



**Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica
em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias
Congénitas**

Isabela Ribeiro de Freitas

Dezembro de 2011

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

**Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes
e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde –
Norte

Trabalho Realizado sobre a orientação da Professora Doutora Maria Emília Guimarães
Areias

Isabela Ribeiro de Freitas

2011

Agradecimentos

Esta Tese é o resultado de um trabalho de um ano lectivo, onde houve lugar para o surgimento de diversos sentimentos. Desde alegrias, a conquistas, a frustrações, hoje, a olhar para trás, sou capaz de ver como tudo isto contribuiu para a concretização deste trabalho e que sem elas, não seria possível chegar a este momento.

Para que tudo isto resultasse num ano de crescimento profissional e pessoal, diversas pessoas fizeram parte desta caminhada, estando sempre ao meu lado, dedico assim este trabalho a elas.

Aos meus pais, que ao meu lado sempre estiveram, com uma palavra de apoio e coragem mesmo nos momentos de maior frustração.

Aos meus avós, que mesmo estando longe permaneceram muito presentes nesta caminhada, tendo sempre uma palavra de carinho. Obrigada pelas palavras que sempre me fizeram sorrir.

Às minhas colegas de investigação, Marta Castro e Sofia Sarmento, que permaneceram a meu lado, trabalhando e sorrindo juntas. Sem elas este trabalho não teria sido possível, desde os momentos de trabalho aos momentos de descontração.

À Professora Maria Emília Areias, que sobre sua orientação tornou-se claro que conseguimos ir mais longe. Sem a sua persistência e sabedoria este trabalho não teria sido possível.

Ao Professor Victor Viana, sempre com boa disposição, pela sua disponibilidade para todas as questões colocadas.

Ao Flávio Teixeira e Rosália Coelho, que sem eles ainda me sentiria sem rumo. Sem a sua ajuda não teria sido possível a realização deste trabalho.

Resumo

Objetivos: estudar o ajustamento psicossocial e morbidade psiquiátrica de adolescentes e jovens adultos com Cardiopatias Congénitas (CC).

Métodos: participaram 110 pacientes com cardiopatias congénitas, com idades compreendidas entre os 12 e os 26 anos de idade (média = $1,80 \pm 3,617$). A recolha dos dados demográficos e clínicos foi realizada num único momento temporal, tendo sido aplicado um conjunto de instrumentos incluindo uma entrevista semi-estruturada, para pacientes com idade até aos 18 anos foi preenchido o Youth Self Report (YSR) e Child Behaviour Checklist (CBCL) e para pacientes com mais de 18 anos preencheram-se os questionários Adult Self Report (ASR) e Adult Behavior Checklist (ABCL) e também uma entrevista psiquiátrica estandardizada (SADS-L)

Resultados: Nesta investigação verificou-se uma prevalência de 21,8% relativamente à existência de psicopatologia enquanto que outros estudos revelaram um valor de 10% de prevalência psiquiátrica na população em geral. Estes valores podem traduzir-se numa relação entre Cardiopatias congénitas e a existência de psicopatologia. Revelou-se também uma maior prevalência do sexo feminino (31,3%) aquando da existência de psicopatologia. Pacientes do sexo feminino, comparativamente ao sexo masculino, apresentaram valores superiores relativamente a queixas somáticas ($u=260,000$; $p=0,011$), ansiedade/depressão ($u=984,000$; $p=0,002$), alteração de pensamento ($u=1069,500$; $p=0,010$), problemas de atenção ($u=1123,500$; $p=0,027$), comportamento agressivo ($u=920,500$; $p=0,001$), internalização ($u=869,000$; $p=0,000$) e externalização ($u=1163,000$; $p=0,050$) traduzindo-se num pior ajustamento psicossocial. Pacientes com uma forma complexa de CC apresentam valores superior relativamente à internalização ($u=939,000$; $p=0,030$); aqueles submetidos a intervenção cirúrgica apresentam valores elevados de isolamento ($u=719,000$; $p=0,037$), pacientes com pior suporte social tem valores elevados relativamente ao isolamento ($u=557,500$; $p=0,000$) e problemas sociais ($u=748,500$; $p=0,023$) apresentando pior ajustamento psicossocial.

Conclusões: É possível concluir que os pacientes com CC do sexo feminino revelam maior probabilidade de apresentar uma psicopatologia. Pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas, com uma forma complexa de CC, com pior suporte social apresentam pior ajustamento psicossocial.

Abstract

Objective: The purpose of this research is to study psychosocial adjustment and psychiatric morbidity of adolescents and young adults with congenital heart disease (CHD).

Methods: 110 CHD patients, 62 male and 48 female, aged from 12 to 26 years old (mean=18,00 ± 3,617). Regarding cardiac malformation, 58 were cyanotic and 52 non-cyanotic. Patients filled an identification form, a semi-structured interview, a standardized psychiatric interview SADS-L (“Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime version”), YSR (Youth Self Report) and CBCL (Child Behavior Checklist) for patients aged under 18 and ASR (Adult Self Report) and ABCL (Adult Behavior Checklist) for patients over 18 years old.

Results: Participants revealed a 21,8% lifetime prevalence of psychopathology, in comparison to several other studies that showed a 10% prevalence of psychiatric diagnosis in the general population. This may show a possible relation between CHD and proneness of psychopathology. Female patients showed more somatic complaints (u=260,000; p=0,011), anxiety/ depression (u=984,000; p=0,002), thought problems (u=1069,500; p=0,010), attention problems (u=1123,500; p=0,027), aggressive behaviour (u=920,500; p=0,001), internalization (u=869,000; p=0,000) and externalization (u=1163,000; p=0,050). Patients with severe form of CHD showed more withdraw (u=939,000; p=0,030), those submitted to surgery had higher levels of withdrawn, as well, (u=719,000; p=0,037), the ones with worse social support had higher levels of withdraw (u=557,500; p=0,000) and social problems (u=748,500; p=0,023) resulting in worse psychosocial adjustment

Conclusions: From patients with CC, the female population showed more proneness to psychopathology. Patients submitted to surgical interventions, with a severe form of CC, with worse social support reveal worse psychosocial adjustment.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatas Congénitas”

Índice

Introdução	1
Objectivos	13
Métodos.....	17
Caracterização da População.....	17
Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão	18
Instrumentos de Avaliação	19
Procedimento.....	23
Desenho.....	24
Análise dos dados.....	24
Resultados	25
Discussão.....	36
Conclusão	43
Referências Bibliográficas	45
Anexos.....	50

Introdução

Desde os anos 50 que verificou-se um aumento da taxa de sobrevivência em crianças que nascem com Cardiopatias Congénitas. Enquanto que, na década de 50, apenas cerca de 20% das crianças nasciam com uma forma moderada ou complexa de Cardiopatia Congénita sobreviviam ao primeiro ano de vida, nos dias de hoje, cerca de 90% de crianças com um tipo de Cardiopatia Congénita chegam à idade adulta (Reid et al, 2006).

Aproximadamente 1% dos recém-nascidos manifesta algum tipo de cardiopatia congénita, doença que põe em risco a sua vida, sendo que existe uma grande probabilidade de se recorrer a cirurgias nas primeiras etapas da sua vida (Gerdes & Flynn, 2010; Kovacs, Sears, & Saidi, 2005; Latal, Helfricht, Fischer, Bauersfeld, & Landolt, 2009; Mussatto, 2009), precisando ser seguidas num cardiologista regularmente (Karsdrop, Everaerd, Kindt, Mulder, 2007). A taxa de sobrevivência destas crianças era muito baixa, onde apenas 15% das crianças chegavam à idade adulta (Moons, Geest, & Budts, 2002).

Notou-se então uma diminuição da mortalidade infantil graças aos avanços da medicina nas últimas quatro décadas, em diagnósticos, cirurgias e técnicas de intervenção (Spijkerboer et al. 2006).

Com os avanços no tratamento de doenças cardíacas tornou-se possível a diminuição da taxa de mortalidade infantil, aumentando a esperança de vida dos pacientes diagnosticados com cardiopatias congénitas (Bellinger & Newburger, 2010;; Gerdes & Flynn, 2010; Spijkerboer, et al., 2008; Spijkerboer, et al., 2006; Utens, et al., 1998).

Como resultado destas melhorias no prognóstico e tratamento de cardiopatias congénitas verificou-se uma diminuição de 30% na mortalidade destes doentes (Nousi & Christou, 2010).

