sem razão (por “vadiagem”)			
0	1	2	102	É pouco activo(a), vagaroso(a), tem falta de energia			
0	1	2	103	Infeliz, triste ou deprimido(a)			
0	1	2	104	É invulgarmente barulhento(a)			
0	1	2	105	Consome álcool ou drogas (descreva): _____			
0	1	2	106	Comete actos de vandalismo			
0	1	2	107	Urina-se durante o dia			
0	1	2	108	Urina na cama			
0	1	2	109	Choramanga			
0	1	2	110	Gostaria de ser do sexo oposto			
0	1	2	111	Isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros			
0	1	2	112	É preocupado(a)			
			113	Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham ainda sido referidos:			
0	1	2		_____			
0	1	2		_____			
0	1	2		_____			

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.
SUBLINHE AS QUE O(A) PREOCUPAM DE UM MODO PARTICULAR.

II PARTE

I

Por favor enumere os desportos favoritos do seu filho(a). Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.

Tempo - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente **quanto tempo a praticar cada um?** (1 - Menos que a média, 2 - Médio, 3 - Mais que a média)

Competência - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, **em que grau consegue sair-se bem** em cada um (1 - *Pior* que a média, 2 - *Médio*, 3 - *Melhor* que a média)?

Não pratica nenhum desporto

Desporto	Tempo				Competência			
	Não sei	Menos	Médio	Mais	Não sei	Pior	Médio	Melhor
a.		1	2	3		1	2	3
b.		1	2	3		1	2	3
c.		1	2	3		1	2	3

II

Por favor enumere os passatempos, actividades e jogos favoritos do seu filho(a) que não sejam desporto. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (Não inclua ouvir rádio ou ver televisão).

Tempo - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? (1 - Menos que a média, 2 - Médio, 3 - Mais que a média).

Competência - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um (1 - Pior que a média, 2 - Médio, 3 - Melhor que a média)?

Nenhum passatempo, actividade ou jogo

Passatempo, actividade ou jogo	Tempo				Competência			
	Não sei	Menos	Médio	Mais	Não sei	Pior	Médio	Melhor
a.		1	2	3		1	2	3
b.		1	2	3		1	2	3
c.		1	2	3		1	2	3

III

Por favor enumere quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que o seu filho(a) pertença.

Grau de actividade - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau é activo em cada um (1 - Menos activo, 2 - Médio, 3 - Mais activo)?:

Não pertence a nenhuma organização, clube ou grupo

Organização, clube ou grupo	Actividade			
	Não sei	Menos	Médio	Mais
a.		1	2	3
b.		1	2	3
c.		1	2	3

IV

Por favor enumere quaisquer empregos ou tarefas do seu filho(a). Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc.

Grau de competência - Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-los bem (1 - Abaixo da média, 2 - Médio, 3 - Acima da média)?

Não desempenha nenhuma tarefa

Tarefa	Competência			
	Não sei	Abaixo	Médio	Acima
a.		1	2	3
b.		1	2	3
c.		1	2	3

V

1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as)? (Não inclua irmãos ou irmãs)

Nenhum amigo 1 amigo 2 ou 3 amigos 4 ou mais amigos

2. O seu filho(a) tem actividades com os amigos(as) fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana? (Não inclua irmãos e irmãs)

Menos que 1 vez 1 ou 2 vezes 3 ou mais vezes

VI.

Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, até que ponto o seu filho(a) consegue relacionar-se com as seguintes pessoas? (Responda da seguinte forma: 1 - Pior, 2 - Próximo(a) da média, 3 - Melhor):

Não tem irmãos

	Pior	Médio	Melhor
a. Consegue relacionar-se adequadamente com os seus irmãos e irmãs?	1	2	3
b. Consegue relacionar-se adequadamente com outras crianças/jovens?	1	2	3
c. Consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?	1	2	3
d. Consegue divertir-se e trabalhar por si próprio(a)?	1	2	3

VII

1. Para crianças com 6 ou mais anos de idade- Relativamente a cada uma das disciplinas escolares da tabela, indique como têm sido os resultados a cada uma delas (0 - Maus resultados, 1 - Abaixo da média, 2 - Médio, 3 - Acima da média)

Disciplinas	Maus resultados	Abaixo da Média	Médio	Acima da Média
a. Português	0	1	2	3
b. Francês e/ou Inglês	0	1	2	3
c. Matemática	0	1	2	3
d. História	0	1	2	3

Outras disciplinas escolares - por exemplo: Físico-Química, Biologia, Geografia, Educação Visual.

Disciplinas	Maus resultados	Abaixo da Média	Médio	Acima da Média
e.	0	1	2	3
f.	0	1	2	3
g.	0	1	2	3

2. O seu filho(a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial?

Não **Sim**

(Que tipo de estabelecimento ou classe? _____)

3. O seu filho(a) repetiu algum ano?

Não **Sim**

(Qual e porquê? _____)

4. O seu filho(a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro?

Não **Sim**

Que tipo de problema? _____

Quando começaram esses problemas? _____

Os problemas mencionados já acabaram? _____

O seu filho(a) tem alguma doença, deficiência física ou mental?

Não **Sim** (Descreva-a, por favor _____)

Anexo 3.6

YSR – Youth Self - Report

12/20

Questionário de Auto-Avaliação para Jovens YSR 12-18 (® T. M. Achenbach, 1991)

Tradução: A.C. Fonseca & M.R. Simões (U. Coimbra)
J.P. Almeida (Serviço de Pediatria – HGSJ, Porto)
M. Gonçalves & P. Dias (U. Minho)

Nome:

Data de Nascimento: __/__/__

Idade: ____ anos

Sexo: Masculino Feminino

Ano de Escolaridade : _____

Profissão do Pai (mesmo que actualmente não trabalhe): _____

Profissão da Mãe (mesmo que actualmente não trabalhe): _____

Data de Avaliação: __/__/__

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de rapazes e raparigas. Lê cada uma delas e indica até que ponto elas descrevem a maneira como tu és ou tens sido durante os últimos 6 meses:

-Marca uma cruz (X) no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou é MUITAS VEZES VERDADEIRA;

-Marca uma cruz (X) no 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA;

-Se a descrição NÃO É VERDADEIRA, marca uma cruz (X) no 0.

Por favor, responde a todas as descrições o melhor que possas, mesmo que algumas pareçam não se aplicar exactamente.

SUBLINHA QUALQUER UMA QUE TE PREOCUPE

0	1	2	1	Comporto-me de uma maneira demasiado infantil para a minha idade
0	1	2	2	Sou alérgico(a) (descreve): _____
0	1	2	3	Discuto muito
0	1	2	4	Tenho asma
0	1	2	5	Comporto-me como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6	Gosto de animais
0	1	2	7	Sou fanfarrão ou gabarola
0	1	2	8	Não consigo concentrar-me, não consigo estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9	Não consigo afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreve): _____
0	1	2	10	Não sou capaz de ficar sentado(a) sossegado(a) ou quieto(a)
0	1	2	11	Sou demasiado dependente dos adultos
0	1	2	12	Sinto-me só
0	1	2	13	Sinto-me confuso(a), desorientado(a) ou como se estivesse num nevoeiro
0	1	2	14	Choro muito
0	1	2	15	Sou muito honesto
0	1	2	16	Sou mau para as outras pessoas
0	1	2	17	Sonho muitas vezes acordado(a)
0	1	2	18	Magoo-me de propósito ou já tentei matar-me
0	1	2	19	Tento que me dêem muita atenção
0	1	2	20	Destruo as minhas próprias coisas
0	1	2	21	Destruo coisas da minha família ou de colegas
0	1	2	22	Desobedeço aos meus pais
0	1	2	23	Sou desobediente na escola
0	1	2	24	Não como tão bem como devia
0	1	2	25	Não me dou bem com os outros jovens
0	1	2	26	Não me sinto culpado(a) depois de fazer alguma coisa que não devia
0	1	2	27	Tenho ciúmes dos outros ou sou invejoso(a)
0	1	2	28	Estou pronto(a) a ajudar as outras pessoas quando necessitam de ajuda
0	1	2	29	Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreve): _____
0	1	2	30	Tenho medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tenho medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	1	2	32	Sinto que tenho de ser perfeito(a)
0	1	2	33	Sinto que ninguém gosta de mim
0	1	2	34	Sinto que os outros andam atrás de mim para me apanharem; sinto-me perseguido(a)
0	1	2	35	Sinto-me sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36	Magoo-me muito em acidentes
0	1	2	37	Meto-me em muitas lutas/brigas
0	1	2	38	Fazem pouco de mim frequentemente
0	1	2	39	Ando com rapazes ou raparigas que se metem em sarilhos
0	1	2	40	Ouçõ sons ou vozes que não existem (descreve): _____
0	1	2	41	Ajo sem pensar; sou impulsivo(a)
0	1	2	42	Gosto mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0	1	2	43	Minto ou faço batota
0	1	2	44	Roo as unhas
0	1	2	45	Sou nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0	1	2	46	Tenho tiques ou movimentos nervosos nalgumas partes do corpo (descreve): _____

0	1	2	47	Tenho pesadelos
0	1	2	48	Os outros rapazes ou raparigas não gostam de mim
0	1	2	49	Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que a maior parte dos rapazes ou raparigas
0	1	2	50	Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	Tenho tonturas
0	1	2	52	Sinto-me demasiado culpado(a)
0	1	2	53	Como demais
0	1	2	54	Sinto-me excessivamente cansado(a)
0	1	2	55	Tenho peso a mais
			56	Tenho problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> :
0	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça)
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sinto-me enjoado(a)
0	1	2	d	Problemas com a vista (descreve): _____
0	1	2	e	Irritações de pele/borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g	Vômitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreve- os): _____
0	1	2	57	Agrido fisicamente outras pessoas
0	1	2	58	Arranco coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreve): _____
0	1	2	59	Posso ser muito amigável
0	1	2	60	Gosto de experimentar coisas ou situações novas
0	1	2	61	O meu trabalho escolar é fraco
0	1	2	62	Tenho fraca coordenação, sou desajeitado(a) ou desastrado(a)
0	1	2	63	Prefiro andar com rapazes ou raparigas mais velhos do que eu
0	1	2	64	Prefiro andar com rapazes ou raparigas mais novos do que eu
0	1	2	65	Recuso-me a falar
0	1	2	66	Repito várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos; tenho compulsões (descreve): _____
0	1	2	67	Fujo de casa
0	1	2	68	Grito muito
0	1	2	69	Sou reservado(a), guardo as coisas para mim mesmo
0	1	2	70	Vejo coisas que mais ninguém parece ser capaz de ver (descreve): _____
0	1	2	71	Fico facilmente embaraçado(a) ou pouco à-vontade
0	1	2	72	Provoco fogos
0	1	2	73	Consigo trabalhar bem com as minhas mãos; faço bem trabalhos manuais
0	1	2	74	Gosto de me "exibir" ou de fazer palhaçadas
0	1	2	75	Sou envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76	Durmo menos que a maior parte dos rapazes ou raparigas
0	1	2	77	Durmo mais do que a maior parte dos rapazes ou raparigas, durante o dia e/ou durante a noite (descreve): _____
0	1	2	78	Tenho boa imaginação
0	1	2	79	Tenho problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreve): _____
0	1	2	80	Luto pelos meus direitos
0	1	2	81	Roubo coisas em casa
0	1	2	82	Roubo coisas fora de casa
0	1	2	83	Acumulo coisas de que não preciso (descreve): _____
0	1	2	84	Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreve): _____

0	1	2	85	Tenho pensamentos ou ideias que as outras pessoas acham estranhas (descreve): _____
0	1	2	86	Sou teimoso(a)
0	1	2	87	Tenho mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88	Gosto de estar com outras pessoas
0	1	2	89	Sou desconfiado(a)
0	1	2	90	Digo palavrões ou uso linguagem obscena
0	1	2	91	Penso em matar-me
0	1	2	92	Gosto de fazer rir os outros
0	1	2	93	Falo demasiado
0	1	2	94	Arrelio muito os outros
0	1	2	95	Tenho um temperamento exaltado
0	1	2	96	Penso demasiado em sexo
0	1	2	97	Ameaço magoar/ferir as pessoas
0	1	2	98	Gosto de ajudar os outros
0	1	2	99	Preocupo-me demasiado em estar limpo e asseado
0	1	2	100	Tenho dificuldades em dormir (descreve): _____
0	1	2	101	Falto às aulas ou à escola
0	1	2	102	Não tenho muita energia
0	1	2	103	Sou infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	104	Falo mais alto que a maior parte dos rapazes e raparigas
0	1	2	105	Consumo álcool ou drogas (descreve): _____
0	1	2	106	Tento ser justo com os outros
0	1	2	107	Gosto de uma boa anedota
0	1	2	108	Gosto de viver tranquilamente, sem grandes preocupações
0	1	2	109	Procuro ajudar as outras pessoas sempre que posso
0	1	2	110	Desejava ser do sexo oposto
0	1	2	111	Evito envolver-me com os outros
0	1	2	112	Preocupo-me muito

Por favor, indica qualquer coisa que possa descrever os teus sentimentos, o teu comportamento ou os teus interesses:

II PARTE

I
Por favor enumera os desportos que mais gostas de praticar. Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.

Tempo - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? (1 - Menos que a média, 2 - Médio, 3 - Mais que a média)

Competência - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um (1 - Pior que a média, 2 - Médio, 3 - Melhor que a média)?

Não pratico nenhum desporto

Desporto	Tempo			Competência		
	Menos	Médio	Mais	Pior	Médio	Melhor
a.	1	2	3	1	2	3
b.	1	2	3	1	2	3
c.	1	2	3	1	2	3

II

Por favor enumera os teus passatempos, actividades e jogos favoritos que não sejam desporto. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (Não incluas ouvir rádio ou ver televisão).

Tempo - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? (1 - Menos que a média, 2 - Médio, 3 - Mais que a média).

Competência - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um (1 - Pior que a média, 2 - Médio, 3 - Melhor que a média)?

Não faço nenhum passatempo, actividade ou jogo

Passatempo, actividade ou jogo	Tempo			Competência		
	Menos	Médio	Mais	Pior	Médio	Melhor
a.	1	2	3	1	2	3
b.	1	2	3	1	2	3
c.	1	2	3	1	2	3

III

Por favor enumera quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que pertenças.

Grau de actividade - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau és activo em cada um (1 - Menos activo, 2 - Médio, 3 - Mais activo)?

Não pertença a nenhuma organização, clube ou grupo

Organização, clube ou grupo	Actividade		
	Menos	Médio	Mais
a.	1	2	3
b.	1	2	3
c.	1	2	3

IV

Por favor enumera quaisquer empregos ou tarefas que tenhas habitualmente. Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc.

Grau de competência - Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues desempenhá-los bem (1 - Abaixo da média, 2 - Médio, 3 - Acima da média)?

Não faço nenhuma tarefa

Tarefa	Competência		
	Abaixo	Médio	Acima
a.	1	2	3
b.	1	2	3
c.	1	2	3

V.

1. Tens aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as)? (coloca uma X)

Nenhum amigo 1 amigo 2 ou 3 amigos 4 ou mais amigos

2. Aproximadamente quantas vezes por semana é que fazes alguma coisa com eles(as) (coloca uma cruz)?

Menos que 1 vez 1 ou 2 vezes 3 ou mais vezes

VI.

Em comparação com outros rapazes e raparigas da tua idade, até que ponto consegues relacionar-te com as seguintes pessoas?