O crescimento desta população levou a um aumento de diversos problemas médicos, psicossociais e comportamentais durante a sua vida (Moons, et al., 2002; Reid, et al., 2006).

Todos estes avanços na medicina das doenças cardíacas vieram despertar o interesse e importância de caracterizar esta população em relação ao seu ajustamento

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

emocional, escolar, profissional e da sua adaptação ao meio social. Foi então criada uma linha de investigação com o nome de “Estatuto Psicossocial e Qualidade de Vida de Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas, com ou sem Correção Cirúrgica”.

O objectivo desta investigação baseia-se na caracterização da população de adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas na zona Norte de Portugal relativamente ao estado de saúde global, estatuto e morbilidade psicossocial, ajustamento emocional e qualidade de vida. A recolha destes dados foi realizada no Hospital de São João, sendo este o local com maior representatividade da população com necessidade de cuidados de cardiologia.

A amostra apresentada neste estudo compõe-se de 110 pacientes, adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas. As idades dos participantes variam entre os 12 e 26 anos de idade e foram abordados junto ao serviço de consultas de cardiologia, pediátrica e de adultos. A estes pacientes foram aplicados um conjunto de questionários num único momento temporal. Diferentes instrumentos foram utilizados, uma Entrevista Psiquiátrica Estandardizada, SADS-L (“Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime version”) para a verificação da presença de psicopatologia; para avaliação do ajustamento psicossocial foram administrados o Youth Self Report (YSR), Child Behavior Checklist (CBCL), Adult Self Report (ASR) e Adult Behavior Checklist (ABCL); foi também aplicada uma entrevista semi-estruturada para recolher informações sobre suporte social, estilo educativo, percepção da imagem corporal, limitações funcionais e ajustamento emocional; para avaliação da qualidade de vida recorreu-se ao questionário de auto-resposta WHOQoL-Bref; tendo também sido preenchida uma ficha de identificação com os dados clínicos e demográficos do paciente.

Como referido anteriormente, este estudo encontra-se inserido numa linha de investigação, sendo dirigido para o estudo do ajustamento psicossocial e comorbilidade psiquiátrica desta amostra.

Esta dissertação inicia-se com um enquadramento teórico das cardiopatias congénitas, ajustamento psicossocial e morbilidade psiquiátrica; seguidamente são apresentados os objectivos deste estudo e depois os métodos utilizados. São apresentados os resultados do estudo seguidos da discussão dos mesmos. Para finalizar é apresentada uma conclusão retirada deste estudo.

Cardiopatias Congénitas

Cardiopatias Congénitas podem ser caracterizadas por um defeito estrutural do coração (Karsdorp, Everaerd, kindt & Mulder, 2007). Acredita-se que esta doença tem como origem uma malformação ocorrida durante a formação do coração, dos vasos sanguíneos entre a terceira e sexta semana de gestação (Brennan & Young, 2001; Fasnacht & Jaeggi, 2001; Bajolle, Zaffran & Bonnet, 2009 cit in Nousi & Christou, 2010).

A origem das cardiopatias congénitas não é identificada em cerca de 80% a 90% dos casos, no entanto acredita-se que factores ambientais e genéticos estão relacionados com este diagnóstico. É então dada maior importância aos factores externos no aparecimento de cardiopatias congénitas, assim como o consumo de drogas pela mãe no primeiro trimestre de gestação e a diabetes mellitus na mãe (Nousi & Christou, 2010).

Em Portugal, a incidência de cardiopatias congénitas na população é de 5 a 12 mil nados vivos. Esta patologia é a mais frequente entre as malformações congénitas verificando-se nos últimos anos uma diminuição dos óbitos no primeiro ano de vida, de 11.5% em 2000 para 8.7% em 2004. (Direcção Geral de Saúde, 2006).

Ψ *Cardiopatias Congénitas Cianóticas e Acianóticas*

As cardiopatias congénitas podem ser classificadas em dois grupos: cianóticas e acianóticas. As cardiopatias cianóticas caracterizam-se pela dessaturação do oxigénio arterial resultado de um desvio do sangue venoso para o sangue arterial. Grande parte das crianças com cardiopatias cianóticas não sobrevivem até idade adulta sem intervenção cirúrgica. Nos adultos, as cardiopatias cianóticas mais comuns são a Tetralogia de Fallot e Síndrome de Eisenmenger, existindo também outras cardiopatias nesta mesma categoria como a Anomalia de Ebstein (AE), a Transposição das Grandes Artérias (TGA) e o Ventrículo Único (VU) (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

A Tetralogia de Fallot é a cardiopatia congénita cianótica mais comum nos adultos, sendo caracterizada por um grande defeito do septo ventricular, um aorta que cavalgada sobre o ventrículo esquerdo e direito, havendo obstrução do fluxo do ventrículo direito e hipertrofia do ventrículo direito. Outras anomalias podem ocorrer

em paralelo com a Tetralogia, tal como defeito do septo atrial e arco aórtico direito (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

Na Tetralogia de Fallot, devido ao grande defeito do septo, a pressão do ventrículo direito e esquerdo são iguais. Pacientes com Tetralogia apresentam cianose desde o nascimento ou desde o primeiro ano de vida (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

Durante a infância pacientes com Tetralogia de Fallot apresentam episódios caracterizados por taquipnéia e hiperpnéia, agravando a cianose, chegando mesmo a verificar-se em alguns casos perda de consciência, convulsões, acidentes vasculares cerebrais ou mesmo a morte. Já nos adultos não se verificam episódios como estes, mas apresentam dispneia e uma tolerância limitada relativamente ao exercício físico. Podem também apresentar problemas de cianose crónica que poderá levar a um acidente vascular cerebral (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

Como referido anteriormente, pacientes com Tetralogia de Fallot aumentam a sua probabilidade de chegar à idade adulta com a realização de uma cirurgia (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

O Síndrome de Eisenmenger caracteriza-se por um desvio da esquerda para a direita causando graves problemas vasculares pulmonares, resultando da mudança de direcção do desvio. Pacientes com este síndrome apresentam dispneia e baixa tolerância á pratica do exercício físico, palpitações, arritmias, e risco de morte súbita (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

A anomalia de Ebstein pode ser descrita como uma anomalia da válvula tricúspide caracterizada por uma fixação anormal das cúspides valvares, sendo que os tecidos da válvula tricúspide de Ebstein são displásicos possibilitando a insuficiência tricúspide (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

Esta anomalia é geralmente diagnosticada durante a vida fetal, sendo que a taxa de mortalidade fetal é elevada. Pacientes com Anomalia de Ebstein apresentam comunicação interatrial e estão em risco de embolia cerebral e morte súbita (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

Na Transposição das Grandes Artérias (TGA) verifica-se que a aorta parte de uma posição anterior do ventrículo direito e a artéria pulmonar parte do ventrículo direito existindo assim uma separação total da circulação pulmonar e arterial (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Pacientes com TGA são diagnosticados à nascença e geralmente apresentam insuficiência cardíaca no período neonatal (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

O Ventrículo único (VU) caracteriza-se por diversas lesões complexas das válvulas atrioventriculares ou de uma única válvula atrioventricular que se encontra aberta para uma única câmara ventricular. Nestes pacientes a taxa de sobrevivência até à idade adulta está relacionada com o fluxo sanguíneo pulmonar relativamente normal, da resistência pulmonar e da função ventricular (Kasper, et al., 2006).

As Cardiopatias congénitas acianóticas são caracterizadas por uma saturação do oxigénio no sangue arterial (Brickner, Hillis & Lange, 2000a). Diversas cardiopatias inserem-se nesta categoria como, Coartação da Aorta (CoA), Estenose da Aorta (EA), Estenose Pulmonar (EP), Defeito do Septo Atrial (DSA) e o Defeito do Septo Ventricular (DSV).

O Defeito do Septo Atrial constituem cerca de um terço dos diagnósticos de cardiopatias congénitas no adulto, sendo mais frequente nas mulheres do que nos homens. Esta patologia é caracterizada pelo desvio do sangue de um átrio para o outro, sendo este desvio independente da sua localização anatómica, fisiológica e das consequências do defeito atrial. A dimensão e magnitude do desvio são determinadas pelo tamanho do defeito em consonância com os ventrículos (Brickner, Hillis & Lange, 2000a).