(Responde da seguinte forma: 1 - Pior, 2 - Próximo(a) da média, 3 - Melhor):

Não tenho irmãos

	Pior	Médio	Melhor
a. Consigo relacionar-me adequadamente com os meus irmãos e irmãs?	1	2	3
b. Consigo relacionar-me adequadamente com outros rapazes e raparigas?	1	2	3
c. Consigo comportar-me adequadamente em relação aos meus pais?	1	2	3
d. Consigo divertir-me e trabalhar sozinho?	1	2	3

VII

Relativamente a cada uma das disciplinas escolares da tabela, indica como têm sido os teus resultados a cada uma delas (0 - Maus resultados, 1 - Abaixo da média, 2 - Médio, 3 - Acima da média)

Disciplinas	Maus resultados	Abaixo da Média	Médio	Acima da Média
a. Português	0	1	2	3
b. Francês e/ou Inglês	0	1	2	3
c. Matemática	0	1	2	3
d. História	0	1	2	3

Outras disciplinas escolares - por exemplo: Físico-Química, Biologia, Geografia, Educação Visual.

Disciplinas	Maus resultados	Abaixo da Média	Médio	Acima da Média
e.	0	1	2	3
f.	0	1	2	3
g.	0	1	2	3
h.-				
i.				
j.				

Tens alguma doença ou deficiência física? Não Sim
(Descreve-a, por favor _____)

Descreve qualquer preocupação que tenhas

Descreve o que tu tens de melhor

Anexo 3.7

ASR - Adult Self-Report

ADULT SELF-REPORT FOR AGES 18-59

Por favor marque as suas respostas

NOME PRIMEIRO MEIO ÚLTIMO COMPLETO ADULTO			TIPO DE TRABALHO COMUM DO ADULTO, mesmo que não esteja a trabalhar actualmente. Por favor, seja específico – por exemplo, auto-mecânico (?); professor de ensino secundário; doméstica; laborer (?); operário fabril (?); vendedor; sargento do exército; estudante (indique o que ele/ela está a estudar e qual o grau esperado/ que pretende atingir)	
GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	IDADE	ÉTNIA GRUPO OU RAÇA		Trabalho/ Profissão _____
DATA ACTUAL Mês _____ Dia _____ Ano _____		DATA DE NASCIMENTO Mês _____ Dia _____ Ano _____		Trabalho do Cônjuge ou Companheiro _____
Por favor, preencha esta parte de modo a reflectir os seus pontos de vista, mesmo que outras pessoas possam não concordar. Não precisa de gastar muito tempo em cada item. Pode acrescentar comentários. Responda a todas as questões.				POR FAVOR ESCOLHA A SUA FORMAÇÃO ACADÉMICA <input type="checkbox"/> 1 Sem Formação nem GED <input type="checkbox"/> 2 Diploma de Equivalência Geral <input type="checkbox"/> 3 Ensino Secundário <input type="checkbox"/> 4 Frequência Universitária mas sem conclusão/graduação <input type="checkbox"/> 5 Frequentou 2 anos completos de Ensino Profissional/Tecnológico <input type="checkbox"/> 6 Licenciatura ou RN (?) <input type="checkbox"/> 7 (?) <input type="checkbox"/> 8 Mestrado <input type="checkbox"/> 9 Doutoramento ou Law degree (?) <input type="checkbox"/> Outro (especifique qual): _____

I. AMIGOS:

A. Quantos amigos próximos/ chegados tem? (Não incluir/não considerar familiares)

Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

B. Quantas vezes por mês tem contacto com amigos próximos? (inclui contacto pessoal, telefone, cartas, e-mail)

 1 ou 2 3 ou 4 5 ou mais

C. Como se entende com os amigos? / Entende-se com os amigos?

D. Quantas vezes por mês alguns amigos ou familiares o/a visitam?

Nenhum 1 ou 2 3 ou 4 5 ou mais

II. CÔNJUGE OU COMPANHEIRO

Qual é o seu estado civil? Nunca foi casado

Casado, mas separado do cônjuge

Casado, a

Divorciado

viver com o cônjuge

Outro – por favor descreva: _____

Viúvo

Alguma vez em 6 meses, viveu com um cônjuge ou companheiro?

Não – por favor passe para a página 2

Sim – escolha com círculos 0, 1 ou 2 entre A-H para descrever a tua relação durante 6 meses:

0 = Não é verdade (tanto quanto sabes) 1= Por vezes ou Algumas vezes Verdade 2= Verdade ou Quase Verdade

0 1 2	A. Eu entendo-me com o meu cônjuge ou companheiro	0 1 2	E. Discorda com o cônjuge ou companheiro
0 1 2	B. Temos problemas em partilhar responsabilidades	0 1 2	F. Tenho algum problema com um familiar do meu cônjuge ou companheiro
0 1 2	C. Estou satisfeito com o meu cônjuge ou companheiro	0 1 2	G. Gosto dos amigos do meu cônjuge ou companheiro
0 1 2	D. Gosto/Aprecio as mesmas actividades que o meu cônjuge ou companheiro	0 1 2	H. O comportamento do meu cônjuge ou companheiro aborrece-me

Por favor marque as suas respostas.

III. FAMÍLIA:					Sem
Comparativamente com os outros, como está:					Contacto
A. A entender-se com os seus irmãos?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. A entender-se com as suas irmãs?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. A entender-se com a sua mãe?	<input type="checkbox"/> Falecida				
D. A entender-se com o seu pai?	<input type="checkbox"/> Falecido				
E. A entender-se com os seus filhos biológicos ou adoptados?	<input type="checkbox"/> Não tenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Crianças mais velha	<input type="checkbox"/> crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segunda Criança mais velha	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terceira Criança mais velha	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outra Criança	<input type="checkbox"/> Não se aplica				
F. A entender-se com os seus enteados?	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não tenho enteados				

IV. TRABALHO/ EMPREGO: Quantas vezes nos últimos 6 meses, teve algum trabalho pago (incluindo trabalho independente e serviço militar)?

Não – por favor passe para o ponto V.

Sim – por favor descreva o seu trabalho/emprego:

Circule 0, 1 ou 2 entre os itens/tópicos A-I para descrever a sua experiência de trabalho durante os últimos 6 meses:

0 = Não é Verdade			1 = Um pouco ou às Vezes Verdade			2 = Verdade ou Com Frequência Verdade		
0	1	2	A. Trabalho bem com os outros	0	1	2	F. Eu faço coisas que podem fazer com que perca o emprego/podem ser a razão	
0	1	2	B. Tenho problemas em entender-me com os chefes	0	1	2	G. Eu fico afastado do meu trabalho/eu falto ao trabalho mesmo que não esteja doente ou de férias	
0	1	2	C. Faço bem o meu trabalho	0	1	2	H. O meu emprego é muito stressante para mim	
0	1	2	D. Tenho problemas/dificuldades em acabar o meu trabalho	0	1	2	I. Preocupo-me demais com o trabalho	
0	1	2	E. Estou satisfeito com a minha situação de emprego					

V. EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO: Alguma vez, nos últimos 6 meses, frequentou aulas, faculdade ou outra formação ou outro programa?

Não – por favor passe ao ponto VI

Sim – Que tipo de aulas ou programa?

Que grau procura? _____ Formação Superior?

Quando espera receber o título ou diploma?

Circule 0, 1 ou 2 entre os itens/tópicos A-E para descrever a sua experiência educacional durante os últimos 6 meses:

0 = Não é Verdade			1 = Um pouco ou às Vezes Verdade			2 = Verdade ou Com Frequência Verdade		
0	1	2	A. Eu entendo-me com os outros estudantes	0	1	2	D. Estou satisfeito com a minha situação educacional	
0	1	2	B. Eu realizo o que sou capaz de fazer	0	1	2	E. Eu faço coisas que podem fazer-me falhar	
0	1	2	C. Eu tenho problemas/dificuldades em terminar tarefas					

VI. Tem alguma doença, incapacitante ou deficiência?

Não Sim – por favor descreva:

VII. Por favor descreva algumas preocupações e inquietações sobre família, trabalho, educação ou outras coisas:

Sem preocupações

VIII. Por favor descreva as melhores coisas/melhores qualidades sobre si/suas:

Por favor marque as suas respostas.

VI. De seguida encontra-se uma lista com itens/tópicos que descrevem pessoas. Para cada item, circule 0, 1 ou 2 para se descrever a si mesmo nestes últimos 6 meses. Por favor responda a todos os itens, mesmo que alguns não se apliquem a si.

0= Não é Verdade			1= Um pouco ou às Vezes Verdade			2= Verdade ou com Frequência		
Verdade								
0	1	2	1. Sou muito esquecido	0	1	2	37. Entro em muitas lutas	
0	1	2	2. Aproveito as oportunidades	0	1	2	38. As minhas relações com os vizinhos são fracas	
0	1	2	3. Discuto muito	0	1	2	39. Ando com pessoal que está em problemas/sarilhos	
0	1	2	4.	0	1	2	40. Oiço sons ou vozes que não existem	
0	1	2	5. Culpo os outros pelos meus problemas.	0	1	2	41. Sou impulsivo ou faço coisas sem pensar	
0	1	2	6. Consumo drogas (outras para além de álcool ou nicotina) para fins não medicinais (descreva): _____ _____	0	1	2	42. Prefiro estar sozinho	
0	1	2	7. Sou fanfarrão	0	1	2	43. Minto e engano	
0	1	2	8. Tenho problemas de concentração ou a prestar atenção durante muito tempo	0	1	2	44. Sinto-me sufocado com as responsabilidades	
0	1	2	9. Não consigo esquecer/desligar de alguns pensamentos (descreva): _____ _____	0	1	2	45. Nervoso, highstrung (?) ou tenso	
0	1	2	10. Tenho problemas em estar quieto/parado	0	1	2	46. Tenho movimentos nervosos ou contraio-me (descreva): _____ _____	
0	1	2	11. Dependo muito dos outros	0	1	2	47. Falta de auto-confiança	
0	1	2	12. Sinto-me sozinho	0	1	2	48. Não me pareço com os outros	
0	1	2	13. Sinto-me confuso ou não consigo pensar claramente	0	1	2	49. Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros	
0	1	2	14. Choro muito	0	1	2	50. Sinto-me ansioso	
0	1	2	15. Sou muito honesto	0	1	2	51. Sinto-me tonto ou exaltado	
0	1	2	16. Sou mesquinho com os outros	0	1	2	52. Sinto-me muito culpado	
0	1	2	17. Sou muito divagador	0	1	2	53. Tenho dificuldades em planear acções futuras	
0	1	2	18. Faço mal a mim mesmo ou tento matar-me de propósito	0	1	2	54. Sinto-me cansado sem razão	
0	1	2	19. Tento ter muita atenção	0	1	2	55. O meu humor varia entre exaltação e depressão	
0	1	2	20. Destruo ou estrago as minhas coisas	0	1	2	56. Problemas físicos sem causa médica:	
0	1	2	21. Destruo ou estrago as coisas que pertencem aos outros	0	1	2	a. dores ou... (sem ser de estômago ou de cabeça)	
0	1	2	22. Preocupo-me com o meu futuro	0	1	2	b. dores de cabeça	
0	1	2	23. Quebro regras no meu local de trabalho ou em qualquer lado	0	1	2	c. náusea, sinto-me doente	
0	1	2	24. Não me alimento tão bem quanto devia	0	1	2	d. problemas com os olhos (sem ser os que se corrigem com óculos) (descreva): _____ _____	
0	1	2	25. Não me entendo com os outros	0	1	2	e.	
0	1	2	26. Não me sinto culpado por ter feito algo que não devia	0	1	2	f.	
				0	1	2	g.	
				0	1	2	h.	

0 1 2	27. Tenho ciúmes dos outros	0 1 2	i.
0 1 2	28. Entendo-me mal com a minha família	0 1 2	57. Ataco/agrido fisicamente as pessoas
0 1 2	29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares (descreva): _____ _____	0 1 2	58. Tiro/arranco pele ou outras partes do corpo
0 1 2	30. As minhas relações com o sexo oposto são fracas	0 1 2	59. Não consigo terminar algumas tarefas
0 1 2	31. Tenho medo/receio que possa fazer algo de errado	0 1 2	60. Há pouca coisa de que gosto
0 1 2	32. Tenho a sensação que devo ser perfeito	0 1 2	61. A minha performance no trabalho é baixa
0 1 2	33. Sinto que ninguém gosta de mim	0 1 2	62. Sou descoordenado/mal coordenado ou desajeitado
0 1 2	34.	0 1 2	63. Prefiro estar com pessoas mais velhas do que com pessoas da minha idade
0 1 2	35. Sinto-me inútil ou inferior	0 1 2	64. Tenho problemas/dificuldades em estabelecer prioridades
0 1 2	36. Magoou-me muito acidentalmente/ Sou propenso a acidentes	0 1 2	65. Recuso-me a falar

Por favor marque as suas respostas.

0= Não é Verdade

1= Um pouco ou às Vezes Verdade

2= Verdade ou com Frequência

Verdade

0 1 2	66. Repito alguns actos vezes sem conta, compulsões (descreva): _____	0 1 2	95. Tenho mau feitio
0 1 2	67. Tenho problemas em fazer ou manter amigos	0 1 2	96. Penso muito em sexo
0 1 2	68. Grito ou berro muito	0 1 2	97. Ameaço os outros
0 1 2	69. Sou reservado, guardo coisas para mim mesmo	0 1 2	98. Gosto de ajudar os outros
0 1 2	70. Vejo coisas que não existem (descreva): _____ _____	0 1 2	99. Não gosto de ficar em determinado sítio por muito tempo
0 1 2	71. Sinto-me constrangido ou embaraçado/desconfortável	0 1 2	100. Tem problemas em dormir
0 1 2	72. Preocupo-me com a minha família	0 1 2	101. Não vou ao meu trabalho durante muito tempo, mesmo que não esteja doente ou de férias
0 1 2	73. Conheço as responsabilidades que tenho perante a minha família	0 1 2	102. Não tenho muita energia
0 1 2	74. Exibo-me muito ou faço muita palhaçada	0 1 2	103. Sou infeliz, triste ou depressivo
0 1 2	75. Sou muito tímido ou calado	0 1 2	104.
0 1 2	76. Tenho um comportamento responsável	0 1 2	105. As outras pessoas pensam que sou desorganizado
0 1 2	77. Durmo mais que as outras pessoas durante o dia e/ou noite (descreva): _____	0 1 2	106. Tento ser razoável com os outros
		0 1 2	107. Sinto que não consigo ser bem sucedido/ter êxito

0	1	2	78. Tenho dificuldades em tomar decisões	0	1	2	108. Trato de coisas perdidas
0	1	2	79. Tenho problemas em comunicar (descreva): _____ _____	0	1	2	109. Gosto de experimentar coisas novas
0	1	2	80. Luto pelos meus direitos	0	1	2	110.
0	1	2	81. O meu comportamento é inconstante	0	1	2	111. Não gosto de me envolver com os outros
0	1	2	82. Roubo	0	1	2	112. Preocupo-me muito
0	1	2	83. Aborreço-me com facilidade	0	1	2	113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto
0	1	2	84. Faço coisas que levam os outros a pensar que sou estranho (descreva): _____	0	1	2	114. Não pago as minhas contas ou fracasso noutras responsabilidades
0	1	2	85. Tenho pensamentos que os outros pensam que são estranhos (descreva): _____	0	1	2	115. Sinto-me descansado ou irrequieto
0	1	2	86. Sou teimoso/obstinado, rabugento, amuado ou irritável	0	1	2	116. Aborreço-me/fico aborrecido com muita facilidade
0	1	2	87. Os meus sentimentos ou o meu humor varia rapidamente	0	1	2	117. Tenho problemas em gerir dinheiro ou cartões de crédito
0	1	2	88. Gosto de estar com outras pessoas	0	1	2	118. Sou muito impaciente
0	1	2	89. Actuo sem pensar nos riscos	0	1	2	119. Não sou bom com pormenores
0	1	2	90. Bebo muito álcool ou fico bêbado	0	1	2	120. Conduzo muito rápido
0	1	2	91. Penso em matar-me	0	1	2	121. Tenho tendência para me atrasar em compromissos
0	1	2	92. Faço coisas que me podem causar problemas com a lei (descreva): _____	0	1	2	122. Tenho problemas em manter um emprego
0	1	2	93. Falo muito	0	1	2	123. Sou uma pessoa feliz
0	1	2	94. Implico muito com os outros	124.			Nos últimos 6 meses , quantas vezes fumou por dia (incluindo pastilhas de nicotina)? _____ vezes por dia.
				125.			Nos últimos 6 meses , quantos dias bebeu? _____ dias.
				126.			Nos últimos 6 meses , quantas vezes tomou drogas sem fins medicinais (incluindo marijuana, cocaína, e outras drogas, excepto álcool e nicotina)? _____ dias.

Por favor certifique-se que respondeu a todos os itens

Anexo 3.8

WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $+ + + + + + +$			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $+ + + + +$			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $+ +$			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $+ + + + + + +$			

DADOS PESSOAIS

A1	Idade	anos	A2	Data de Nascimento	____ / ____ / ____
A3	Sexo	Masculino Feminino	A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever Sabe ler e/ou escrever 1º-4º anos 5º-6º anos 7º-9º anos 10º-12º anos Estudos Universitários Formação pós-graduada
A5	Profissão				
A6.1	Freguesia				
A6.2	Concelho				
A6.3	Distrito				
A7	Estado Civil	Solteiro(a) Casado(a) União de facto Separado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)			

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	1	2	3	4	5
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, solidão, etc.?	1	2	3	4	5

Anexo 3.9

Inventário de Personalidade (NEO -FFI)

Inventário de Personalidade NEO-PI-R
(NEO-FFI – versão reduzida)

Este questionário tem como objetivo a avaliação das características da sua personalidade. Leia por favor as perguntas com atenção e coloque uma **cruz (X)** na resposta que para si é a mais correta.

Afirmações	Discordo Fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Fortemente
1. Não sou uma pessoa preocupada.					
2. Gosto de ter muitas pessoas à minha volta.					
3. Não gosto de perder tempo a sonhar acordada(o).					
4. Tento ser delicada (o) com todas as pessoas que encontram.					
5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					
6. Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.					
7. Rio facilmente.					
8. Quando encontro uma maneira correta de fazer qualquer coisa, não mudo mais.					
9. Frequentemente arranjo discussões com a família e colegas de trabalho.					
10. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.					
11. Quando estou numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.					
12. Não me considero especialmente, uma pessoa alegre.					
13. Fico admirado com os modelos que encontra na arte e na natureza.					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejosa e egoísta.					
15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
16. Raramente me sinto só ou abatida (o)					
17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
18. Acredito que, deixar os alunos ouvir as pessoas com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
19. Prefiro colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as suas obrigações.					

21. Muitas vezes, sinto-me tensa(o) e enervada(o).					
22. Gosto de estar onde está a acção.					
23. A poesia pouco ou nada lhe diz.					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
25. Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de forma ordenada.					
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.					
27. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinha (o).					
28. Frequente experimento comidas novas e desconhecidas.					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa dela se a deixar.					
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.					
31. Raramente me sinto amedrontada (o) ou nervosa.					
32. Muitas vezes, sinto-me a arrebentar de energia.					
33. Poucas vezes, me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
34. A maioria das pessoas que conheço gosta de mim.					
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.					
36. Muitas vezes aborreço-me a maneira que as pessoas me tratam.					
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
39. Algumas pessoas consideram-me fria (o) e calculista.					
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra.					
41. Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.					
42. Não sou um (a) grande optimista.					
43. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
44. Sou inflexível e dura (o) nas minhas atitudes.					
45. Às vezes não sou tão segura (o) ou digna (o) de confiança como deveria ser.					
46. Raramente estou triste ou deprimida (o).					
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido.					

48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
49. Geralmente, procuro ser atenciosa (o) e delicada (o).					
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparada (o), desejando que alguém resolva os meus problemas.					
52. Sou uma pessoa muito activa.					
53. Tenho muita curiosidade intelectual.					
54. Quando não gosto das pessoas faço-o saber.					
55. Parece que nunca consigo ser organizada (o).					
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhada(o) que desejava meter-me num buraco.					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.					
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstratas.					
59. Se for necessário, não hesito manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
60. Esforça-me por ser excelente em tudo o que faço.					

Portuguese Version of NEO-FFI (Costa & McCrae, 1992; translated by Lima & Simões, 2000)

Anexo 3.10

SADS-L

SADS-L

Código □□□□

Data __/__/__

Avaliação

Nº

Entrevistador _____

Deve-se explicar ao sujeito que a entrevista se vai focar nas suas dificuldades e problemas, e que algumas perguntas são standard e precisam de ser respondidas por qualquer pessoa. Deve-se conseguir informação demográfica básica como: idade, estado civil e data de admissão na clínica ou Hospital.

PARTE A - INFORMAÇÕES DO PASSADO

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas acerca do seu passado.

Onde nasceu?

A1. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

213

Até onde foi a sua escolaridade?

(Teve alguma formação especial?)

0 Sem informação

1 Licenciatura completa

2 Bacharelato

3 Fac-1-3 anos, curso comercial

4 Liceu completo

5 Dez a onze anos de escola

6 Seis a nove anos de escola

7 Menos de seis anos de escola

A2. PADRÕES DE AMIZADE ADOLESCENTE

214

<p><i>Quando adolescente, quanto tempo passava com amigos?</i></p> <p><i>Tinha muitos amigos íntimos?</i></p> <p><i>Tinha um ou mais “grandes amigos”?</i></p> <p><i>(Costumava gostar de estar com eles?; Fazia coisas em grupo?; Alguma vez iniciou actividades de grupo ou quase sempre seguia o líder?; Era mais um líder ou um “seguidor”?)</i></p>	<p>0 Sem Informação</p> <p>1 Superior: Muito Popular e Festivo</p> <p>2 Muito Bom: Muitos Amigos Especiais, Grupos, Iniciat.</p> <p>3 Bom: alguns amigos especiais, grupo, sem iniciat.</p> <p>4 Suficiente: 1-2 Amigos Especiais, Não Gosta De Grup.</p> <p>5 Pobre: Prefere Estar Só</p> <p>6 Muito Inadaptado: solidão e evitamento</p>
--	--

<p>A2. ESTADO CIVIL</p> <p>215</p>

<p><i>Se ainda não se sabe:</i></p> <p><i>Alguma vez esteve casado (antes)?</i></p> <p><i>(E viveu com alguém do sexo oposto por mais de um ano?; Quantas vezes?)</i></p>	<p>0 Sem informação</p> <p>1 Solteiro</p> <p>2 Casado ou a viver com alguém do sexo oposto</p> <p>3 Viúvo</p> <p>4 Separado ou com possibilidades de retorno</p> <p>5 Divorciado</p>
---	--

<p>A4. TEMPO TOTAL NOS PASSADOS 5 ANOS QUE NÃO TEVE EMPREGO DEVIDO A PSICOPATOLOGIA</p> <p>216</p>
--

<p><i>Que espécie de trabalhos fez?</i></p> <p><i>Que tem feito nos últimos cinco anos?</i></p> <p><i>Houve alguma altura em que não teve trabalho?</i></p> <p><i>(Porquê?; Durante quanto tempo?; Outras vezes?; Algumas dessas vezes em que não trabalhou foi devido a problemas pessoais?)</i></p>	<p>0 Sem Informação</p> <p>1 Sem Tempo Fora Do Trabalho (Absentismo Justf.)</p> <p>2 De Uns Dias A Um Mês</p> <p>3 Até Seis Meses (10% Do Tempo)</p> <p>4 Até Um Ano (20% Do Tempo)</p> <p>5 Até Dois Anos (40% Do Tempo)</p>
---	---

<i>Se somar todo o tempo em que esteve Incapaz de trabalhar devido à sua (doença, problemas, porque estava no hospital) nos passados cinco anos, quanto daria no total?</i>	6 Até Três Anos (60% Do Tempo)
	7 Até Quatro Anos (80% Do Tempo)
	8 Até Quase Cinco Anos
	9 Não Trabalhou

PARTE B - VISÃO GERAL DO DISTÚRBO PSÍQUICO PASSADO

O Entrevistador deve utilizar esta parte da entrevista para conseguir uma ideia geral da presença e evolução do Distúrbio Psiquiátrico embora esta secção contenha poucos itens específicos a contar para a análise. A informação obtida aqui deve ser utilizada em secções posteriores para modificar perguntas e para focar a entrevista em áreas cruciais que necessitem de clarificação.

Faça perguntas acerca de qualquer Distúrbio Psiquiátrico corrente.

Se se sabe que é um doente psiquiátrico: *Gostaria de o ouvir acerca dos seus problemas e dificuldades e de como o levaram à sua entrada no hospital (ou clínica)?*

Se é um doente com dificuldades de longa data: *Gostaria que nos centrassemos agora no que o levou à sua vinda aqui. Mais tarde farei perguntas acerca do seu passado.*

Se a um doente não psiquiátrico: *Gostaria de o ouvir acerca de quaisquer dificuldades ou problemas que esteja a ter na sua vida agora.*

Para todos os sujeitos:

- *Quando diria que notou pela primeira vez que não estava bem (desta vez)?*
- *Até que ponto este problema tem sido diferente de como se sentia antes ou de como é habitualmente?*
- *Quanto tempo decorreu entre a altura em que notou pela primeira vez que não estava bem e o momento em que começou o tratamento?*
- *Sente-se melhor agora ou esta no seu pior período?*

(Se se sente melhor agora: - Quanto tempo passou desde que esteve ...

(descrição da situação)

- Quando é que pela última vez se sentiu no seu normal durante alguns meses?

• *As questões seguintes são um guia para determinar psicopatologias prévias, particularmente episódios de doença:*

Alguma vez pediu ajuda a alguém (outra pessoa) por causa dos seus problemas emocionais, nervos ou por causa da maneira como se sentia e se comportava (antes desta altura)? Se SIM, determinar idade, razão, tipo de contacto, duração e sintomas em cada período de tratamento usando provas como:

(Quem procurou...?; Que espécie de problemas tinha na altura?; E noutras vezes?)

B1. TRATAMENTO EM CONSULTA EXTERNA (INCLUIR MEDICAÇÃO PARA OS "NERVOS")	217
--	------------

<i>Quantos anos tinha quando consultou alguém pela primeira vez por causa de ...?</i>	0 Sem Informação 1 Sem Contacto 2 Consulta Ou Pequeno Período De Tratamento 3 Tratamento Continuado Pelo Menos 6 Meses 4 Tratamento Continuado Vários Anos Ou Períodos
<i>Alguma vez foi ao médico por causa dos seus nervos?</i>	__ Idade Aquando Do Primeiro Tratamento Em Cons. Ext. 218-19

B2. NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS
--

<i>Alguma vez foi um doente num hospital psiquiátrico ou esteve sob vigilância (antes)? (Quantas vezes?; Quantos anos tinha?)</i>	NUMERO: 220-21 Idade Da Primeira Hospitalizaçã. 222-23
---	---

B3. TEMPO TOTAL DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

224

<i>Alguma vez (outras) achou ou outras pessoas acharam que necessitava de ajuda devido aos seus sentimentos, nervos ou maneira como se comportava?</i>	0 Sem Informação 1 Nunca Hospitalizado 2 Menos De 3 Meses 3 Menos De 6 Meses 4 Menos De 1 Ano
<i>Determinar idade, duração, circunstâncias e sintomas...</i>	5 Menos De 2 Anos 6 Menos De 5 Anos 7 5 Anos Ou Mais

EPISÓDIOS DE DOENÇA COM SÍNDROME MANÍACO OU DEPRESSÃO MAJOR:

Nas secções seguintes determine se o sujeito teve alguma vez um episódio (período relativamente distinto de funcionamento perturbado ou psicopatologia) que pode ser claramente distinguido do seu funcionamento anterior ou subsequente que vai de encontro aos critérios de Síndrome Maníaco ou Depressivo Major tal como descrito em baixo. Se o doente não preencher todos os critérios para estas perturbações mas existir evidência de qualquer distúrbio afectivo, esse distúrbio deve ser registado em secções posteriores.

Se simultaneamente preenchem os critérios para Síndrome Maníaco e Depressão Major devem ser descritos nas duas secções.

Se separados por menos de dois meses de remissão devem ser considerados apenas um episódio.

PARTE C - EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO**CRITÉRIOS PARA EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO**

C1. SE TEVE UM OU MAIS PERÍODOS DISTINTOS DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA; HUMOR ELEVADO OU IRRITÁVEL 225

<i>Alguma vez teve um período de tempo que durasse pelo menos uma semana (ou quando esteve hospitalizada) em que se sentiu extremamente bem ou eufórico - claramente diferente do habitual? Os seus amigos ou família pensaram que era algo mais do que</i>	0 Sem Informação Avance Para D 1 Nunca Teve Período De Pelo Menos Uma Semana Com Humor Muito Elevado Ou Irritavel 2 Nunca Teve Período Com Humor Muito Elevado Mas Teve
---	---

<i>sentir-se bem?</i> <i>E períodos em que se sentiu muito irritável ou em que se aborrecia facilmente?</i>	<i>Um Período Muito Irritável</i> <i>3 Teve Pelo Menos Um Período Com Humor Muito Elevado</i>
--	--

C2. TEVE PELO MENOS DOIS SINTOMAS ASSOCIADOS COM O PERÍODO MAIS GRAVE DE EUFORIA OU HUMOR IRRITAVEL

	<i>Sem Informação</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
<i>Durante o período mais grave...</i>				
<i>...Esteve mais activo que o habitual socialmente, no trabalho, sexualmente, ou fisicamente inquieto?...</i>	X	1	2	226
<i>...Esteve mais falador que o habitual ou sentiu uma pressão para continuar a falar?...</i>	X	1	2	227
<i>...Os seus pensamentos corriam-lhe ou falava tão depressa que era difícil para as pessoas seguir o que dizia?...</i>	X	1	2	228
<i>...Sentiu que era uma pessoa muito importante, com planos especiais, poderes, talentos ou capacidades (grandeza)?</i>	X	1	2	229
<i>...Precisou menos de sono que o habitual?...</i>	X	1	2	230
<i>...Teve problemas em concentrar-se no que se passava porque a sua atenção saltava constantemente para coisas pouco importantes à sua volta (distractibilidade)?...</i>	X	1	2	231
<i>...Fez alguma coisa insensata que o pudesse ter metido em sarilhos, como comprar coisas, fazer investimentos financeiros, indiscrições sexuais, condução descuidada?...</i>	X	1	2	232
<i>Número de sintomas definidos: Se Eufórico, critério =2; Se apenas Irritável, critério = 3</i>				233
<input type="checkbox"/> <i>Se o critério C2 não é preenchido, marque aqui e avance para episódios de síndrome depressivo grave</i>				234

C3. SINTOMAS TÃO GRAVES QUE É IMPOSSÍVEL UMA CONVERSA COM SENTIDO, COM GRAVE DISFUNÇÃO OU HOSPT. 235

<i>Foi hospitalizado? Estava tão excitado que era quase impossível manter uma conversa consigo?</i>	0 Sem Informação
	1 Não, Avance Para D
<i>Isso causou problemas com as pessoas, com a sua família, no seu trabalho, ou nas suas outras actividades habituais?</i>	2 Sim

C4. NÚMERO TOTAL (min.) DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO (SEPARADOS NO MÍNIMO POR 2 MESES) 236-37

<i>Quantos episódios teve como este?</i>	Número (min.):
<i>Se incapaz de dar o número exacto: Diria que teve pelo menos__ episódios distintos como este?</i>	

c- DETERMINAÇÃO DE SE ALGUM EPISÓDIO DE SÍNDROME MANÍACO VAI DE ENCONTRO AOS CRITÉRIOS DE DISTÚRBO ESQUIZO-AFFECTIVO TIPO MANÍACO

-Determinar inicialmente se o sujeito teve delírios ou alucinações durante qualquer dos episódios de Síndrome Maníaco. Se SIM, determinar o conteúdo, duração e outros detalhes necessários para considerações futuras acerca de Dist. Esquizo-Afectivos tipo Maníaco.