O Defeito do Septo Ventricular é a cardiopatia congénita mais comum nas crianças, ocorrendo em percentagem aproximada de rapazes e raparigas. Diversas consequências fisiológicas são encontradas associadas a esta patologia sendo determinadas pelo tamanho do defeito e pela resistência à circulação vascular sistémica e pulmonar. Adultos com um defeito pequeno apresentam tensão arterial normal e são assintomáticos. Mas quando o defeito é de um tamanho considerável os pacientes que conseguem chegar à idade adulta sofrem se insuficiência ventricular esquerda e hipertensão pulmonar ou mesmo falha no ventrículo direito (Brickner, Hillis & Lange, 2000a).

A Estenose da Aorta caracteriza-se por um conjunto de malformações que obstruem a saída do ventrículo esquerdo, como a estenose congénita da válvula aórtica, estenose subaórtica leve, estenose aórtica supravalvar e miocardiopatia obstrutiva hipertrófica (Kasper et al., 2006).

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Diversos sintomas da estenose aórtica são descritos como angina, síncope e insuficiência cardíaca. Pacientes adultos com diagnóstico assintomático perspectivam uma vida normal enquanto que aqueles com sintomas têm necessidade de substituição da válvula (Brickner, Hillis & Lange, 2000a).

Estenose Pulmonar constitui cerca de 10% a 12% dos casos de cardiopatia congénita em adultos. Este diagnóstico caracteriza-se pela obstrução do fluxo de saída do ventrículo direito podendo estar localizado nos níveis supravalvar, valvar ou subvalvar, ou ocorrer em simultaneamente nestes níveis (Brickner, Hillis & Lange, 2000a). Geralmente pacientes com estenose pulmonar soa assintomáticos não havendo progressão da obstrução com o avanço da idade. No caso de pacientes com uma obstrução significativa pode verificar-se um agravamento do diagnóstico com o passar do tempo. Alguns dos sintomas desta patologia foram descritos como a fadiga, dispneia e insuficiência do ventrículo direito (Kasper et al., 2006).

A Coartação da Aorta consiste numa discreta constrição da luz da aorta podendo aparecer em qualquer segmento ao longo do seu comprimento, sendo o mais comum localizado no segmento distal à origem da artéria subclávia esquerda próximo da inserção do ligamento arterial (Brickner, Hillis & Lange, 2000a).

Grande parte dos pacientes com esta cardiopatia congénita é assintomático, tendo como possibilidade de sintomas a hipertensão arterial, cefaleias, tonturas, palpitações, insuficiência cardíaca ou dissecção da aorta (Brickner, Hillis & Lange, 2000a).

A Hipertensão Pulmonar pode ser caracterizada por uma complicação comum em diversas lesões cardíacas congénitas, onde a circulação sanguínea é um indicadores de evolução ou possível necessidade de correcção. Na hipertensão pulmonar ocorre uma anormal elevação da pressão arterial pulmonar, podendo estar relacionado com um aumento da pressão de enchimento do coração esquerdo quando se verifica resistência vascular ou parenquimatosa pulmonar com elevação (Kasper et al., 2006).

Ψ Cardiopatias Congénitas Menores, significativas e complexas

As cardiopatias podem ser classificadas pela sua gravidade, estando assim divididas em de gravidade menor, significativa e complexa.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Nas cardiopatias de menor grau, pode se esperar que estes pacientes tenham uma esperança de vida normal e um estilo de vida com poucas, ou nenhuma, limitações. Cardiopatias congénitas de grau leve raramente necessita de intervenção cirúrgica, incluindo estenose pulmonar defeito do septo atrial e pequenos defeitos do septo ventricular (Kovacs, Sears & Saidi, 2005).

Pacientes de menor gravidade de cardiopatia são normalmente assintomáticos e não têm limitações para a prática do exercício físico ou mesmo para a sua vida diária. Estes pacientes podem sim mostrar sinais e sintomas de hiperfluxo pulmonar na terceira ou quarta década da sua vida (Kovacs, Sears & Saidi, 2005).

Relativamente aos pacientes que apresentem uma forma significativa de cardiopatia congénita, o prognóstico está intimamente relacionado com os resultados de cirurgias prévias e do seu estado hemodinâmico. Nesta categoria podemos incluir Coartação da Aorta, moderada a grave estenose da aorta, defeito do septo ventricular, Tetralogia de Fallot e transposição das grandes artérias. Pacientes com este grau de severidade significativo têm algumas limitações na sua vida, estando em risco de desenvolver maiores complicações (Kovacs, Sears & Saidi, 2005).

Quanto às cardiopatias congénitas graves encontramos a atresia e hipoplasia da válvula ou câmara e inversão ventricular. Estes pacientes necessitam de maior vigilância médica estando limitados na prática de exercício físico, muitas vezes não conseguindo manter um emprego a tempo integral (Kovacs, Sears & Saidi, 2005).

Ajustamento Psicossocial

Existem diversos estudos que procuram compreender o impacto das cardiopatias congénitas, em crianças e adolescentes, no funcionamento psicossocial e cognitivo. No entanto, não foi ainda possível chegar a um consenso pois vários estudos referem-se a níveis altos de problemas comportamentais nestas crianças e adolescentes, enquanto que outros não concordam, mostrando que não existem diferenças entre crianças e adolescentes com cardiopatias congénitas e crianças e adolescentes saudáveis (Reid et al 2006).

O processo de adaptação pode ser definido como um processo onde o indivíduo interage com a realidade que o circunda, acomodando-se às características desse ambiente. Em pacientes com doença crónica, a adaptação é activa e contínua,

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

simultaneamente, por outras palavras, estes processos de adaptação são respostas de stress que podem incluir alterações biológicas, psicológicas e ou sociais, com o intuito de alcançar a homeostasia (Mussatto, 2009).

Tal como as doenças crónicas, as cardiopatias congénitas são fonte de stress a nível psicológico, tanto para as crianças como para seus familiares. Na adolescência existe um aumento das dificuldades, devido às normais alterações características deste período, e o acrescido das dificuldades trazidas pela sua doença cardíaca (Mussatto, 2009).

Ajustamento psicossocial pode ser definido como uma tarefa onde é exigido ao individuo uma adaptação e gestão de sentimentos que aparecem em determinadas situações. Para isto, o individuo deve alcançar o equilíbrio e bem-estar para ser considerado como ajustado psicologicamente. No caso de pacientes com cardiopatias congénitas, ao longo da vida são confrontados com a necessidade de alcançar o equilíbrio, emocional e comportamental, para assim alcançar o ajustamento psicossocial (Mussatto, 2009).

Para considerar um ajustamento psicossocial positivo, é necessária a existência de comportamentos e percepções consideradas como normativas da idade, permitindo assim que o individuo se torne autónomo na idade adulta (Mussatto, 2009).

A passagem da adolescência para a idade adulta relaciona-se com o desenvolvimento da independência do indivíduo, em pacientes com cardiopatias congénitas esta transição aparece dificultada pois existe uma maior dependência dos pais. Adultos com cardiopatias congénitas são mais dependentes de suas famílias, quando comparados com adultos saudáveis, chegando mesmo a verificar-se que estes vão às consultas acompanhados dos pais (Kovacs et al., 2005).

Verifica-se que durante a adolescência, pacientes com cardiopatias congénitas e o grupo de pares encontram-se comprometidos, já que os adolescentes têm limitações físicas e faltas à escola, impedindo-os de participar em diversas actividades escolares, levando a sentirem-se mais isolados e constrangidos socialmente (Kovacs, Sears & Saidi, 2005).

Acredita-se que pacientes com cardiopatias congénitas têm maior probabilidade de desenvolver problemas comportamentais e emocionais, quando comparados com crianças saudáveis. Diversos estudos concluíram que estas crianças sentem mais

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

ansiedade e inferioridade, impulsividade e níveis elevados de problemas emocionais e comportamentais (Rijen et al., 2004).

Por outro lado, estudos europeus mostram um bom funcionamento psicológico em adultos com cardiopatias congénitas (Kovacs, Sears & Saidi, 2005).

Não existe muita informação sobre este assunto, mas vários estudos mostram que, num acompanhamento durante 25 anos, foi encontrado maior sofrimento psicológico em adultos com cardiopatias congénitas em comparação com adultos saudáveis. As diferenças encontradas limitaram-se a queixas somáticas, alterações de pensamento e de comportamentos (Rijen et al., 2004).

Pacientes com cardiopatias congénitas graves parecem apresentar maior probabilidade de pior ajustamento psicossocial e para apresentar morbilidade psiquiátrica (Latal et al., 2009; Van Rijen et al., 2004). Alguns estudos mostram que a gravidade da cardiopatia não está relacionada com um pior ajustamento psicossocial (Latal et al., 2009).

Quanto ao tipo de cardiopatia congénita, estudos mostram que pacientes com cardiopatias cianóticas apresentam mais problemas comportamentais, comparativamente com pacientes com cardiopatias acianóticas, enquanto outros estudos não mostram influência do tipo de cardiopatia no ajustamento psicossocial do paciente (Bellinger & Newburger, 2010; Latal et al., 2009).

O facto de um paciente ter uma cardiopatia cianótica pode não estar relacionado com a predisposição de desenvolver problemas emocionais (Van Rijen et al., 2004).

Relativamente à intervenção cirúrgica, aqueles que foram submetidos a cirurgias apresentam mais problemas comportamentais quando comparados com pacientes que não foram submetidos a cirurgias (Latal, et al., 2009).

O facto de alguns pacientes terem limitações para a prática do exercício físico pode ser um factor que contribui para o desenvolvimento de problemas emocionais (Latal et al., 2009; Van Rijen et al., 2004).

Crianças com cardiopatias congénitas mostram por vezes pior ajustamento psicossocial resultado de problemas a nível escolar. Diversos estudos mostram que a doença tem um impacto no percurso escolar já que, os diversos internamentos e restrições são explicação para muitas ausências na escola, sendo esta a razão de muitos destes pacientes serem integrados no ensino especial. Quando comparados com crianças

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

ou adolescentes saudáveis, pacientes com cardiopatias congénitas têm maior probabilidade de completar um nível educacional mais baixo (Rijen et al, 2003).

As dificuldades académicas são muitas vezes explicadas pelas diversas faltas à escola, mas a verdade é que diversos pacientes com cardiopatias congénitas apresentam défices neurológicos. Muitas famílias racionalizam este acontecimento, recorrendo às diversas faltas para explicar as dificuldades apresentadas pela criança (Gerdes & Flynn, 2010).

As crianças com cardiopatias congénitas em idade escolar têm maior probabilidade de desenvolver Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), quando comparado com crianças saudáveis (Gerdes & Flynn, 2010).

Estudos mostram que, pacientes com cardiopatias congénitas, pelo seu percurso escolar insatisfatório têm muitas vezes dificuldades em manter um emprego (Kovacs, Sears & Saidi, 2005).

Os pacientes que são bem sucedidos no seu percurso escolar conseguem alcançar níveis de habilitações mais elevados. Sendo assim possível uma melhor preparação para as dificuldades eminentes em conseguir um emprego, especialmente em pacientes com cardiopatias congénitas complexas. Estudos revelam uma percentagem de 3,2% dos pacientes com cardiopatias que perderam o seu emprego pela sua doença, onde 8.6% são vítimas de discriminação no momento que anunciavam a sua doença na entrevista de emprego (Moons et al., 2002).

Segundo um estudo decorrido no Reino Unido, a taxa de emprego em indivíduos com cardiopatias é maior do que na população em geral, verificando-se também uma diminuição das oportunidades de emprego com a gravidade da cardiopatia. Importante também será dizer que pacientes com cardiopatias congénitas complexas ausentam-se mais vezes do trabalho, levando muitas vezes a necessidade de baixa médica (Geyer, Norozi, Buchhorn, & Wessel, 2009a).

Pacientes com cardiopatias congénitas sentem que são diferentes das outras crianças, pelas suas atitudes e personalidade. Quando estes pacientes apresentam um locus de controle interno utilizam estratégias à procura de se sentirem normais, no caso de utilizarem um locus de controle externo, não abandonam a ideia que são diferentes (Moons et al., 2002).

Esta diferença é sobretudo sentida na adolescência, estando muitas vezes relacionada com as limitações ou restrições da cardiopatia, relacionado com a

dificuldade de separação dos pais. Neste período a aparência corporal tem grande importância, sendo que está relacionado com a aceitação pelo grupo de pares, havendo uma influência pela presença de sinais físicos da doença cardíaca (Moons, et al., 2002).

A imagem corporal destes pacientes encontra-se muitas vezes condicionada pela presença da cardiopatia congénita, pelo que os tratamentos efectuados muitas vezes provocam alterações morfológicas, como cicatrizes ou deformações da cavidade torácica (Kovacs et al., 2005; Nousi & Christou, 2010).

Muitas vezes as alterações corporais ocorridas durante a infância são difíceis de lidar pelos pacientes com cardiopatias congénitas, antes e depois da cirurgia. Depois da cirurgia, muitas crianças vêm-se obrigadas a lidar com a incisão no tórax, algumas vezes de grandes dimensões, sendo esta uma característica destacada da doença cardíaca, muitas vezes levando a questionamentos pelos colegas de escola (Nousi & Christou, 2010).

Nestes casos, as crianças sentem-se mais isoladas, sentindo-se envergonhadas e mesmo culpadas pela aparência do seu corpo, conduzindo muitas vezes à necessidade de acompanhamento psicológico para as mudanças que ocorreram no seu corpo (Nousi & Christou, 2010).

Pacientes com cardiopatias congénitas do sexo feminino apresentam maior insatisfação com a sua imagem corporal, tendo mais queixas de insatisfação no que confere ao tamanho, bem como às formas do seu corpo (Kovacs et al., 2005). O sexo feminino apresentam valores superiores de internalização, ansiedade e depressão, quando comparado com o sexo masculino. Desta forma, o sexo feminino parece ter maior probabilidade para apresentar pior ajustamento psicossocial (Van Rijen et al., 2004).

No caso dos pacientes com cardiopatias congénitas terem uma percepção negativa da sua imagem corporal, isto parece ter um impacto no ajustamento psicossocial do indivíduo na fase adulta, especialmente em pacientes com danos físicos (Kovacs et al., 2005).

Um estudo mostra que existe uma relação entre depressão e desemprego em pacientes com cardiopatias congénitas complexas (Kovacs et al., 2005). Mostra-se assim uma necessidade de um estado de alerta pela família e profissionais de saúde, pois muitas frustrações podem vir a estar relacionadas com a dificuldade de conseguir emprego (Kovacs et al., 2005).

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Devido à grande necessidade de cuidados médicos dos pacientes com cardiopatias congénitas ao longo de sua vida, muitas vezes levam aos pais serem extremamente cuidadosos e superprotectores em relação aos seus filhos. Esta preocupação excessiva leva ao paciente aperceber-se da diferenciação em relação aos outros (Moons et al., 2002).

Com o intuito de protegerem os seus filhos, muitas vezes escondem a gravidade do seu quadro clínico, vindo mais tarde ter como consequência os pacientes serem confrontados com a gravidade da sua doença numa fase mais tardia, tendo maior dificuldade em lidar com as limitações impostas pela doença (Moons et al., 2002).

Esta protecção dos pais dificulta a tomada de iniciativa pelas crianças e também maior dificuldade em cuidarem de si próprios contribuindo assim para uma menor auto-estima e autonomia (Nousi & Christou, 2010). Quando os pais, logo de início, ensinam a criança a lidar com as limitações e dificuldades da sua doença, facilita a que mais tarde na sua vida tenha maior facilidade em integrar-se socialmente (Nousi & Christou, 2010).

O funcionamento comportamental e emocional das crianças com cardiopatias congénitas encontra-se ligado à ansiedade e medo de morte sentido pela mãe, mais do que à própria gravidade da doença cardíaca (Latal et al., 2009; Spijkerboer et al., 2010). Um nível socioeconómico baixo também parece relacionado com o baixo nível de instrução académica e as famílias monoparentais têm um efeito negativo no ajustamento psicossocial da criança (Mussatto, 2009).

Aquando do internamento, as mães das crianças com cardiopatias congénitas mostram maior angústia em relação ao prognóstico, ajustamento psicológico e impacto nos familiares, diminuindo este sentimento após alta. (Spijkerboer et al., 2010).

Morbilidade Psiquiátrica

Quando se fala em morbilidade psiquiátrica em pacientes com cardiopatias congénitas ainda não se verifica acordo entre autores. Alguns acreditam que pacientes com cardiopatias congénitas têm maior probabilidade em desenvolver uma psicopatologia, enquanto que outros encontram valores semelhantes entre estes pacientes e a população saudável (Rijen et al 2004).

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Durante a última década diversos estudos relativos a desordens psiquiátricas tem sido realizados em três países da Europa, Estados Unidos da América e Austrália. Estes estudos mostram que a desordem mental está muitas vezes relacionada com diversas incapacidades e limitações funcionais (Alonso et al., 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a doença psiquiátrica é considerada como essencial para caracterizar a saúde das pessoas (Alonso et al., 2004).