Quando estava (eufórico, irritável) teve algumas ideias ou acreditou em coisas que mais tarde descobriu que não eram verdadeiras, como andarem pessoas atrás de si para o apanharem, falarem sobre si nas suas costas, ou que os seus pensamentos ou movimentos estavam a ser controlados?

Ouviu vozes ou outros sons que as outras pessoas não ouviam?

Teve visões ou viu coisas não visíveis às outras pessoas?

Teve cheiros estranhos ou sensações estranhas no seu corpo?

As pessoas tinham dificuldade em compreender o que dizia quando estava eufórico?

Se não existem outros sinais de outras fontes de informação que sugeriram delírios, alucinações ou desordens de pensamento formal, durante o período maníaco, marque aqui e avance para Outras Características de Episódios de Síndrome Maníaco.

Se existem sinais de delírios ou desordem de pensamento formal marcado, determinar se algum dos 5 tipos específicos de sintomas abaixo denotados, indicam desordens Esquizo-afectiva presentes durante algum dos períodos de Síndrome Maníaco.

c1. DELÍRIOS DE SER CONTROLADO (OU INFLUENCIADO), DIFUSÃO, INSERÇÃO OU ROUBO DE PENSAMENTO

<i>DURANTE PELO MENOS UM DOS PERÍODOS DE SÍNDROME MANÍACO</i>	<i>Sem informação</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
<i>Teve a sensação que estava sobre o controle de alguma força ou poder, para além de si? (Como se fosse um robot sem vontade própria?; Ou que foi forçado a fazer movimentos ou dizer coisas sem o desejar?; Ou pensar coisas e ter impulsos que não eram seus?)</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>239</i>
<i>Sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de modo que as pessoas sabiam o que pensava, ou que os pensamentos lhe eram postos na cabeça não sendo seus, ou que os pensamentos lhe eram roubados por alguma força externa.</i>				
<i>A1 Alucinações não-afectivas de qualquer tipo (apendix) ao longo do dia e durante vários dias ou intermitentemente durante o período de uma semana.</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>240</i>
<i>- Alucinações auditivas em que uma voz faz um</i>				

<i>comentário contínuo acerca do comportamento do sujeito ou acerca dos pensamentos assim que ocorrem, ou duas ou mais vozes conversam entre si.</i>	X	1	2	241
<i>A dada altura durante o período de doença teve mais do que uma semana em que não foram exibidos sintomas depressivos evidentes ou maníacos mas teve delírios ou alucinações.</i>	X	1	2	242
<i>A dada altura durante o período de doença teve mais do que uma semana em que não foram exibidos sintomas maníacos dominantes mas teve vários momentos de desordem de pensamento formal acentuado acompanhado por embotamento ou afecto inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou grave desordem de comportamento.</i>	X	1	2	243

OUTRAS CARACTERÍSTICAS DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

- Se num episódio teve pelo menos uma das presentes o diagnóstico mais provável é distúrbio Esquizo-afectivo, Tipo Maníaco.

Se num episódio não teve nenhuma das presentes o diagnóstico mais provável é de distúrbio Maníaco.

	<i>Desordem Maníaca</i>	<i>Esquizo-afectiva Tipo Maníaco</i>	
<i>Melhor estimativa dos períodos de mania (99 se muito numerosos)...</i>			244-45-46-47
<i>Idade no primeiro episódio de síndrome maníaco... Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			248-49-50-51
<i>Idade no último período de síndrome maníaco, se existiu mais do que um... Quando foi a última</i>			252-53-54-

<i>vez que esteve...?</i>			55
<i>Correntemente no episódio que inclui período de mania...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	256-57
<i>Se SIM, duração em semanas do período presente de síndrome maníaco</i>			258-60-61-63
<i>Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			264-66-67-69
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISODIOS			
<i>Durante estes episódios... Hospitalizações...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	270-71
<i>...Esteve hospitalizado? ECT recebidos...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	272-73
<i>...Recebeu tratamentos de choques? Medicação recebida...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	274-75
<i>...Recebeu medicação? Imediatamente antes, durante ou a seguir a um episódio teve um pelo menos alguns dias em que se sentiu deprimido...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	313-14
<i>...Esteve deprimido ou em baixo durante alguns dias antes, durante ou após o período em que esteve eufórico? Delírios (de inquérito prévio)...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	315-16
<i>Alucinações (de inquérito prévio)...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	317-18
<i>Incapacitado· Incapaz de levar adiante qualquer actividade com objectivo relativamente complexo tal como emprego, tomar conta de uma casa, manter atenção e participação em actividades sociais e recreativas· Não contar se se refere a recusa ou falta de motivação para as tarefas...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	319-20
<i>...Esteve incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) porquê?</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	321-22

<i>Gestos suicidas ou tentativas..... Tentou matar-se?</i>			
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS			
<i>Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona...)</i> <i>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>323-24</i>

Se SIM descreva o tratamento somático:

(Se episódio Esquizo-afectivo anote o curso dos sintomas que surgiram Esquizofrenia até ao presente).

0 SEM INFORMAÇÃO OU NÃO APLICAVEL

1 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA GRAVE

2 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA SUB-AGUDA

3 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA SUB_CRONICA

4 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA GRAVE

PARTE D - EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR

CRITÉRIOS PARA SÍNDROME DEPRESSIVO GRAVE

D1. UM OU MAIS PERÍODOS DISTINTOS DE UMA SEMANA, COM HUMOR DEPRESSIVO OU IRRITÁVEL, PERDA DE INTERESSE 326

<i>Teve um ou mais períodos distintos durando pelo menos uma semana nos quais foi perturbado por sensação de depressão, tristeza, ou desânimo de tal modo que não se importava ou não queria saber de nada?</i> <i>Sentiu-se irritado ou facilmente perturbado?</i>	<i>0 Sem Informação, Inseguro, Reacção</i> <i>1 Não Avance Para E</i> <i>2 Sim</i>
--	--

D2. INDICADO PARA PROCURAR AJUDA DURANTE PERÍODO DISFÓRICO,

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como um médico, padre ou mesmo um amigo ou alguém sugeriu que procurasse ajuda? Tomou alguma medicação? Comportou-se de modo diferente com as pessoas, a sua família, no emprego ou na escola?</i>	0 Sem Informação 1 Não Avance Para E 2 Sim
---	--

D3· TEVE PELO MENOS 3 SINTOMAS ASSOCIADOS COM O PERÍODO MAIS GRAVE DE DEPR·, HUMOR IRRITÁVEL, PERDA DE INT· OU PRAZER

<i>Durante o período mais grave foi perturbado por:</i>	<i>Sem Informação</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
<i>...Perda de apetite ou peso, aumento de apetite ou peso?</i>				328
<i>...Problemas em adormecer ou dormir demasiado?..</i>				329
<i>...Perda de energia, facilmente cansado, muito cansado?</i>				330
<i>...Perda de interesse ou prazer nas actividades habituais ou sexo?· ·</i>				331
<i>...Sensação de culpa ou auto-desvalorização?..</i>				332
<i>...Problemas de concentração, a pensar ou a tomar decisões?..</i>				333
<i>...Pensamentos acerca de morte ou suicídio?(Tentou suicidar-se?)...</i>				334
<i>...Ser incapaz de se sentar quieto e ter que se movimentar continuamente ou o oposto?..</i>				335
<i>Número de sintomas definidos: Critérios = 3 sintomas para provável 4 sintomas para definitivo</i>				336
<input type="checkbox"/> <i>Se o critério D3 não é encontrado marque aqui e avance para Psicose Não-Afectiva Não -Orgânica</i>				337

D4· NUMERO TOTAL DE EPISÓDIOS DE SINDROME DEPRESSIVO GRAVE

Quantos episódios teve como este?

NÚMERO:

Se incapaz de dar o número exacto:

Diria que teve pelo menos__ diferentes episódios como este?

d - DETERMINAR SE ALGUM EPISÓDIO DE SÍNDROME DEP. MAJOR VAI DE ENCONTRO AO CRITÉRIO DE D. ESQUIZQ-AFECT. TIPO DEP.

Determinar inicialmente se o sujeito teve alucinações, delírios ou desordens do pensamento formal acentuadas (Apêndix) durante algum dos episódios do Síndrome Depressivo Major (não pontuar se parece ocorrer como manifestação de sistemas de crenças religiosas e subculturais). Se SIM determinar o conteúdo, duração e outros detalhes necessários para futuras decisões.

** Quando esteve (deprimido, "em baixo"), alguma vez acreditou em coisas ou teve ideias que mais tarde verificou não serem verdadeiras como, andarem pessoas atrás de si, falarem de si nas suas costas ou que os seus pensamentos ou movimentos fossem controlados?*

** Ouviu vozes ou outros sons que as outras pessoas não conseguiam ouvir? Teve visões ou viu coisas que não eram visíveis para as outras pessoas? Teve cheiros estranhos? Ou sensações estranhas no seu corpo? As pessoas tinham dificuldade em compreender de que falava?*

Se não existem sinais de nenhuma das fontes de informação que sugeriram Delírios, Alucinações ou Distúrbio acentuado do Pensamento Formal durante os Episódios de Síndrome Depressivo Major, marque aqui e avance para Outras Características de Episódios de Síndrome de Depressão Major.

340

Se existem sinais de Delírios, Alucinações ou Desordens do Pensamento Formal Acentuadas, determinar se alguns dos 6 tipos específicos de sintomas abaixo enumerados, indicativos de Desordem Esquizo-Afectiva; estavam presentes durante algum dos períodos de Síndrome Depressivo Major (Os sintomas de tipo esquizofrénico e o Síndrome Depressivo devem sobrepor-se de alguma maneira. Se o Síndrome Depressivo se parece ter sobreposto sobre uma Esquizofrenia residual, não deve ser considerado um episódio de Desordem Depressiva Major ou Desordem Esquizo-Afectiva.

d1- DELÍRIOS DE SER CONTROLADO (OU INFLUENCIADO), ROUBO DE PENSAMENTO, INSERÇÃO

DURANTE PELO MENOS UM PERÍODO DE SÍNDROME MANÍACO:				
	Sem Informação	Não	Sim	
<p>Delírio de ser controlado, difusão de pensamento, inserção...</p> <p><i>Quando estava deprimido teve a sensação que estava sobre o controle de alguma força ou poder, para além de si?; Como se fosse um robot e sem vontade própria?; Ou que foi forçado a fazer movimentos ou fazer coisas sem o desejar?; Ou pensar coisas, ou ter impulsos que não lhe eram próprios?</i></p> <p><i>Sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de modo que as pessoas sabiam em que pensava, ou que os pensamentos lhe eram postos na sua cabeça não sendo seus, ou que os pensamentos lhe eram roubados por alguma força externa?</i></p>	X	1	2	341
<p>Alucinações não-afectivas de qualquer tipo (H2-7) através do dia e durante vários dias ou intermitentemente durante o período de uma semana...</p>	X	1	2	342
<p>Alucinações auditivas em que, uma voz faz um comentário contínuo acerca do comportamento do sujeito ou acerca dos pensamentos assim que ocorrem, ou duas ou mais vozes conversam entre si.</p>	X	1	2	343
<p>A dada altura durante o período de doença teve mais do que um mês em que não foram exibidos sintomas depressivos ou maníacos dominantes, mas teve delírios ou alucinações.</p>	X	1	2	344
<p>Preocupação com um delírio ou alucinação com relativa exclusão de outros sintomas ou preocupações (com conteúdos diferentes dos mais habituais)</p>	X	1	2	345

<i>Em alguns momentos definidos de distúrbio do (Appendix) pensamento formal acentuado acompanhado por embotamento do afecto ou afecto inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou grave distúrbio do comportamento</i>	X	1	2	346
--	---	---	---	-----

OUTRAS CARACTERÍSTICAS DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR

- Se num episódio teve pelo menos uma das presentes, o diagnóstico mais provável é distúrbio Esquizo-afectivo Tipo Depressivo

Se num episódio não teve nenhuma das presentes o diagnóstico mais provável é de Distúrbio Depressivo Major ou Síndrome Depressivo sobreposto em Esquizofrenia Residual.

- Se todos os episódios de Síndrome Depressivo Major foram sobrepostos em Esquizofrenia Residual, avançar para Psicose Não-orgânica

	<i>Desordem Depr·Major</i>	<i>Depr·Esquizo- Afectiva</i>	
<i>Melhor estimativa do número de episódios (99 se muito numerosos)...</i>			347- 48- 49- 50
<i>Idade do primeiro episódio... Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			351- 52- 53- 54
<i>Idade no último episódio, se existiu mais do que um... Quando foi a última vez que esteve...?</i>			355- 56- 57- 58
<i>Actualmente num episódio que inclui um período de Depressão Major</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	359- 60
<i>Se SIM, duração do período presente de Depressão Major</i>			361- 63- 64-

			66
<i>Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			367-69-70-72
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS:			
<i>Hospitalizações... SIM ...Esteve hospitalizado?</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	373-74
<i>ECT recebidos...Recebeu tratamentos de choques?</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	375-413
<i>Medicação recebida.....Recebeu medicação?</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	414-15
<i>Imediatamente antes, durante ou a seguir a um episódio teve Um período de pelo menos uns dias em que esteve hipo ou maníaco (com ou não critério total de Síndrome Maníaco) ...Esteve com uma energia ou alegria inabitual no período de tempo imediatamente antes, durante ou logo a seguir a estar deprimido?..</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	416-17
<i>Delírios· ..</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	418-19
<i>Alucinações...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	420-21
<i>Incapacitado· Incapaz de levar adiante qualquer actividade com objectivo relativamente complexo tal como emprego, tomar conta de uma casa, manter atenção e participação em actividades sociais e recreativas· Não contar se se refere a recusa ou falta de motivação para as tarefas...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	422-23
<i>.. ·Esteve incapaz de trabalhar (ir a escola, tomar conta de casa) alimentar-se, vestir-se ou limpar-se?</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	424-25

<i>Gestos suicidas ou tentativas...Durante...tentou alguma vez matar-se?</i>			
<i>Associação com gravidez ou nascimento (no espaço de 2 meses)... Estava grávida ou tinha acabado de dar à luz?</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>426-27</i>
<i>Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona)... ...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...? Se SIM descreva o tratamento somático e as drogas usadas:...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>430-31</i>
<i>Todos os episódios aparentemente seguidos por doença física seria conduzindo a grandes mudanças nas condições de vida ou teve doença física que e frequentemente associada a sintomas Psicológicos (tirotoxicose)...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>432-33</i>
<i>Se SIM descreva a doença física:... (Se episodio Esquizo-afectivo note o curso dos sintomas que surgiram Esquizofrenia ate ao presente) 0 Sem Informação Ou Não Aplicavel 1 Desordem Esquizo-Afectiva Grave 2 Desordem Esquizo-Afectiva Sub-Aguda 3 Desordem Esquizo-Afectiva Sub-Cronica 4 Desordem Esquizo-Afectiva Crónica</i>			<i>434</i>

PARTE E - PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGANICA

- Determine inicialmente se o sujeito teve um episódio ou período de doença que:

- não preenche o critério de *Depressão Major* ou *Síndrome Maníaco*
 - teve *proporções Psicóticas*
 - não foi causado aparentemente por nenhum factor físico
- Estes episódios ou períodos de *Psicose* serão mais tarde categorizados como *Esquizofrenia* ou *Psicose não-específica Funcional*, *Psicose de transição situacional*, *Estados Paranóides*, *Psicose Histérica* e episódios tipo *Esquizofrénico* com duração inferior a duas semanas.