Diversas características podem ser consideradas como facilitadoras de uma perspectiva positiva de situações, reduzindo o sofrimento psicológico, como auto-estima e auto-conceito. Alguns estudos revelam que pacientes com cardiopatias congénitas apresentam níveis mais baixos de auto-estima, embora, depois da cirurgia apresentam melhor auto-estima e auto-conceito (Cohen, Mansoor, Langut & Lorber, 2007). Estas crianças, quando submetidas a intervenções cirúrgicas, têm maior probabilidade de desenvolver sintomas de Perturbação Pós-Stress Traumático (Toren & Horesh, 2007).

Pacientes com cardiopatias congénitas complexas, submetidas a cirurgias, apresentam 18% de prevalência de distúrbios psiquiátricos, tendo-se verificado valores mais elevados, 46%, em pacientes com cardiopatias cianóticas, também submetidas a intervenção cirúrgica (Latal et al., 2009).

Acredita-se que as percepções cognitivas têm uma influencia na vida do paciente com cardiopatia congénita. Quanto mais negativas forem estas percepções, mais alto será o sofrimento psicológico. A percepção negativa pode ser associada, mais do que a gravidade da doença cardíaca, com maior sofrimento psicológico e pior ajustamento psicossocial (Cohen, Mansoor, Langut & Lorber, 2007).

Estudos revelam que pacientes com cardiopatias cianóticas têm maior probabilidade de desenvolver problemas comportamentais, do que pacientes com cardiopatias acianóticas, enquanto que outros estudos não mostram esta relação (Latal et al., 2009; Bellinger & Newburger, 2010).

Pacientes do sexo feminino apresentam maior incidência em Perturbações de Humor e de Ansiedade, no entanto, apresentam menor incidência de Perturbações de Abuso de Álcool. Em jovens entre os 18 e 24 anos encontram-se maiores taxas de incidência de diagnósticos psiquiátricos (Alonso et al., 2004).

Relativamente às condições físicas, grande parte dos pacientes com cardiopatias congénitas que apresentam limitações apresentam maior probabilidade de desenvolver problemas comportamentais e emocionais (Latal et al., 2009; Rijen et al, 2004).

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatias Congénitas”

Segundo um estudo norte-americano, pacientes com cardiopatias congénitas apresentam diversos diagnósticos psiquiátricos de acordo com os critérios definidos pelo DSM-IV. Os diagnósticos encontrados são Perturbações de Humor (21%), Perturbação de controlo de Impulsos (25%), Perturbação do Abuso de Substâncias, e outro tipo de Perturbações (46%). Nesta amostra verificou-se que 10% apresentavam uma Perturbação de Humor durante doze meses, e 18% apresentavam uma Perturbação de Ansiedade, em igual período de tempo (Kovacs et al., 2009).

Num estudo realizado em seis diferentes países europeus, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha, de acordo com o DSM-IV, os diagnósticos psiquiátricos com maior incidência foram a Depressão Major (12, 8%), Fobia Específica (7,7%) e Perturbação de Abuso de Álcool (4,1%) (Alonso et al., 2004).

Objetivos

Esta investigação tem como objectivo principal o estudo do ajustamento psicossocial e morbilidade psiquiátrica em adolescentes e jovens adultos com Cardiopatias Congénitas. Não só se focalizou a investigação neste objectivo mais geral, mas também se incluíram objectivos mais específicos, estudando outras variáveis, permitindo assim perceber quais variáveis estão relacionadas com um melhor ou pior ajustamento psicossocial.

Em relação ao ajustamento psicossocial, segundo o relato dos pacientes e dos seus cuidadores, foram analisadas as seguintes variáveis:

1) *Os adolescentes e jovens adultos com Cardiopatias Congénitas apresentam pior ajustamento psicossocial, na perspectiva do próprio paciente e de um cuidador:*

- Entre géneros;
- Quanto maior for a gravidade da Cardiopatia;
- Com cardiopatias cianóticas;
- Quando submetidos a intervenções cirúrgicas;
- Quando apresentam pior suporte social;
- Quando apresentam competência física limitada;
- Quando apresentam um percurso escolar insatisfatório;
- Quanto mais graves são as lesões residuais;
- Quando têm de recorrer à terapia farmacológica.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatias Congénitas”

Quanto à morbilidade psiquiátrica é importante avaliar as diferenças entre as seguintes variáveis:

1) *Os adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas têm maior propensão para apresentar diagnóstico psiquiátrico em comparação com a população em geral.*

2) *Existem diferenças no que diz respeito à morbilidade psiquiátrica em pacientes com Cardiopatias Congénitas:*

- Entre géneros
- Cardiopatias congénitas cianóticas;
- Cardiopatias congénitas complexas;
- Lesões residuais graves ou moderadas;
- Intervenções cirúrgicas.

Métodos

Caracterização da Amostra

Neste estudo participaram 110 pacientes com Cardiopatias Congénitas, adolescentes e jovens adultos, dos quais 62 são do sexo masculino e 48 do sexo feminino. As idades dos participantes estão compreendidas entre os 12 e 26 anos, onde a média das idades traduz-se em 18,00 ($\pm 3,617$).

Quanto ao estado civil dos participantes, 105 são solteiros, 2 estão casados, 2 vivem em união de facto, e 1 é divorciado. Relativamente ao estado profissional, no momento da entrevista, 83 são estudantes, 20 exercem uma profissão, a tempo parcial ou total, e 7 encontravam-se desempregados.

No que concerne ao nível educacional, 11 concluíram o segundo ciclo, 40 tinham o terceiro ciclo, 53 frequentam o ensino secundário e 6 obtiveram uma licenciatura. Destes, 55 tiveram pelo menos uma reprovação durante o seu percurso escolar, com uma média de 1,49 ($\pm 0,503$).

Em relação ao tipo de malformação congénita do coração, 58 dos diagnósticos são cianóticos e 52 são acianóticos. De acordo com os processos consultados, 34 apresentavam uma forma complexa de cardiopatia congénita, 18 uma forma moderada e 58 leve. Quanto às lesões residuais, 85 pacientes apresentavam uma forma leve de lesões, 21 moderadas e 4 sujeitos manifestavam uma forma grave de lesões residuais.

Relativamente à actividade física, 41 participantes apresentavam limitações na sua actividade física enquanto 69 apresentavam uma actividade física satisfatória.

Da amostra, 23 participantes não realizaram nenhuma intervenção cirúrgica, quanto aos que foram submetidos a cirurgia, 42 realizaram uma cirurgia, 25 fizeram duas, 11 fizeram três, 5 fizeram quatro, 3 fizeram cinco e um foi submetido a um total de nove cirurgias.

Quanto ao diagnóstico cardíaco, diversos pacientes não apresentavam apenas um diagnóstico principal de patologia cardíaca, apresentando também outras formas de cardiopatias. Os diagnósticos estão assim distribuídos: Transposição das Grandes Artérias (9 participantes; dos quais 3 também apresentam um Defeito do Septo Ventricular e Coarctação da Aorta, 2 Defeito do Septo Ventricular e Estenose da Aorta, e 1 Defeito do Septo Ventricular e Estenose Pulmonar); Tetralogia de Fallot (30);

Coarctação da Aorta (11 participantes; onde 1 também tem Estenose da Aorta e 1 Defeito do Septo Ventricular); Defeito do Septo Ventricular (24 participantes; alguns já referidos anteriormente, e 1 apresenta adicionalmente Interrupção do Arco da Aorta e outro Insuficiência Mitral), Defeito do Septo Atrial (6 participantes; 1 manifesta também Atresia Mitral e Hipertensão pulmonar e 1 apresenta adicionalmente Anomalia de Ebstein); Defeito do Septo Atrioventricular (4); Estenose da Aorta (6); Estenose Pulmonar (6); Ventrículo Único (2 participantes; 1 também tinha Atresia Pulmonar e 1 Estenose Pulmonar); Arteriose do Ducto Patente (2); Ventrículo Direito de Dupla Saída (1); Anomalia de Ebstein (3); Atresia Pulmonar (3); Prolapso da Válvula Mitral (1); Válvula Aorta Bicúspide (1) e finalmente, Regurgitação da Válvula Tricúspide (1). Foi possível perceber nesta investigação, que grande parte dos participantes apresentavam um diagnóstico principal combinado com outras doenças cardíacas.