E1- Se teve um episódio de *Mania* ou *Síndrome de Depressão Major*, determine se teve outros episódios ou períodos de doença com *proporções Psicóticas*. Se *SIM* determine detalhes necessários para futuras considerações

Houve algumas vezes, para além de quando se estava (Deprimido, Maníaco) , que se sentiu (doente, emocionalmente preocupado, hospitalizado, ouviu vozes que outras pessoas não conseguiam ouvir, teve experiências estranhas, sentiu as pessoas contra si...)?

E2- Se nunca teve um episódio de *Mania* ou *Síndrome de Depressão Major*, determine se teve um Período de doença com *proporções Psicóticas* e os detalhes necessários para futuros julgamentos

Houve alguma altura...

... em que ouviu vozes que outras pessoas não conseguiam ouvir?

... em que teve visões ou viu coisas que não eram visíveis para as outras pessoas?

... ou sentiu sensações estranhas no seu corpo?

... em que acreditou em coisas ou teve ideias que mais tarde verificou não serem verdadeiras como as pessoas andarem a persegui-lo, ou a falar de si nas suas costas?

... em que fez alguma coisa que atraísse a atenção sobre si - como vestir de uma forma esquisita, ou fazer alguma coisa estranha?

... em que as pessoas tiveram dificuldade em compreender o que estava a dizer porque a forma como falava era confusa, ou porque não fazia sentido aquilo que dizia?

E3- Se existe evidência, de alguma fonte, de um período ou episódio psicótico pergunte acerca de possíveis causas orgânicas

Andava a beber muito nessa altura ou tinha exactamente parado de o fazer?

Andava a tomar algumas drogas como LSD ou Speeds?

Esteve Fisicamente doente?

☐ Se não existe evidência, de nenhuma fonte, de Psicose Não-afectiva Não-orgânica (delírios, alucinações, desordens do pensamento formal, comportamento estranhamente bizarro) no passado ou se a condição corrente é Esquizofrenia crónica, marque aqui e avance para Alcoolismo.

Se existe evidencia, de alguma fonte, de Psicose Não-afectiva Não-orgânica, continue com a seguinte série de questões.

E4. Número total min.) de episódios ou períodos de Psicose Não-afectiva Não-orgânica (separados por 2 meses)(Se mostrou sinais de esquizofrenia mais ou menos consciente desde o inicio, conte como 1 per.)

436-437

Teve quantos períodos diferentes como este? NÚMERO:

Se incapaz de dar o número exacto:

Diria que teve pelo menos...períodos diferentes como este?

PARTE F -DETERMINAR SE ALGUM EPISÓDIO VAI DE ENCONTRO AOS DOIS CRITÉRIOS DE ESQUIZOFRENIA

F1- TEVE PELO MENOS UM DOS SEGUINTES SINTOMAS DURANTE PELO MENOS UM PERÍODO DE PSICOSE NÃO-AFECTIVA NÃO-ORGÂNICA

	Sem Informação	Não	Sim	
Difusão de pensamento, inserção, afastamento... Alguma vez sentiu que os seus pensamentos				

<i>eram difundidos de tal modo que as outras pessoas sabiam o que estava a pensar, ou sentiu que lhe eram postos na cabeça pensamentos que não eram seus, ou que lhe eram tirados pensamentos por alguma força externa?</i>	X	1	2	438
<i>Delírios de ser controlado (ou influenciado), delírios múltiplos ou outros delírios bizarros...</i>	X	1	2	439
<i>Teve a sensação de estar debaixo do controle de alguma força ou poder além de si, como se fosse um robot sem vontade própria ou que foi forçado a fazer movimentos ou a dizer coisas sem o desejar, a pensar coisas ou a ter impulsos que não eram seus?</i> <i>Se ainda não é sabido, questione acerca de delírios múltiplos ou bizarros...</i> <i>-Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilísticos ou outros sem conteúdo persecutório ou de ciúme durando pelo menos uma semana...</i>	X	1	2	440
<i>Delírios de qualquer tipo se acompanhados de alucinações de qualquer tipo durante pelo menos uma semana...</i>	X	1	2	441
<i>Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário continuo acerca dos comportamentos ou pensamentos do sujeito à medida que eles ocorrem ou em que duas ou mais vozes conversam entre elas...</i>	X	1	2	442
<i>Alucinações verbais não-afectivas falando com o sujeito...</i>	X	1	2	443
<i>Alucinações de qualquer tipo ao longo do dia durante vários dias ou intermitentemente por cerca de um mês...</i>	X	1	2	444
<i>Formas bem determinadas de acentuado distúrbio formal do pensamento acompanhadas de afecto embutado ou inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou comportamento acentuadamente desorganizado...</i>				445
<i>Tem pelo menos um dos sintomas enumerados em cima: 1 NÃO Avance para G</i> <i>447</i>				

2 SIM

F2- SE TEVE UM DOS NOVE TIPOS DE SINTOMAS ENUMERADOS ACIMA, O PERIODO DA DOENÇA (NÃO NECESSARIAMENTE OS SINTOMAS ESPECIFICOS) DUROU PELO MENOS DUAS SEMANAS

448

0 SEM INFORMAÇÃO, OU SEM CERTEZA

1 DURAÇÃO DE MENOS DE 2 SEMANAS

2 DURAÇÃO DE PELO MENOS 2 SEMANAS

PARTE 6 - CARACTERÍSTICAS DA PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGÂNICA

Para qualquer episódio em que ocorreu pelo menos um dos sintomas enumerados no critério 1 e que durou pelo menos 2 semanas, o diagnóstico é de esquizofrenia. Para qualquer episódio que não obedeça a estes 2 critérios, o diagnóstico é de Psicose Funcional Inespecífica. Anote a seguinte informação para episódios de Esquizofrenia ou de Psicose Funcional Inespecífica (ou ambos). Escreva um número ou faça um circulo em torno do SIM, quando se, aplique. Se um sujeito claramente obedece aos critérios de Esquizofrenia durante anos, não é necessário descrever episódios prévios em relação aos quais se tem acesso a informação diagnóstica inadequada, como Psicose Funcional Inespecífica.

	Esquizofrenia	Psicose Funcional Inespecífica	
Melhor estimativa do número de episódios ou períodos (99 se muito numerosos). Se manifestou sinais relevantes de Esquizofrenia mais ou menos contínuos desde o início, contar como um período de doença...			449- 50- 51- 52
Idade na altura do primeiro episódio (pode ser difícil distinguir do funcionamento habitual, se o início foi insidioso. Dê a melhor estimativa)...			453- 54- 55- 56
Que idade tinha quando pela primeira vez...? Idade na altura do último episódio, se houve			457- 58-

<i>mais do que um episódio...</i>			59-60
<i>Qual foi a última vez em que esteve...? Correntemente num episódio...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	461-62
<i>Se SIM, duração do episódio em semanas...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	463-65-66-68
<i>Melhor estimativa, em semanas, da duração mais longa de um episódio... Qual foi o máximo de tempo que durou...?</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	469-71-72-74
<i>Nos itens seguintes deve ser feito um círculo em torno do SIM se eles caracterizam <u>algum</u> desses episódios: Durante <u>algum</u> desses episódios...</i>			
<i>Hospitalizado... esteve hospitalizado?</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	475-513
<i>Recebeu tratamento somático (ECT, medicação)...recebeu algum tratamento para...?</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	514-15
<i>A informação para os itens seguintes deve ser fornecida pelo inquérito feito previamente. Se o sujeito teve ambos os tipos de episódios pode ser necessária clarificação.</i>			
<i>Delírios de qualquer tipo...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	516-17
<i>Delírios de perseguição...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	518-19
<i>Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilísticos ou outros sem conteúdo de perseguição ou ciúme, durando pelo menos 1 semana...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	520-21
<i>Delírios de controle (ou influência), delírios múltiplos, ou outros delírios bizarros...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	522-23
<i>Delírios de qualquer tipo se acompanhados por alucinações de qualquer tipo durante pelo menos 1 semana...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	524-25
<i>Alucinações de qualquer tipo...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	526-27

<i>Alucinações de qualquer tipo durante o dia por vários dias, ou intermitentemente por pelo menos 1 mês...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>528-29</i>
<i>Alucinações visuais...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>530-531</i>
<i>Alucinações auditivas...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>532-33</i>
<i>Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário contínuo acerca do comportamento ou pensamento do sujeito à medida que ele ocorre, ou em que duas ou mais vozes conversam entre elas...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>534-35</i>
<i>Alucinações verbais não-afectivas faladas ao sujeito...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>536-37</i>
<i>Difusão, Inserção ou Remoção do Pensamento...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>538-39</i>
<i>Formas bem determinadas de acentuado Distúrbio Formal do Pensamento</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>540-41</i>
<i>Comportamento motor catatónico óbvio...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>542-43</i>
<i>Outro comportamento bizarro grosseiro...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>544-45</i>
<i>Tentativa de suicídio ou gesto...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>546-47</i>
<i>Incapacitado: Incapacidade para continuar alguma actividade com objectivo complexo como trabalhar, tomar conta da casa, manter a atenção e participação em actividades sociais e recreativas (não contar se devido a falta de motivação para as tarefas)... Estava incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) ou cuidar de si?</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>548-49</i>
<i>Todos os episódios estiveram associados com gravidez ou parto (no espaço de 2 meses)...</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>	<i>550-51</i>

Para os sujeitos que vão de encontro ao critério de Esquizofrenia anote o curso dos sintomas até ao presente. Alguns sujeitos diagnosticados inicialmente como "agudos" podem mostrar mais tarde cursos sub-agudos, sub-crónicos ou crónicos

- 0 Não Aplicável
- 1 Esquizofrenia Aguda
- 2 Esquizofrenia Sub-Aguda
- 3 Esquizofrenia Sub-Crónica
- 4 Esquizofrenia Crónica

PARTE H - ALCOOLISMO

Existem dois critérios

H1- TEVE PELO MENOS DOIS DOS ITENS
553-571

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Como têm sido os seus hábitos de bebida? Existiu algum período na sua vida em que bebia demais?..</i>	X	1	2	553
<i>Havia alguém na sua família- ou outrém- que se manifestou contra a sua bebida?..</i>	X	1	2	554
<i>Houve alguma altura em que não conseguia parar de beber quando queria?..</i>	X	1	2	555
<p><i>Quando bebia em que quantidade o fazia?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Faça questões adicionais se necessárias. Se não existam sinais que sugiram problemas com álcool marque aqui e avance para Abuso de Drogas ou Dependência</i></p> <p>556</p>				
<i>Houve alguma altura em que bebia frequentemente antes do pequeno almoço?..</i>	X	1	2	557
<i>Houve alguma altura ou período em que, por causa da bebida faltou frequentemente ao trabalho, teve problemas no emprego ou esteve incapaz de tomar conta da casa (fazer as refeições, fazer</i>	X	1	2	558

<i>compras)?..</i>				
<i>Alguma vez perdeu um emprego por causa da bebida?..</i>	X	1	2	559
<i>Teve com frequência dificuldades com a família, amigos ou conhecidos por causa da bebida?..</i>	X	1	2	560
<i>Divorciou-se ou separou-se essencialmente por causa dos seus hábitos de beber?...</i>	X	1	2	561
<i>Alguma vez entrou no período de beber continuamente por 3 ou mais dias bebendo mais de um quinto de uma garrafa de whiskey (ou 24 garrafas de cerveja, ou 3 garrafas de vinho) [deve ter ocorrido 3 ou mais vezes]...</i>	X	1	2	562
<i>Alguma vez esteve fisicamente violento enquanto bebia? (deve ter ocorrido em pelo menos 2 ocasiões)...</i>	X	1	2	563
<i>Alguma vez teve dificuldades de condução e tráfico por causa da bebida - como condução descuidada, acidentes ou excesso de velocidade?..</i>	X	1	2	564
<i>Alguma vez foi apanhado pela polícia pela maneira como se comportava enquanto bebia? (perturbar a paz, lutar, intoxicação pública. Não incluir dificuldades de trânsito) ... Alguma vez teve falhas de memória para acontecimentos que ocorram enquanto esteve consciente num episódio de bebida?..</i>	X	1	2	566
<i>Teve com frequência tremuras (que seriam provavelmente devido à bebida)?..</i>	X	1	2	567
<i>Alguma vez teve "Delirium Tremens"? (Estado confusional que se segue à paragem de beber que inclui desorientação, delírios ou alucinações)...</i>	X	1	2	568
<i>Alguma vez ouviu vozes, viu coisas que não estavam realmente ali, logo a seguir a parar de beber? (alucinações - devem ter ocorrido em pelo</i>	X	1	2	569

<i>menos 2 ocasiões separadas) ...</i>				
<i>Alguma vez teve um ataque ou um acesso depois de parar de beber? (Não epiléptico)...</i>	X	1	2	570
<i>Alguma vez um médico lhe disse que desenvolveu uma complicação física devido ao alcoolismo como gastrite, pancreatite, cirrose ou neuritite? (incluir uma boa evidência do síndrome de Korsakoff-síndrome cerebral crónico com amnésia antecipada como principal sinal)...</i>	X	1	2	571

Teve pelo menos 2 dos itens de 557-575 : 1 NÃO Avance para I

2 SIM
572

H2- PERÍODO DE MUITA BEBIDA QUE DUROU PELO MENOS UM MÊS

1

NÃO Avance para I

2 SIM

573

<i>Vai de encontro a 2 critérios para Alcoolismo...</i>	Sim	574
<i>Tem um problema corrente com álcool...</i>	Sim	575
<i>A idade de começo de bebidas fortes...</i>		613-14
<i>Idade de fim das bebidas fortes (deixar em branco se bebeu fortemente no espaço dos últimos 6 meses)...</i>		615-16

PARTE I - ABUSO DE DROGAS OU DEPENDÊNCIA

Esta secção cobre detalhes de uso de drogas até ao presente. -O sujeito deve ser recordado disso.

II- GRAU DE USO DE SUBSTANCIAS NÃO-ALCO-EM EXCESSO OU COMPULSIVAMENTE COM SINT-FÍSICOS, EMOCIONAIS E K.

<p><i>Alguma vez tomou alguma coisa por iniciativa própria para dormir, para o humor ou para ficar mais "alto" como: dexedrina, seconal ou outros barbitúricos?</i></p> <p><i>Alguma vez usou marijuana, narcóticos, LSD ou coisas desse tipo?</i></p> <p><i>(Alguma vez usou alguma coisa para se sentir mais "alto", perder peso ou manter-se acordado?; Alguma vez quis parar de tomar drogas e não o conseguiu?)</i></p>	<p>0 Sem Informação ou Não Clara</p> <p>1 De Modo Algum Avance Para Psi-Não Associada</p> <p>2 Clinicamente Insignificante (Marij., Ou Anfetaminas)</p> <p>3 Interferencia Menor no Comportamento</p> <p>4 Droga Resulta Em Modificações Importantes Na Vida</p> <p>5 Droga Resulta Em Grandes Modificações Na Vida</p> <p>6 Droga Resulta Numa Disrupção Na Vida</p>
<p>Tipo de droga:</p>	<p><input type="checkbox"/> Narcóticos: Heroína, Morfina, Ou Outros 618</p> <p><input type="checkbox"/> Substâncias Tipo Anfetamina 619</p> <p><input type="checkbox"/> Cocaína 620</p> <p><input type="checkbox"/> Sedativos, Hipnóticos, Tranquilizantes 621</p> <p><input type="checkbox"/> Derivados De Cannabis 622</p> <p><input type="checkbox"/> Alucinogêneos (Lsd...) 623</p> <p><input type="checkbox"/> Solventes (Cola...) 624</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p> <p>1 NÃO Avance para K</p> <p>2 SIM</p>
<p><i>Tem um problema corrente com drogas...</i></p>	<p>SIM</p> <p>626</p>
<p><i>Idade do primeiro problema com drogas...</i></p>	<p>627-28</p>
<p><i>Idade em que para de tomar drogas em grande quantidade (deixar em branco se usou muita droga no espaço de 6 meses)</i></p>	<p>629-30</p>

PSICOPATOLOGIA NÃO ASSOCIADA COM EPISÓDIOS DE MANIA OU SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR OU PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGÂNICA COMO DESCRITA PREVIAMENTE

631

☐ Se o sujeito foi julgado como tendo tido esquizofrenia crónica ou sub-crónica, ou desordem esquizo-affectiva sub-crónica ou crónica, marque aqui e avance para distinção primária/secundária dentro das desordens de depressão major porque, as desordens desta secção são de pouco diagnóstico ou prognóstico para tais pacientes.