Quanto à idade de diagnóstico cardíaco desta amostra, 61 participantes foram diagnosticados no período neonatal, 28 até ao primeiro ano de vida, 5 entre o primeiro e terceiro ano de vida, 6 entre os três e os seis anos de idade, 4 entre os seis e os doze anos, 6 entre os doze e os dezoito anos.

Dos 110 participantes, 24 apresentaram, num determinado momento da sua vida, pelo menos um tipo de psicopatologia. Verificamos diversos tipos de psicopatologia estando assim distribuídos: 8 participantes revelaram Síndrome Depressivo Major, 5 revelaram Perturbação Depressiva Minor, 4 Desordem de Ansiedade Generalizada, 3 Síndrome Maníaco, 3 Perturbação de Pânico, e 1 Personalidade Ciclotímica.

Crítérios de Inclusão e Crítérios de Exclusão

Para que a participação neste estudo fosse possível, diversos critérios tinham que ser preenchidos. O principal critério é a presença de uma Cardiopatia Congénita e regular monitorização da mesma no Hospital São João, nos serviços de Cardiologia ou Cardiologia Pediátrica. Além de possuir estas características, os participantes deveriam ter registos médicos completos e actualizados.

Outro critério de inclusão foi a idade dos participantes, que deveria se encontrar entre os 12 e os 26 anos.

De forma a não influenciar as respostas dadas, os participantes deveriam possuir um nível básico de educação, permitindo a leitura e compreensão das questões colocadas, evitando assim a presença de terceiros.

No caso destas condições não serem preenchidas, os pacientes estariam impossibilitados de participar nesta investigação. Aqueles pacientes que, apesar de irem de encontro aos critérios de inclusão, no caso de possuírem malformações extracardíacas associadas ou cromossomopatias seriam automaticamente excluídos do estudo pelas dificuldades inerentes à sua colaboração.

Instrumentos de Avaliação

Diferentes instrumentos foram utilizados para a realização deste estudo. No total utilizaram-se cinco questionários. Os participantes preencheram uma ficha de identificação, uma entrevista semi-estruturada, uma entrevista psiquiátrica estandardizada, mais concretamente, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime version (SADS-L); foram também preenchidos o Child Behaviour Checklist (CBCL) e Youth Self Report (YSR) para os participantes até aos 18 anos, e para os participantes acima desta idade, foram preenchidos o Adult Self Report (ASR) e Adult Behavior Checklist (ABCL).

No primeiro contacto com os pacientes, a primeira preocupação foi a explicação dos conteúdos do estudo, e depois de aceitarem a participação neste estudo, foi assinado um consentimento informado. No caso de pacientes menores de idade, o acompanhante seria responsável por assinar este consentimento, no caso dos pacientes serem maiores de 18 anos, seriam estes que assinavam o consentimento.

A ficha de identificação é composta por questões demográficas, incluindo estado civil, nível educacional, profissão. Relativamente à história clínica do participantes, foram realizadas questões sobre o diagnóstico cardíaco, gravidade, tipo de cardiopatia, número de cirurgias realizadas, incluindo a data da primeira cirurgia, lesões residuais e necessidade de terapia farmacológica.

A entrevista semi-estruturada é composta por 38 questões de resposta curta e escolha múltipla. Esta entrevista focaliza-se na recolha de informações sobre suporte

social, ambiente familiar, auto-conceito, limitações funcionais e percurso escolar. Além destas questões, o objectivo desta entrevista seria também compreender que implicações a doença cardíaca tem na vida do paciente.

A entrevista psiquiátrica estandardizada, SADS-L (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Lifetime Version), tem como objectivo primordial a apresentação de um diagnóstico clínico de perturbações psiquiátricas. Esta entrevista analisa episódios de perturbação psiquiátrica ocorridos durante toda a vida da pessoa, não se limitando a um período de tempo. Assim, é analisada a vida da pessoa até ao momento da entrevista. Além de definir episódios passados e presentes, a SADS-L permite determinar a idade, número de episódios e sua duração, assim como a duração do episódio mais longo ou do episódio actual (Hesselbrock, Stabenau, Hesselbrock, Mirkin, & Meyer, 1982).

A SADS-L foi um dos instrumentos mais utilizados para avaliação de casos de desordens afectivas ou de esquizofrenia (Merikangas et al., 1989; Weissman et al., 1986 cit in Leboyer et al., 1991).

Esta entrevista foi desenvolvida com o objectivo de incorporar o registo de doença não só de episódios no momento da aplicação mas também analisando todo o passado do paciente (Leboyer et al., 1991). Originalmente, esta entrevista foi criada como auxílio o entrevistador no estabelecimento de diagnósticos, contendo questões sobre diversas áreas (Hesselbrock et al., 1982).

A SADS-L organiza as suas questões hierarquicamente a nível do diagnóstico permitindo assim ao entrevistador avançar questões no caso dos critérios de determinado diagnóstico principal já ter sido preenchido (Hesselbrock et al., 1982).

Esta entrevista abrange questões de diversas áreas, como perturbações de humor, perturbações de pânico ou ansiedade, abuso de substâncias, saúde física, entre outros. Cada uma das áreas começa por fazer algumas questões iniciais, onde se foram positivas, o entrevistador irá continuar a questionar sobre a perturbação em questão, no caso de a resposta às questões iniciais serem negativas, o entrevistador poderá avançar para questões sobre a perturbação seguinte (Mirzamani, 2005).

Segundo Hesselbrock et al. (1982), a SADS-L apresenta números de fidelidade e validade favoráveis. Andreasen et al (1981, cit in Mirzamani, 2005) avaliou a fidelidade desta entrevista, concluído também ser adequada tal como Hasin & Grant

(1987, cit in Mirzamani, 2005) que avaliaram a sua validade tendo chegado à mesma conclusão.

Os questionários de auto-avaliação, YSR (Youth Self Report) e ASR (Adult Self Report) dirigem-se à descrição dos comportamentos da criança, no caso do (YSR), ou do adulto, ASR. Estes questionários são constituídos por elementos que recolhem informações em escalas de isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, alteração de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinvente, comportamento agressivo, internalização e externalização.

O YSR (Youth Self Report) e o ASR (Adult Self-Report) são questionários de auto-resposta, permitindo uma descrição do funcionamento psicopatológico da criança/adolescente no caso do YSR e do adulto, no caso do ASR. O YSR é aplicado a crianças ou adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos. Quanto ao ASR é indicado para adultos, com idades entre os 18 e os 59 anos (Achenbach & Rescorla, 2003).

O YSR é um questionário composto por 119 questões, dividido em oito subescalas, uma subescala de internalização, uma subescala de externalização. As referidas oito subescalas dividem-se em isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, alteração de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinvente, comportamento agressivo, e problemas sociais (Steinhausen & Metzke, 1997). Neste estudo a subescala de problemas sociais não foi incluída por não haver um equivalente no questionário ASR (Adult Self-Report). É uma escala do tipo Likert, com respostas cotadas como “Não verdade” (0), “Algumas vezes verdade” (1) e “Muitas vezes verdade” (2).

O Adult Self Report é uma escala de auto-avaliação direccionada para adultos com idades compreendidas entre os 18 e 59 anos. É constituída por 126 itens, sendo uma escala do tipo Likert de três pontos, onde as respostas são cotadas como “Não Verdadeiro” (0); “Um Pouco ou às Vezes Verdadeiro” (1); “Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro” (2). Podemos verificar oito factores descritos nesta escala como 1. Ansiedade/Depressão, 2. Retraimento/Afastamento, 3. Queixas Somáticas, 4. Problemas de Pensamento – Internalização; 5. Problemas de Atenção, 6. Comportamentos Agressivos, 7. Quebra de Regras, 8. Intrusão – Externalização (Caldas & Fernandes, 2011 – comunicação pessoal).

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

A validação do Adult Self Report para a população portuguesa está no momento a decorrer, tendo sido encontrados valores de consistência externa elevados, sendo assim possível demonstrar que a escala é altamente confiável. Para o factor internalização da totalidade da faixa etária foi encontrado um α de Cronbach de 0.929, enquanto que para o factor externalização encontrou-se um α de Cronbach de 0.873, demonstrando que a consistência interna destes factores é bastante satisfatória. (Caldas & Fernandes, 2011 - comunicação pessoal).

Para a faixa etária dos 18 aos 35 anos, foram encontrados valores para cada um dos oito factores, sendo que o primeiro factor regista 0,907, o segundo 0,847, o terceiro 0,781, o quarto 0,662, o quinto 0,766, o sexto 0,622, o sétimo 0,685 e por ultimo o oitavo regista 0,565 (Caldas & Fernandes, 2011 - comunicação pessoal).

Relativamente aos questionários aplicados aos acompanhantes dos participantes, utilizou-se o Child Behavior Checklist (CBCL) e Adult Behavior Checklist (ABCL). Para poderem ser preenchidos, este acompanhante, pais, cuidadores ou mesmo amigos, deverão conhecer suficiente a pessoa, pois as questões referem-se a comportamentos e percepção da pessoa em questão.

O CBCL (Child Behavior Checklist) é indicado para ser preenchido pelos cuidadores ou pais de crianças ou adolescentes de idades entre os 6 e os 18 anos, enquanto que o ABCL (Adult Behavior Checklist) é indicado para idades entre os 18 e os 59 anos (Achenbach & Rescorla, 2003).

O CBCL (Child Behavior Checklist) é um questionário com respostas do tipo Likert, e é composto por 120 itens, onde as respostas são cotadas como “Não verdade” (0), “Algumas vezes verdade” (1) e “Muitas vezes verdade” (2). A validade e fidelidade deste questionário foi analisada por Achenbach e Rescorla (2003) tendo sido concluído como favorável (Ebesutani et al, 2010).

Quanto ao ABCL (Adult Behavior Checklist), também consiste em respostas do tipo Likert de três pontos, sendo composto por 132 itens, com respostas cotadas em “Não verdade” (0), “Algumas vezes verdade” (1) e “Muitas vezes verdade” (2). Nesta escala encontram-se descritos oito factores, como 1. Ansiedade/Depressão, 2. Retraimento/Afastamento, 3. Queixas Somáticas, 4. Problemas de Pensamento – Internalização; 5. Problemas de Atenção, 6. Comportamentos Agressivos, 7. Quebra de Regras, 8. Intrusão – Externalização (Caldas & Pardalejo, 2011 - comunicação pessoal).

Quanto ao Adult Behavior Checklist, que está no momento a decorrer a sua validação para a população portuguesa, tendo sido encontrados valores de consistência externa elevados, demonstrando que a escala é altamente confiável. Para o factor internalização da totalidade da faixa etária foi encontrado um α de Cronbach de 0.873, enquanto que para o factor externalização encontrou-se um α de Cronbach de 0.907, demonstrando que a consistência interna destes factores é bastante satisfatória (Caldas & Pardalejo, 2011 - comunicação pessoal).

Para a faixa etária dos 18 aos 35 anos, foram encontrados valores para cada um dos oito factores, sendo que o primeiro factor regista 0,867, o segundo 0,807, o terceiro 0,809, o quarto 0,281, o quinto 0,672, o sexto 0,613, o sétimo 0,565 e por ultimo o oitavo regista 0,375 (Caldas & Pardalejo, 2011 - comunicação pessoal).

Ambos os questionários são compostos por subescalas, incluindo isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, alteração de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinvente, comportamento agressivo, internalização e externalização (Achenbach e Rescorla, 2003).

Por motivos estatísticos, pelas suas similaridades e para que a amostra seja mais representativa, os questionários YSR e ASR, e também CBCL e ABCL, foram contabilizados os resultados totais de cada escala.

Procedimento

Para a recolha dos dados deste estudo, os pacientes foram abordados antes ou depois da consulta de cardiologia que tinham marcada. Aquando da chegada dos pacientes à sala de espera, estes eram abordados e foi dada uma explicação sobre os conteúdos da investigação e se estariam dispostos a participar. No caso de aceitarem, era então assinado um consentimento informado. No caso de pacientes menores de idade, o acompanhante responsabilizava-se e assinava, nos pacientes com idade superior a 18 anos, eram eles os responsáveis por assinar o consentimento informado. Dando-se então início ao preenchimento dos questionários, descritos anteriormente.

Para que este estudo fosse possível, foi pedido e aceite o consentimento do Conselho de Ética do Hospital, garantindo assim todas as directivas incluídas nas

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

convenções internacionais para que os direitos dos pacientes fossem devidamente respeitados no decorrer deste estudo.

Dos questionários preenchidos, 9 acompanhantes não estavam presentes ou não aceitaram preencher o questionário dirigidos a eles não tendo sido incluídos na análise dos resultados.

Desenho

O preenchimento dos questionários aconteceu num único momento. Para que todas as informações necessárias estivessem devidamente preenchidas, foi necessária a colaboração da equipa do serviço em causa, permitindo assim o acesso aos ficheiros clínicos dos pacientes, permitindo uma recolha retrospectiva dos dados.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através da utilização do software IBM Social Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0. como as variáveis em questão são não paramétricas, para sua análise recorreu-se ao teste Mann-Whitney U.

Resultados

Nesta secção são apresentados os resultados obtidos neste estudo. Nas tabelas apresentadas a seguir, encontra-se a descrição da amostra recolhida, como variáveis demográficas e clínicas.

Demográficas	
Variáveis	Caracterização
Género	62 masculino; 48 feminino
Idade	12 aos 26 anos (média=18,00 ± 3,617)
Estado civil	105 solteiros; 2 casados; 2 união de facto; 1 divorciado
Ocupação	72 estudantes; 20 trabalhadores a tempo inteiro ou parcial; 7 desempregados
Nível educacional	Ensino secundário=53; 3º Ciclo=40 ;2º Ciclo=11; Licenciatura=6
Reprovações	55 = sim; 55= não
Média de reprovações	Média=1,49 (± 0,503)

Tabela 1: Caracterização da população de acordo com as variáveis demográficas.

Clínicas	
Variáveis	Caracterização
Cianóticos/Acianóticos	58= cianóticos; 52=acianóticos
Gravidade da Cardiopatia	Grave=34; Moderada=18; Leve=58
Limitações Físicas	Sim=41; Não=69
Gravidade das Lesões Residuais	Graves=4; Moderadas=21; Leves=85
Idade de Diagnóstico	Período Neonatal=61; 1º ano de vida=28; 1º-3º ano de vida=5; 3-6 anos=6; 6-12 anos=4; 12-18 anos=6
Tipo de Cardiopatia	TGA = 9 (+ DSV + CoA = 3, DSV + EA = 2; DSV + EP= 1); TF = 30; CoA =11; DSV = 24 (+ IAA = 1; IM =1); DSA = 6 (+AM/HP = 1); DSAV=4; EA = 6; EP = 6; VU = 2 (+ AP = 1; EP = 1); ADP= 2; VDDS= 1; AE = 3; AP = 3; PVM=1; VAB=1; RVT=1.

Tabela 2: Caracterização da população de acordo com as variáveis demográficas

Legenda: TGA – Transposição das Grandes Artérias; DSV – Defeito do Septo Ventricular; EA – Estenose da Aorta; EP – Estenose Pulmonar; CoA – Coartação da

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatias Congénitas”

Aorta; TF – Tetralogia de Fallot; IAA – Interrupção do Arco Aórtico; IM – Insuficiência Mitral; DSA – Defeito do Septo Atrial; AM – Atresia Mitral; HP –

Hipertensão Pulmonar; DSAV – Defeito do Septo Atrio Ventricular; VU – Ventrículo Único; AP – Atresia Pulmonar; ADP – Arteriose do Ducto Patente; VDDS – Ventrículo Direito de Dupla Saída; AE – Anomalia de Ebstein; PVM - Prolapso da Válvula Mitral; VAB - Válvula Aorta Bicúspide; RVT - Regurgitação da Válvula Tricúspide.

Em seguida são apresentados os resultados obtidos nos questionários ASR (Adult Self-Report) e YSR (Youth Self-Report).

De acordo com a tabela 3, podemos verificar que existem diferenças quanto ao ajustamento psicossocial, entre os sexos, sendo que as mulheres apresentam níveis superiores de queixas somáticas, ansiedade/depressão, alterações de pensamento, problemas de atenção, comportamento agressivo, internalização e externalização. Logo, as mulheres apresentam pior ajustamento psicossocial.

	Masculino (N=62)	Feminino (N=48)	U	P
ASR/YSR (Auto-Relato)	Média	Média		
Isolamento	54,02	57,42	1396,000	0,576
Queixas Somáticas	26,03	37,70	260,000	0,011
Ansiedade/Depressão	47,37	66,00	984,000	0,002
Problemas Sociais	51,85	60,22	1261,500	0,166
Alteração de Pensamento	48,75	64,22	1069,500	0,010
Problemas de Atenção	49,62	63,09	1123,500	0,027
Comportamento Delinquente	55,71	55,23	1475,000	0,937
Comportamento agressivo	46,35	67,32	920,500	0,001
Internalização	45,52	68,40	869,000	0,000
Externalização	50,26	62,27	1163,000	0,050

Tabela 3: Diferenças entre sexos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o teste de Mann-Whitney.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

No que concerne à gravidade da CC, encontram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente às queixas somáticas e internalização. Neste caso pacientes com CC de gravidade complexa, apresentam pior ajustamento psicossocial do que os pacientes com CC moderada/leve (tabela 4).