Agora vou-lhe fazer algumas perguntas acerca de como tem estado - fora dos períodos em que... acabamos de discutir.

(Como descreveria o seu humor a maior parte do tempo?)

PARTE J- EPISÓDIOS HIPOMANIÁCOS

☐ Se o sujeito teve 2 ou mais episódios de desordem maníacos incluindo o presente, marque aqui e avance para Personalidade Ciclotímica 632

Existem 2 critérios:

J1- TEVE UM MAIS PERÍODOS DISTINTOS DURANDO PELO MENOS 2 DIAS COM HUMOR ELEVADO 633

<p><u>Se teve Síndrome Maníaco:</u> Alguma vez teve outros períodos em que se sentiu extremamente bem, alto ou irritável mas não tão grave como nos outros episódios que discutimos? Durou pelo menos 2 dias?</p> <p><u>Se não teve Síndrome Maníaco:</u> Alguma vez teve um período que durasse pelo menos 2 dias em que sentiu extremamente bem, ou alto - claramente diferente do seu normal? Os seus amigos ou família acharam que era algo mais do que sentir-se bem? E acerca de períodos em que se sentiu muito irritável ou facilmente aborrecida?</p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</p> <p>1 Não Avance Para K</p> <p>2 Teve Período(s) Quando o Humor Estava Irritável Mas Nunca Com Humor Elevado</p> <p>3 Teve Período(s) Com Humor Elevado</p>
--	---

--	--

J2- TEVE PELO MENOS 2 DOS SINTOMAS ASSOCIADOS COM PERÍODO GRAVE DE HUMOR EUFÓRICO OU 3 DOS SINTOMAS ASSOCIADOS COM HUMOR IRRITÁVEL

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Durante o período mais grave...esteve mais activo que o habitual socialmente, no trabalho, sexualmente, ou fisicamente cansada?..</i>	X	1	2	634
<i>Esteve mais falador que o habitual ou sentiu alguma pressão para continuar a falar?</i>	X	1	2	635
<i>Os seus pensamentos corriam-lhe ou falava tão depressa que era difícil para as pessoas seguir o que dizia?..</i>	X	1	2	636
<i>Sentiu que era uma pessoa muito importante, com planos especiais, poderes, talentos ou capacidades (grandiosidade)?</i>	X	1	2	637
<i>Precisou menos de sono que o habitual?</i>	X	1	2	638
<i>Teve problemas em concentrar-se no que se passava porque a sua atenção saltava constantemente para coisas pouco importantes à sua volta (distractibilidade)?</i>	X	1	2	639
<i>Fez alguma coisa errada que o pode ter levado a sarilhos como comprar coisas, investimentos financeiros, indiscrições sexuais, condução descuidada?</i>	X	1	2	640
Número de sintomas definidos = <i>Se Eufórico, critério = 2 ; Se apenas Irritável, critério = 3</i>				641
<i>Vai de encontro aos 2 critérios de episódios Hipo Maníaco</i>		1 NÃO		642
2 SIM				
<i>Melhor estimativa do número de episódios de hipomania</i>				643-44
<i>Idade do primeiro episódio hipomaníaco</i>				645-46
<i>Duração do período hipomaníaco mais longo em semanas</i>				647-

	49
Correntemente num episódio que inclui períodos de hipomania SIM	650
Se SIM duração em semanas do período presente de hipomania	651- 53

PARTE K- PERSONALIDADE CICLOTÍMICA

Esta categoria é para indivíduos que desde os 20 anos vão de encontro aos 3 critérios seguintes:

K1- PERÍODOS RECORRENTES DE DEPRESSÃO DURANTE ALGUNS DIAS ALTERNANDO COM PERÍODO DE HUMOR ALGO ELEVADO
654

<i>Desde que se tornou adulto tem sido o tipo de pessoa que frequentemente tem alguns dias que se sente em baixo ou deprimido e outras vezes tem alguns dias um pouco melhor que o normal? (O seu humor alterna de bom para mau?; Está claramente mais activo durante os períodos mais altos? Sente-se com muita energia?)</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
--	---

K2- FREQUENTEMENTE NÃO NO HUMOR NORMAL
655

<i>Isso significa que a maioria do tempo está quer bem quer mal?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
--	---

K3- MUDANÇAS DE HUMOR FREQUENTEMENTE NÃO RELACIONADAS COM ACONTECIMENTOS OU CIRCUNSTÂNCIAS EXTERNAS
656

<i>O seu humor muda frequentemente sem razão aparente?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza
--	---------------------------------

	1 Não Avance Para L 2 Sim
--	------------------------------

Tenha a certeza de diferenciar entre Personalidade Ciclotímica e outras condições efectivas crónicas com períodos ocasionais Hipomaniacos.

Vai de encontro aos 3 critérios de Personalidade Ciclotímica... SIM
657

PARTE L- DISTÚRBIOS DE SOMATIZAÇÃO

Existem 2 critérios:

L1- SUJEITO PARECE TER UMA HISTÓRIA MÉDICA COMPLICADA, VAGA OU DRAMÁTICA ANTERIOR AOS 25 ANOS 658

Como tem estado a sua saúde física? Tem tido muitas doenças? E operações?	O Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
--	---

Se relata falta de saúde, determine a natureza da doença(s), o que o médico disse que se estava a passar, quando começou, número de sistemas envolvidos...

L2- RELATO MIN. DE UMA MANIFESTAÇÃO EM PELO MENOS 5 DOS 6 GRUPOS SEGUINTE MULHERES

	Sem Informação	Não	Sim	
GRUPO I - Sujeito acredita que tem estado doente a maior parte da sua vida Diria que tem estado doente uma grande parte da sua vida?	X	1	2	659
GRUPO II - Perda de sensações, perda de voz e incapaz de murmurar, problemas em caminhar, ou outras conversões pseudo-neurológicas, ou reacções dissociativas... Alguna vez perdeu as sensações ou esteve incapaz de sentir qualquer coisa (associado ou não com paralisia), ou perdeu a voz, ou esteve incapaz de	X	1	2	660

<i>sequer murmurar (mas não apenas rouquidão), problemas em caminhar ou paralisia- incapacidade para se mover (não devida a dor ou paralisia), ou cegueira (completa ausência de percepção da luz durando mais de um instante), convulsões, ataques, desmaios, ou períodos de inconsciência em que não consegue recordar-se do que lhe aconteceu ou que fez (não associado com álcool ou drogas)?</i>				
GRUPO III - Dores abdominais ou vômitos (sem gravidez)... <i>Alguma vez teve dores abdominais ou vômitos?</i>	X	1	2	661
GRUPO IV - Dismenorreia, irregularidade menstrual, excesso de fluxo menstrual (julgados pelo sujeito como ocorrendo mais frequentemente ou com mais gravidade do que na maioria das mulheres)... <i>Sentiu-se frequentemente tão incomodada por dores menstruais que fazia com dificuldade o seu (trabalho, trabalho doméstico, cuidados com as crianças, actividades de tempo livre)?</i> <i>Faltaram-lhe mais do que dois períodos seguidos várias vezes (excluindo gravidez, ou primeiro ano depois da menarca ou menopausa)?</i> <i>Sentiu-se alguma vez perturbada por excessivo fluxo sanguíneo?</i>	X	1	2	662
GRUPO V - Indiferença sexual (falta de interesse em relações sexuais), falta de prazer ou dor durante o coito (na maior parte da vida depois de ter oportunidade para uma vida sexual)... <i>Tem-se sentido habitualmente desinteressado por sexo, ou incapaz de sentir prazer nas relações sexuais com ou sem orgasmo), ou tem sentido dor durante o coito?</i>	X	1	2	663
GRUPO VI - Dores nas costas,	X	1	2	664

<i>dores nas articulações, dores nas extremidades, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas Tem-se sentido incomodado por dores nas costas, nas articulações, nas pernas e nos braços, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas?</i>				
<i>Critério para Mulheres - Ter 1 manifestação em pelo menos 5 dos 6 grupos SIM</i>				665
<i>Critério para Homens - Ter 1 manifestação em pelo menos 4 dos 6 grupos SIM</i>				666
<i>Vai de encontro aos 2 critérios para Distúrbio de Briquet (Distúrbio de Somatização) (Avance para Distúrbio de Pânico) SIM</i>				667
<input type="checkbox"/> <i>Se vai de encontro aos critérios de Personalidade Ciclotímica, marque aqui e avance para Distúrbio de Pânico</i>				668

PARTE M- PERSONALIDADE LÁBIL

*Sujeitos nesta condição podem ter outras condições episódicas sobrepostas
Esta condição deve ser distinguida da Personalidade Ciclotímica, Distúrbio de Briquet, Distúrbio Depressivo Minor e Distúrbio Depressivo Intermitente
As oscilações de Humor podem ou não estar associadas com precipitantes
Existem 3 critérios:*

M1- MOSTRA DURANTE A VIDA ADULTA UM PADRÃO DE AFECTIVIDADE LÁBIL

<i>[Se teve Síndrome Depressivo Major: Já me falou acerca daquelas (número) vezes em que esteve (descrição dos períodos de Síndrome Depressivo Major)]</i>	<i>0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N 2 Sim</i>
<i>Agora gostaria de saber se durante a maior parte da sua vida tem sido uma pessoa cuja disposição muda rapidamente de normal para má, como por exemplo sentir-se deprimido ou zangado durante algumas horas ou dias e depois voltar ao normal; aparentemente não devido ao período menstrual; quanto tempo é que isso</i>	

<i>dura habitualmente; quantas vezes é que isso acontece)?</i>	
--	--

M2- PRESENTES 3 DOS TRAÇOS EM GRANDE GRAU DURANTE O INICIO DA VIDA ADULTA

	<i>Sem Informação</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
<i>Diria que frequentemente...se desapontava com facilidade, tinha pena de si mesmo, ou que ficava alterado?</i>	X	1	2	670
<i>Tinha reacção exagerada a situações difíceis?</i>	X	1	2	671
<i>Tomava decisões importantes sem pensar o suficiente sobre elas?</i>	X	1	2	672
<i>Sente-se aborrecido por se sentir Inadaptado?..</i>	X	1	2	673
<i>Tem dificuldades em dar-se com pessoas de quem é próximo (cortar relações, ter discussões)?</i>	X	1	2	674
<i>Está preocupado com os aspectos maus da sua vida ou situação?..</i>	X	1	2	675
<i>Teve pelo menos 3 dos sintomas ou traços</i> <i>Avance para N</i> <i>2 SIM</i>	<i>1 NÃO</i>			713

M3- A CONDIÇÃO CRÓNICA CONDUZIU A PROCURA DE AJUDA, TOMAR MEDICAMENTOS OU DIMINUIÇÃO DE FUNCIONAMENTO 714

<i>Isto interferiu com a sua vida social, trabalho ou capacidade para fazer as coisas?</i> <i>Tomou alguma medicação por causa disso?</i> <i>Procurou ajuda de alguém por causa disso? (Foi indicado para procurar ajuda?)</i>	<i>0 SEM INFORMAÇÃO OU SEM CERTEZA</i> <i>1 NÃO Avance para N</i> <i>2 SIM</i>
--	--

Vai de encontro a 3 critérios de Personalidade Lábil e não encontra o critério de Personalidade Ciclotímica, Desordem de Briquet nem, Desordem Depressiva Intermitente... SIM
715

PARTE N- DESORDEM DEPRESSIVA MINOR

☐ Se o sujeito teve 2 ou mais episódios de Síndrome Depressivo Major no passado, marque aqui e avance para Desordem Depressiva Intermitente a não ser que ele esteja correntemente num episódio ou período de Desordem Depressivo Minor

716

Existem 3 critérios:

N1- TEVE UM EPISÓDIO DE DOENÇA DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA COM HUMOR DEPRESSIVO PERSISTENTE 717

Se teve apenas um episódio de Síndrome Depressivo

Major:

Alguma vez teve outros episódios que durassem pelo menos uma semana em que foi perturbado por se sentir deprimido, triste, angustiado, desesperançado, em baixo, indiferente, mas não era tão grave como nos outros episódio(s) que discutimos?

Se não teve Síndrome Depressivo Major:

Alguma vez teve um período que durasse pelo menos uma semana em que foi perturbado por se sentir deprimido, triste, desesperançado, em baixo ou indiferente?

0 Sem Informação Ou Sem Certeza

1 Não Avance Para N

2 Sim

N2- INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOCIAL, FAMILIAR OU NO EMPREGO DURANTE PERÍODO DE DEPRESSÃO 718

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?... tomou medicação?... agiu de modo diferente com as pessoas, família ou no emprego?</i>	<i>0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N 2 Sim</i>
--	--

N3-TEVE PELO MENOS 2 DOS SINTOMAS ASSOCIADOS COM PERÍODO MAIS GRAVE DE HUMOR DEPRESSIVO

	<i>Sem Informação</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
<i>Durante o período mais grave for ainda perturbado por:</i>				
<i>Falta de apetite, perda de peso, aumento de apetite ou peso?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>719</i>
<i>Problemas em adormecer ou demasiado sono?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>720</i>
<i>Perda de energia, facilmente fatigado, ou cansaço?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>721</i>
<i>Perda de interesse ou prazer nas suas actividades habituais ou sexo?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>722</i>
<i>Sensação de culpa, sem valor ou em baixo?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>723</i>
<i>Problemas em concentrar-se, pensar ou tomar decisões?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>724</i>
<i>Pensar acerca de morte ou suicídio (tentou suicidar-se)?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>725</i>
<i>Incapaz de se sentar quieto ou ter que se movimentar ou oposto - sentir-se lentificado ou com problemas em mover-se?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>726</i>
<i>Choro?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>727</i>
<i>Pensar acerca das coisas com visão pessimista?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>728</i>
<i>Pensativo acerca de coisas desagradáveis que</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>729</i>

<i>aconteceram?</i>				
<i>Sentir-se inadaptado?</i>	X	1	2	730
<i>Sentir-se ressentido, irritável, zangado?</i>	X	1	2	731
<i>Precisou de ser tranquilizado ou ajudado por alguém (dependência ou exigência)?</i>	X	1	2	731
<i>Sentir pena de si próprio (auto-piedade)?</i>	X	1	2	733
<i>Queixas físicas que não pareciam ser causadas por nenhuma doença física em particular?</i>	X	1	2	734
<p>Teve pelo menos 2 sintomas 1 NÃO Avance para O Se SIM rever critério de Desordem Depressiva Major e Desordem Depressiva 2 SIM Intermitente para certificar que o episódio não deve ser ai classificado.</p> <p><i>Durante quanto tempo se sentiu assim ao longo dos últimos 2 anos?</i></p>				735
<p>Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Depressiva Minor e não encontra os critérios de Personalidade Ciclotímica, Desordem Depressiva Intermitente ou Personalidade Lábil</p>	<p>1 Sim, Episódico 2 Sim, Crónico, persistiu 2 anos e Continuou em condições piores</p>			736
<i>Melhor estimativa do número de episódios</i>				737-38
<i>Idade no primeiro episódio...</i>				739-40
<i>Duração do episódio mais longo em semanas...</i>				741-43
<i>Correntemente num episódio...</i> SIM				744
<i>Se SIM, duração do episódio presente em semanas...</i>				745-47
<i>Episódio corrente associado com Ansiedade significativa...</i>				748

PARTE O- DISTÚRBO DEPRESSIVO INTERMITENTE

Existem 4 critérios

01-PERTURBADO POR HUMOR DEPRESSIVO A MAIORIA DO TEMPO NOS 2 ANOS PASSADOS OU ANTERIORES A DOENÇA 749

<i>Sentiu-se perturbado por se sentir deprimido ou em baixo a maioria do tempo (nos 2 anos passados ou nos 2 anos anteriores a...)?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
<i>Durante quanto tempo se sentiu assim?</i>	

02-PERÍODOS INTERMITENTES FREQUENTES DE HUMOR NORMAL DURANTE ALGUMAS HORAS, DIAS OU SEMANAS 750

<i>Durante este tempo em que se sentiu quase sempre deprimido, teve com frequência períodos em que se sentiu bem ou ótimo durante algumas horas, dias ou semanas? Ou sentiu-se constantemente deprimido durante o período inteiro?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
--	---

03-TEVE PELO MENOS 2 SINTOMAS ASSOCIADOS DOS LISTADOS EM N3 QUANDO SE SENTIA DEPRIMIDO 751

<i>Quando se sentia deprimido foi ainda perturbado por... (nomear os itens do critério N3)</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
--	---

04-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI·OU EMPG·DURANTE PERIODO DPR· 752

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?... tomou medicação?... agiu de modo diferente com as pessoas, família ou no emprego?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
---	---

Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem Depressiva Intermitente e

<i>SIM</i>	<i>753</i>
<i>não vai de encontro ao critério de ,Personalidade Ciclotímica</i>	
<i>Idade em que aparentou pela primeira vez...</i>	
<i>754-55</i>	
<i>Duração do episódio corrente em anos...</i>	
<i>(Se correntemente tem outra desordem, indicar a duração do período de sintomas depressivos intermitentes anteriores ao desenvolvimento da desordem corrente)...</i>	
<i>756-57</i>	

PARTE P- DESORDEM DE PÂNICO

Existem 4 critérios

PI-TEVE ATAQUES DE PÂNICO COM PELO MENOS DOIS DOS SINTOMAS SEGUINTE

	<i>Sem Informação</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
<i>Alguma vez teve ataques de pânico ou ansiedade aguda em que se sentiu subitamente muito assustado e teve sintomas físicos como... (quando é que isto acontece?)</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>758</i>
<i>Falta de ar (dispneia)?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	
<i>Palpitações?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>759</i>
<i>Dores no peito ou desconforto?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>760</i>
<i>Sensações de choques?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>761</i>
<i>Tonturas ou a sensação de que andasse tudo à volta (vertigens) ou como se as coisas fossem irreais?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>762</i>
<i>Tremores (parastésias)?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>763</i>
<i>Suores?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>764</i>
<i>Desmaios?</i>	<i>X</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>765</i>

<i>Tremor ou abanar?</i>	X	1	2	766
<i>Medo de morrer, ficar louco, ou perder o controle durante um ataque?</i>	X	1	2	767
<i>Teve medo intenso ou receio e pelo menos 2 sintomas</i>	1 NÃO			768
<i>Avance para item 821</i>				
<i>2 SIM</i>				

P2-TEVE PELO MENOS 3 ATAQUES DE PÂNICO DISTRIBUÍDOS POR UM PERÍODO DE 3 SEMANAS 769

<i>Teve pelo menos 3 destes...? (Quando e que ocorreram?)</i>	<i>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</i> <i>1 Não Avance Para Item 821</i> <i>2 Sim</i>
---	---

P3-NERVOSO PARA ALEM DOS 3 ATAQUES DE PANICO POR UM PERÍODO DE 3 SEMANAS 770

<i>Esteve muito nervoso a maior parte do tempo entre os ataques?</i>	<i>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</i> <i>1 Não Avance Para Item 821</i> <i>2 Sim</i>
--	---

P4-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOCIAL, FAMILIAR OU EMPREGO·DURANTE PERIODO DPR· 771

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?... tomou medicação?..</i>	<i>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</i> <i>1 Não Avance Para Q</i> <i>2 Sim</i>
<i>Os (ataques de pânico) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?</i>	
<i>Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem de Pânico</i>	
<i>SIM</i>	772

<i>Idade em que pela primeira vez encontra o critério</i> 773-74	
<i>Duração do episódio mais longo em semanas</i> 813-15	
<i>Correntemente num episódio</i> SIM	816
<i>Se SIM, duração do episódio corrente em semanas... ou tipo na maioria dos ataques</i>	820
<i>Situações estimuladoras para evocar ataques de pânico... ou 3</i>	2 Não claramente 1
<i>3 Sem tipo particular de situação</i>	
<input type="checkbox"/> <i>Se teve Desordem de Briquet marque aqui e avance para Desordem Ansiosa Generalizada e vá para Desordem Obsessiva Compulsiva</i> 821	

PARTE Q- DESORDEM DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Existem 3 critérios

Q1-TEVE EPISÓDIO DE DOENÇA DE PELO MENOS 2 SEMANAS COM HUMOR ANSIOSO PERSISTENTE 822

<i>Teve períodos de pelo menos 2 semanas em que se sentiu ansioso ou tenso (nervoso, inquieto) a maioria do tempo?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para R 2 Sim
--	---

Q2-HUMOR ANSIOSO ASSOCIADO COM PELO MENOS UM DOS SINTOMAS

<i>Durante o período mais grave foi perturbado por</i>	<i>Sem Informação</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
<i>Dificuldade em adormecer?</i>	X	1	2	823
<i>Suores, corar, tonturas, palpitações ou falta de ar?</i>	X	1	2	824
<i>Tensão muscular ou tremores?</i>	X	1	2	825

<i>Grande preocupação a maior parte do tempo acerca de coisas que podem acontecer?</i>	X	1	2	826
<i>Agitação contínua ou incapacidade de se sentar quieto?</i>	X	1	2	827
<i>Teve pelo menos um dos sintomas quando Ansioso R</i>	1 NÃO Avance para			828
<i>2 SIM</i>				

Q3-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC., FAMI. OU EMPG. DURANTE PERÍODO DPR. 829

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?... tomou medicação?..</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para R 2 Sim			
<i>O (humor ansioso) afectou de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?</i>				
<i>Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Ansiosa Generalizada</i>	SIM 830			
<i>Idade em que pela primeira vez encontra o critério</i>	831-32			
<i>Duração do episódio mais longo em semanas</i>	833-835			
<i>Correntemente num episódio</i>	SIM 836			
<i>Se SIM, duração do episódio corrente em semanas</i>	837-39			
<i>Episódio corrente associado com depressão significativa embora a Ansiedade seja predominante</i>	840			

PARTE R- DESORDEM OBSESSIVA COMPULSIVA

Existem 2 critérios

RI-TEM OBSESSÕES OU COMPULSÕES

<p><i>Sentiu-se perturbado por pensamentos que lhe apareciam continuamente, sem qualquer sentido, e que não conseguia ver-se livre deles ou pô-los fora da sua mente?</i></p> <p><i>Alguma vez teve que repetir um gesto uma ou outra vez sem conseguir resistir a repeti-lo - como lavar constantemente as mãos, contar ou verificar coisas?</i></p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</p> <p>1 Não Avance Para 5</p> <p>2 Sim</p>
---	--

RI-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC., FAMI. OU EMPG. DURANTE PERÍODO DPR.

<p><i>Que efeito tiveram estas (obsessões, compulsões) em si? Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?</i></p> <p><i>As (obsessões, compulsões) afectaram de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?</i></p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</p> <p>1 NÃO Avance Para 5</p> <p>2 SIM</p>
<p><i>Vai de encontro aos 2 critérios de Desordem Obsessiva Compulsiva</i></p>	<p>SIM</p> <p>843</p>
<p><i>Idade em que pela primeira vez encontra o critério</i></p>	<p>844-45</p>
<p><i>Duração do episódio mais longo em semanas</i></p>	<p>846-48</p>
<p><i>Correntemente vai de encontro ao critério</i></p>	<p>SIM</p> <p>849</p>
<p><i>Se SIM, duração do episódio corrente em semanas...</i></p>	
<p><i>Sintomas predominantes</i></p>	<p>1 Obsessões</p> <p>2 Compulsões</p> <p>3 Nenhum Deles (Ou Ambos Com Igual Gravidade)</p>

PARTE 5- DESORDEM FÓBICA

Existem 2 critérios:

SI-MEDOS IRRACIONAIS PERSISTENTES E RECORRENTES DE OBJECTOS, ACTIVIDADES OU SIT-COM TENDÊNCIA A EVITAR 854

<p><i>Existiram alturas em que sentiu medo de alguma coisa ou situação particular como multidões, certos animais, alturas, ou estar fechado?</i></p> <p><i>(E medo de certas actividades - como estar só, sair sozinho ou certas formas de viajar?; Saiu do seu caminho para evitar...?)</i></p>	<p><i>0 Sem informação ou sem certeza</i></p> <p><i>1 NÃO Avance para T</i></p> <p><i>2 SIM</i></p>
--	---

S2- INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI-OU EMPG-DURANTE PERÍODO DPR. 854

<p><i>Que efeito teve isto em si?</i></p> <p><i>Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?</i></p> <p><i>Os (sintomas fóbicos) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?</i></p>	<p><i>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</i></p> <p><i>1 Não Avance Para T</i></p> <p><i>2 Sim</i></p>
<p><i>Vai de encontro aos 2 critérios de Desordem Fóbica</i></p>	<p><i>SIM</i></p> <p><i>856</i></p>
<p><i>Idade em que pela primeira vez encontra o critério</i></p>	<p><i>857-58</i></p>
<p><i>Duração do episódio mais longo em semanas</i></p>	<p><i>859-861</i></p>
<p><i>Correntemente vai de encontro ao critério</i></p>	<p><i>SIM</i></p> <p><i>862</i></p>
<p><i>Se SIM, duração do episódio corrente em semanas</i></p>	<p><i>863-65</i></p>
<p><i>Tipo de Fobia (marque a mais predominante):</i></p> <p><i>2 FOBIAIS SOCIAIS</i></p> <p><i>3 FOBIAIS SIMPLES</i></p> <p><i>4 FOBIAIS MISTAS</i></p>	<p><i>1 AGORAFOBIA</i></p>

PARTE T- PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

Existem 4 critérios

T1- DESDE OS 15 ANOS, TEVE MAU RESULTADO NAS SUAS OCUPAÇÕES DURANTE VÁRIOS ANOS, COM PELO MENOS UM DOS CRITÉRIOS

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Desde que começou a trabalhar, mudou muito de emprego (SIM, se teve 1 ou mais empregos em 5 anos)?</i>	X	1	2	867
<i>Teve períodos sem trabalhar (SIM, se num total de 6 meses durante 10 anos quando era esperado trabalhar: e não devido a doença física)?</i>	X	1	2	868
<i>Faltava muito enquanto trabalhava (SIM, se o absentismo envolveu uma média de 3 dias ou mais por mês quer quando se atrasava quer quando se ausentava)?</i>	X	1	2	869
<i>Teve pelo menos um dos itens acima (ou mau desempenho escolar)</i>	1 NÃO Avance para U 870 2 SIM			

T2-INICIO NA INFÂNCIA COMO INDICADO NOS ITENS SEGUINTE (PELO MENOS UM ANTES DOS 15 ANOS)

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Quando era mais novo... ..Faltava à escola?</i>	X	1	2	871
<i>Foi alguma vez expulso da escola?</i>	X	1	2	872
<i>As pessoas esperavam melhores notas do que teve?</i>	X	1	2	873
<i>Estava sempre a quebrar regras em casa ou na escola?</i>	X	1	2	874
<i>Foi preso ou mandado para tribunal de menores</i>	X	1	2	875

<i>por alguma coisa que fez?</i>				
<i>Fugia de casa à noite?</i>	X	1	2	913
<i>Mentia muito?</i>	X	1	2	914
<i>Começou a beber muito antes dos outros rapazes ou raparigas da sua idade?</i>	X	1	2	915
<i>Roubava coisas?</i>	X	1	2	916
<i>Partia janelas ou destruía coisas (vandalismo)?</i>	X	1	2	917
<i>Começou a ter sexo antes dos outros rapazes ou raparigas da sua idade</i> <i>(SIM, se muito precoce ou se comportamento sexual agressivo)?</i>	X	1	2	918
<i>Teve pelo menos 3 itens e pelo menos 1 antes dos 15 anos</i> <i>1 NÃO Avance para U</i> <i>2 SIM</i>				919

T3- TEVE PELO MENOS 2 SINTOMAS ANTES DOS 15 ANOS

	<i>Sem Informação</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
<i>Desde a idade dos 15 anos...</i>				
<i>Foi preso (SIM, se 1 ou mais vezes preso)?</i>	X	1	2	920
<i>Divorciou-se ou separou-se (SIM, se 2 ou mais divórcios ou separações legalmente casado ou não)?</i>	X	1	2	921
<i>Meteu-se em lutas (físicas)?</i>	X	1	2	922
<i>Embriagava-se frequentemente (todas as semanas)?</i>	X	1	2	923
<i>Não pagava com frequência dívidas ou não tomava conta de outras responsabilidades financeiras como era esperado?</i>	X	1	2	924
<i>Alguma vez teve um período de tempo sem residência permanente ou vagueou de lugar para lugar sem planos prévios (para além das férias)?</i>	X	1	2	925

Teve pelo menos 2 sintomas	926
1 NÃO Avance para U	
2 SIM	

T4- DIMINUIÇÃO MARCADA DE CAPACIDADE PARA MANTER RELAÇÕES E RESPONSABILIDADES SOCIAIS, FAMILIARES E SEXUAIS 927

<p><i>Existe alguém de quem se sente muito próximo? Mais alguém?</i></p> <p><i>Durante quanto tempo se sentiu assim?</i></p> <p><i>Ajuda-os quando eles têm problemas?</i></p> <p><i>Mantém os mesmos amigos durante muito tempo?</i></p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza</p> <p>1 NÃO Avance para U</p> <p>2 SIM</p>
<p>Vai de encontro aos 4 critérios de Personalidade Anti-social</p>	<p>SIM</p> <p>928</p>

PARTE U- TRAÇOS DE PERSONALIDADE CARACTERÍSTICOS DO COMPORTAMENTO DO SUJEITO DURANTE UM PERÍODO LONGO DE TEMPO

U1- PERSONALIDADE HIPERSENSITIVA, DESCONFIADA, CIUMENTA, INVEJOSA DESDE LONGO TEMPO 929

<p><i>As questões seguintes são acerca das suas atitudes habituais e comportamentos durante a maioria da sua vida.</i></p> <p><i>Como se descreveria como pessoa...</i></p> <p><i>Sente que as pessoas estão a criticá-lo?..que há pessoas que lhe estão a fazer a vida difícil?..</i></p> <p><i>Tem tendência a ser uma pessoa ciumenta ou invejosa?..</i></p> <p><i>Desconfia com frequência dos outros ou tem medo que se aproveitem de si?</i></p> <p><i>Teve fases de grandes suspeitas ou sentiu que tinha que estar alerta?</i></p>	<p>0 sem informação</p> <p>1 de modo algum</p> <p>2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços)</p> <p>3 em alguma extensão</p> <p>4 numa considerável extensão</p> <p>5 numa extensão marcada</p> <p>6 num grau extremo</p>
--	--

U2- PERSONALIDADE INIBIDA, SÉRIA, FECHADA, INTOLERANTE, SENSITIVA DESDE LONGO TEMPO 930

<p><i>Tem tendência geralmente a ser cuidadoso na expressão de sentimentos fortes?</i></p> <p><i>Fica no lado mais calmo ou é considerado o tipo de pessoa séria?</i></p> <p><i>Tem um sentido muito forte do certo ou errado?..ser mais honesto que a maioria das pessoas?..</i></p> <p><i>As pessoas chamar-lhe-iam teimoso?</i></p> <p><i>Tem tendência a ter certas maneiras para fazer as coisas e fica aborrecido se as rotinas têm de ser mudadas?</i></p> <p><i>O trabalho é mais importante do que divertir-se pelo que lhe é difícil pô-lo de lado para relaxar ou ir de férias?..</i></p>	<p>0 sem informação</p> <p>1 de modo algum</p> <p>2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços)</p> <p>3 em alguma extensão</p> <p>4 numa considerável extensão</p> <p>5 numa extensão marcada</p> <p>6 num grau extremo</p>
--	--

U3-PERSONALIDADE, ALEGRE, OPTIMISTA, ENTUSIASMADA, ENERGÉTICA, ACTIVA DESDE LONGO TEMPO 931

<p><i>Descrever-se-ia como uma pessoa alegre e optimista?.. mais entusiasta que a maioria das pessoas?..com muita iniciativa e ambição?..mais energética e activa que a maioria das pessoas?..</i></p> <p><i>Gosta mais de se envolver com pessoas e actividades que maioria das pessoas?..</i></p>	<p>0 sem informação</p> <p>1 de modo algum</p> <p>2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços)</p> <p>3 em alguma extensão</p> <p>4 numa considerável extensão</p> <p>5 numa extensão marcada</p> <p>6 num grau extremo</p>
---	--

PARTE V- OUTRAS DESORDENS PSIQUIÁTRICAS

Esta categoria é para condições psiquiátricas que não podem ser classificadas em nenhum dos diagnósticos anteriores e que não parecem ser parte de um período prodromico ou sintomas residuais de uma desordem específica. É possível que um

sujeito tenha um período de doença que seja considerado *Outras Desordens Psiquiátricas* seguido ou precedido por um episódio que possa ser diagnosticado como um dos outros diagnósticos específicos.

Existem 2 critérios:

V7-

	Sim	
O quadro clínico sugere um distúrbio específico não coberto por este instrumento (ex: Anorexia Nervosa, Transexualismo, Personalidade Paranóide) Especificar _____		932
Suspeita-se de uma ou mais desordens mas os sintomas são mínimos para completar os critérios Especificar _____		933
A ordem cronológica de classes de sintomas importantes não é conhecida ex: alcoolismo e alucinações: desconhecimento do que apareceu primeiro		934
A informação existente sobre a fenomenologia é inadequada para estabelecer um diagnóstico específico		935
Um factor orgânico conhecido é provavelmente a causa etiológica ex: abuso de álcool, intoxicação por anfetaminas, ingestão de alucinogéneos, febre		936
Pelo menos um destes critérios é verdade	1 Não	Passar para Traços Esquizofrénicos
	2	
Sim		

O estado foi de gravidade suficiente para resultar na procura ou recomendação de procura de ajuda, tomar medicação (que não sejam hipnóticos ocasionais para a insónia), ou causou impedimento de funcionar socialmente, com a família, em casa, na escola, no trabalho	O Sem informação ou sem certeza: Passar para Traços Esquizofrénicos 1 Não: Passar para Traços Esquizofrénicos 2	Sim
Reúne os 2 critérios para <i>Outras Desordens</i>	Sim	938

<i>Psiquiátricas</i>	939
<i>Idade do primeiro episódio ou idade em que se tornou visível</i>	940
<i>Correntemente num episódio</i>	<i>Sim</i> 942
<i>Se sim, duração em semanas</i>	_____
<i>se se aplicar à maior parte da vida classificar com</i>	999

PARTE W- TRAÇOS ESQUIZOFRÉNICOS

Esta categoria é usada apenas para classificar outros diagnósticos (incluindo Outras Desordens Psiquiátricas) e nunca deve ser considerada como categoria única. Pode estar presente como linha de base de toda a vida ou pode ser usada para classificar uma desordem episódica quando os sintomas são muito raros.

Pelo menos um dos seguintes traços está presente (não incluir um sintoma claramente explicado por álcool, abuso de droga, esquizofrenia, desordem esquizo-afectiva, Desordem Depressiva ou Maníaca, Psicose Funcional Inespecífica, ou outro diagnóstico RDC). Também existirá suficiente informação disponível para registar a maioria dos itens:

	<i>Sem Informação</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
<i>Ilusões recorrentes, sentir a presença de uma pessoa ou presença não presentes na realidade (“sinto que a minha mãe que já morreu está comigo”), suspeita de alucinações, ou períodos de dissociações severas, despersonalização, ou desrealização (que não seja ataque de pânico) Sentiu com frequência que o mundo parece diferente ou que de alguma forma mudou? Sentiu que estava fora do seu próprio corpo, ou como se uma parte não lhe pertencesse? Ou que estava fisicamente desligado das pessoas... ou sentiu como se estivesse num sonho...ou alguma experiência estranha?</i>	X	1	2
<i>Ideação estranha ou bizarra, ou pensamento mágico ex: superstição, clarividência, telepatia, sexto sentido, “que os outros podem sentir os seus sentimentos”, ou delírios (falsas crenças) suspeitos</i>	X	1	2
<i>Ideias de referência, suspeita extrema, ideação paranóide</i>	X	1	2

<i>Postura inadequada na interacção face a face devido a afecto inapropriado ou restrito ex: indiferente,, distante, frio, superficial, pateta</i>	X	1	2
<i>Comunicação estranha (sem desordem formal do pensamento) ex: discurso tangencial, divagante (digressivo), vago, demasiado elaborado, circunstancial, metafórico e não simplesmente detalhado</i>	X	1	2
<i>Isolamento social, não devido a ansiedade social, hipersensibilidade a críticas reais ou imaginárias (ex: sem amigos íntimos ou confidentes, contactos sociais limitados às tarefas essenciais, sempre desconfortável quando está com pessoas)</i>	X	1	2

Tem pelo menos 1 dos critérios acima mencionados *Sim*

PARTE X- DISTINÇÃO PRIMÁRIA/ SECUNDÁRIA COM A DESORDEM DEPRESSIVA MAJOR

Se o sujeito reúne os critérios para Desordem Depressiva Major, para um episódio actual ou passado, avaliar se o primeiro ou o mais recente episódio foram precedidos por alguma das seguintes desordens (depressão secundária):

<p>1. Esquizofrenia (não agora mas Tipo Residual)</p> <p>2. Perturbação Esquizo-afectiva</p> <p>3. Perturbação de Pânico</p> <p>4. Perturbação Fóbica</p> <p>5. Perturbação Obsessivo-Compulsiva</p> <p>6. Perturbação de Briquet (Perturbação de Somatização)</p> <p>7. Personalidade anti-social</p> <p>8. Alcoolismo</p> <p>9. Abuso de drogas</p> <p>10. Preferência Homossexual (perguntar se necessário)</p> <p>11. Anorexia Nervosa</p> <p>12. Transsexualismo</p>	<p><input type="checkbox"/> <i>Sem informação, sem certeza, ou nunca teve uma Desordem Depressiva Major</i></p> <p>953</p> <p><input type="checkbox"/> <i>O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major <u>não</u> foi precedido pelas desordens listadas ao lado</i></p> <p>954</p> <p><input type="checkbox"/> <i>O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado</i></p> <p>955</p> <p>___ <i>Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se</i></p>
---	--

<p>13- Síndrome Cerebral Orgânico</p>	<p>desenvolveu primeiro) 956-7</p> <p><input type="checkbox"/> O mais recente Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado 958</p> <p>___ Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se desenvolveu primeiro) 959-60</p>
---------------------------------------	---

PARTE Y- COMPORTAMENTO SUICIDA

<p>Teve comportamentos ou fez tentativas discretas de suicidio</p> <p>Alguma vez tentou matar-se ou fazer algo que o pudesse ter matado?</p> <p>Se sim Perguntar por mais detalhes</p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza 961</p> <p>1 Não Passa para o funcionamento social</p> <p>2 Sim</p>
<p>Número de gestos ou tentativas</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 + 962</p>

Y1- Tentativa de suicídio no período de tentativa mais séria

<p>Tentativa de suicido no período de tentativa mais séria</p> <p>Determinar as circunstâncias e grau de seriedade da tentativa considerando factores como: probabilidade de ser salvo, precauções para não ser descoberto, acções para obter ajuda durante ou após a tentativa, grau de planeamento da</p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza 953</p> <p>1 Obviamente sem intenção, meramente manipulativo</p> <p>2 Com hesitação ou intenção mínima</p> <p>3 Definitivo mas muito ambivalente</p> <p>4 A sério</p> <p>5 Muito a sério</p>
---	---

<i>tentativa, o objectivo aparente da tentativa (manipulativo ou a conseguir a morte)</i>	<i>6 Extremo (cuidadosamente planeado e com expectativa de morte)</i>
---	---

Y2- Ameaça médica actual à vida ou à condição física após a tentativa mais séria de suicídio.

<i>Considerar o método (ferimento por tiro é considerado mais grave do que por faca), grau de consciência no e durante o momento de salvamento, gravidade da lesão ou da toxicidade do material ingerido, reversibilidade (tempo previsto para a recuperação completa) e tempo de tratamento necessário</i>	<i>0 Sem informação ou sem certeza</i> <i>964</i> <i>1 Sem perigo (ex: sem efeito, apenas com os comprimidos na mão)</i> <i>2 Mínimo (ex: arranhão ou wrist)</i> <i>3 Médio (ex: tomou 10 aspirinas, gastrite média)</i> <i>4 Moderado (ex: tomou 10 seconals, inconsciência breve)</i> <i>5 Severo (ex: corte de garganta)</i> <i>6 Extremo (ex: corte respiratório ou coma prolongado)</i>
---	---

PARTE Z- COMPORTAMENTO SOCIAL

Z1- RELAÇÕES SOCIAIS NOS ULTIMOS 5 ANOS COM DURAÇÃO DE PELO MENOS ALGUNS MESES *965*

<i>Durante os 5 anos passados, quando foi o período em que mais se relacionou socialmente com as outras pessoas?</i> <i>Até que ponto se relacionou socialmente com amigos ou com outras pessoas?</i> <i>E visitas ou receber pessoas em casa?</i> <i>E actividades na igreja, clube ou jogos?</i> <i>Com quem se encontra?</i> <i>Até que ponto lhes é próximo?</i> <i>Consideraria algum deles como amigo</i>	<i>0 sem informação ou sem certeza</i> <i>1 superior, muitos amigos especiais e saídas</i> <i>2 muito bom; alguns amigos, algumas saídas</i> <i>3 bom; 1 ou 2 amigos, saídas pouco frequentes</i> <i>4 suficiente; um amigo próximo, saídas raras</i> <i>5 pobre; sem amigos especiais, poucos contactos</i>
---	---

<p><i>intimo - alguém que pudesse realmente confiar?</i></p>	<p>6 muito pobre, sem amigos especiais, contactos raros 7 muito inadequado sem contactos</p> <p><input type="checkbox"/> características de funcionamento durante a maior parte da sua vida 966</p> <p><input type="checkbox"/> aparentemente como resultado da deterioração do funcionamento 967</p>
--	---

Z2- FUNCIONAMENTO GERAL MAIS SAUDÁVEL DO SUJEITO DURANTE PELO MENOS ALGUNS MESES NOS PASSADOS 5 ANOS
968

<p><i>Nos 5 anos passados quando se sentiu melhor?</i></p> <p><i>Isso durou pelo menos alguns meses?;</i> <i>O que o aborrecia nessa altura?;</i> <i>E acerca do seu humor, família, vida social, etc,?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem certeza 1 ausente ou sintomas minimos; bom func. 2 ausente ou sintomas minimos; func. diminuido 3 alguns sintomas medios; algumas dificuldades func. 4 sintomas moderados; func.com dificuldade 5 alguns sintomas serios; grande diminuição de func. 6 diminuição grave em várias áreas</p>
---	--

Z3- FUNCIONAMENTO GERAL MENOS SAUDAVE DO SUJEITO DURANTE O MÊS PASSADO
969

<p><i>Durante o mês passado quando e que se sentiu pior?</i></p> <p><i>Quanto tempo durou?</i> <i>O que e que o preocupava nessa altura? E acerca do seu humor, trabalho, e vida social?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem certeza 1 ausente ou sintomas minimos 2 sintomas minimos; ligeiro disfuncionamento 3 sintomas médios; humor depressivo e insónia média 4 sintomas moderados; func. geral</p>
--	---

<i>Até que ponto se tornou mau?</i>	<i>com alguma difícil·</i> <i>5 alguns sintomas sérios de</i> <i>disfuncionamento</i> <i>6 disfuncionamento major em várias</i> <i>áreas</i>
-------------------------------------	--

RESULTADOS	DE	DOENÇAS	ANTERIORES
970			

<i>Recuperou completamente do último episódio que teve (antes deste), ou teve alguns problemas de ligação até ficar doente de novo?</i>	<i>0 sem informação ou sem aplicação</i> <i>1 retorno completo</i> <i>2 alguns resíduos</i>
<i>Compare a maneira como se sentiu com as alturas em que estava no seu melhor?</i>	<i>3 resíduos consideráveis</i> <i>4 deterioração marcada</i>

CORRENTEMENTE	SEM	DOENÇA	MENTAL
971			

<i>Esta categoria é para indivíduos que no momento da avaliação não têm sintomas suficientes ou outros sinais de distúrbio para se garantir a atribuição de um dos diagnósticos específicos dos pontos anteriores. Indivíduos que no momento não apresentam sintomatologia apesar de ser posterior a um episódio de doença, mesmo que ainda não tenham passado dois meses após o episódio</i>	<i>0 sem informação ou sem certeza</i> <i>1 não (doença mental corrente)</i> <i>2 sim (correntemente sem doença mental)</i>
---	---

NUNCA	DOENTE	MENTAL
972		

<i>Esta categoria é para indivíduos que nunca tiveram sintomas suficientes para ou outros sinais de distúrbio para garantir a classificação num dos diagnósticos anteriores, incluindo Outras Desordens Psiquiátricas</i>	<i>0 sem informação ou sem certeza</i> <i>1 não (teve desordem mental)</i> <i>2 sim (sem evidencia de desordem mental)</i>
---	--

GRAU DE CONFIANÇA E CERTEZA DA INFORMAÇÃO OBTIDA NESTA ENTREVISTA 973

Grau de confiança e certeza da informação obtida nesta entrevista	1 MUITO BOM 2 BOM 3 SUFICIENTE 4 POBRE 5 MUITO POBRE
---	--

FONTES DE INFORMAÇÃO

Fontes de informação	<input type="checkbox"/> ENTREVISTA COM O SUJEITO 974 <input type="checkbox"/> PESSOAL 975 <input type="checkbox"/> FAMÍLIA 1013 <input type="checkbox"/> REGISTO DE CASO 1014 <input type="checkbox"/> OUTROS 1015
<input type="checkbox"/> Resultados deste exame podem ter sido afectados por medicação, descreva: 1016	

Definições dos termos usados: ver no Apêndice.

Anexo 4

Outras Participações

Anexo 4.1

**Congresso da Sociedade Latina e
Cirurgia Cardiovascular Pediátrica
(Setembro, 2014)**

Anexo 4.2

**Seminário Realizado na Faculdade de
Medicina da Universidade do Porto
(2014)**