ASR/YSR (Auto-Relato)	Gravidade		U	P
	Complexa (N=34)	Moderada/Leve (N=76)		
	Média	Média		
Isolamento	62,63	52,31	1049,000	0,114
Queixas Somáticas	37,43	26,77	264,000	0,022
Ansiedade/Depressão	56,53	55,04	1257,000	0,820
Problemas Sociais	62,63	52,31	1049,500	0,112
Alteração de Pensamento	63,06	52,12	1035,000	0,090
Problemas de Atenção	54,40	55,99	1254,500	0,808
Comportamento Delinquente	61,87	52,65	1075,500	0,155
Comportamento agressivo	60,56	53,24	1120,000	0,264
Internalização	66,53	50,57	917,000	0,015
Externalização	53,22	56,52	1214,500	0,616

Tabela 4: Diferenças entre a gravidade da Cardiopatia Congénita relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o teste de Mann-Whitney

Como se verifica na tabela 5, quanto ao tipo de CC, não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao ajustamento psicossocial, entre pacientes com CC cianóticas e acianóticas.

ASR/YSR (Auto-Relato)	Cianótico (N=58)	Acianótico (N=52)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	57,28	53,51	1404,500	0,532
Queixas Somáticas	32,09	29,02	403,500	0,490
Ansiedade/Depressão	58,09	52,62	1358,000	0,368
Problemas Sociais	57,20	53,61	1409,500	0,550
Alteração de Pensamento	54,86	56,21	1471,000	0,821
Problemas de Atenção	56,94	53,89	1424,500	0,616
Comportamento Delinquente	55,56	55,43	1504,500	0,983
Comportamento agressivo	54,98	56,08	1478,000	0,857
Internalização	57,46	53,32	1394,500	0,496
Externalização	57,84	52,89	1372,500	0,417

Tabela 5: Diferenças entre o tipo de Cardiopatia Congénita relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o teste de Mann-Whitney.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Pacientes que foram sujeitos a intervenção cirúrgica têm níveis mais altos de isolamento quando comparados com pacientes não sujeitos a cirurgia. Logo, estes pacientes têm pior ajustamento psicossocial do que os pacientes sem intervenções cirúrgicas (tabela 6).

ASR/YSR (Auto-Relato)	Com intervenção cirúrgica (N= 87)	Sem intervenção cirúrgica (N=23)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	58,74	43,26	719,000	0,037
Queixas Somáticas	32,80	23,60	234,000	0,073
Ansiedade/Depressão	58,09	45,70	775,000	0,097
Problemas Sociais	56,82	50,50	885,500	0,392
Alteração de Pensamento	56,47	51,83	916,000	0,526
Problemas de Atenção	58,48	44,24	741,500	0,056
Comportamento Delinquente	55,23	56,52	977,000	0,861
Comportamento agressivo	56,76	50,72	890,500	0,417
Internalização	56,88	50,28	880,500	0,377
Externalização	57,60	47,54	817,500	0,178

Tabela 6: Diferenças entre pacientes submetidos ou não a intervenção cirúrgica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o teste de Mann-Whitney.

De acordo com os valores apresentados na tabela 7, pacientes com pior suporte social apresentam valores elevados de isolamento e problemas sociais. Logo estes pacientes têm pior ajustamento psicossocial, quando comparados com pacientes com melhor suporte social.

ASR/YSR (Auto-Relato)	Melhor suporte social (N=85)	Pior suporte social (N=25)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	49,56	75,70	557,500	0,000
Queixas Somáticas	31,02	29,06	329,000	0,696
Ansiedade/Depressão	54,98	57,28	1018,000	0,750
Problemas Sociais	51,81	68,06	748,500	0,023
Alteração de Pensamento	56,11	53,42	1010,500	0,705
Problemas de Atenção	53,96	60,74	931,500	0,348
Comportamento Delinquente	53,49	62,32	892,000	0,217
Comportamento agressivo	53,72	61,56	911,000	0,278
Internalização	53,50	62,30	892,500	0,225
Externalização	55,15	56,70	1032,500	0,830

Tabela 7: Diferenças relativamente ao suporte social quanto às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o teste de Mann-Whitney.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatas Congénitas”

Os pacientes com competência física limitada apresentam pior ajustamento psicossocial no isolamento comparativamente aos pacientes com competência física satisfatória (tabela 8).

ASR/YSR (Auto-Relato)	Competência Física Limitada (N=41)	Competência Física Satisfatória (N=69)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	65,05	49,83	1023,000	0,015
Queixas Somáticas	34,41	28,24	332,000	0,180
Ansiedade/Depressão	61,93	51,68	1151,000	0,103
Problemas Sociais	57,80	54,13	1320,000	0,554
Alteração de Pensamento	59,78	52,96	1239,000	0,268
Problemas de Atenção	61,12	52,75	1225,000	0,240
Comportamento Delinquente	62,99	51,05	1107,500	0,054
Comportamento agressivo	59,40	53,08	1254,500	0,321
Internalização	62,65	51,25	1121,500	0,070
Externalização	56,99	54,62	1353,500	0,706

Tabela 8: Diferenças entre competência física limitada e satisfatória relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o teste de Mann-Whitney.

Pacientes com percurso escolar insatisfatório apresentam níveis de ansiedade/depressão, problemas de atenção superiores quando comparados com pacientes com percurso escolar satisfatório. Assim sendo apresentam pior ajustamento psicossocial do que pacientes com percurso escolar satisfatório (tabela 9).

ASR/YSR (Auto-Relato)	Percurso Escolar Satisfatório (N =77)	Percurso Escolar Insatisfatório (N=33)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	53,71	59,68	1132,500	0,364
Queixas Somáticas	31,20	28,40	306,000	0,585
Ansiedade/Depressão	50,90	66,24	916,000	0,020
Problemas Sociais	53,32	60,59	1102,500	0,267
Alteração de Pensamento	53,44	60,32	1011,500	0,290
Problemas de Atenção	50,19	67,89	861,500	0,007
Comportamento Delinquente	54,44	57,97	1189,000	0,589
Comportamento agressivo	53,49	60,18	1116,000	0,312
Internalização	52,72	61,98	1056,500	0,162
Externalização	51,64	64,50	973,500	0,053

Tabela 9: Diferenças no percurso escolar relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o teste de Mann-Whitney.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

De acordo com a tabela 10, os pacientes com lesões residuais graves/moderadas apresentam níveis mais elevados de internalização comparativamente com pacientes com lesões residuais leves, logo têm pior ajustamento psicossocial.

ASR/YSR (Auto-Relato)	Lesões Residuais		U	P
	Graves/Moderadas (N=25) Média	Leves (N=85) Média		
Isolamento	65,14	52,56	821,500	0,083
Queixas Somáticas	37,57	28,14	231,500	0,066
Ansiedade/Depressão	59,46	54,34	963,500	0,479
Problemas Sociais	64,96	52,72	826,000	0,087
Alteração de Pensamento	57,52	54,91	1012,000	0,713
Problemas de Atenção	57,62	54,88	1009,500	0,704
Comportamento Delinquente	63,38	53,18	865,500	0,154
Comportamento agressivo	59,28	54,39	968,000	0,499
Internalização	66,70	52,21	782,500	0,046
Externalização	56,18	55,30	1045,500	0,903

Tabela 10: Diferenças das lesões residuais relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o teste de Mann-Whitney.

De acordo com os resultados verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre pacientes com terapia farmacológica e pacientes sem este tipo de terapia (tabela 11).

ASR/YSR (Auto-Relato)	Com terapia farmacológica (N=47)	Sem terapia farmacológica (N=63)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	54,99	55,88	1456,500	0,884
Queixas Somáticas	34,84	28,49	307,000	0,183
Ansiedade/Depressão	59,61	52,44	1287,500	0,242
Problemas Sociais	54,53	56,22	1435,000	0,781
Alteração de Pensamento	51,53	58,46	1294,000	0,250
Problemas de Atenção	57,71	55,34	1470,500	0,952
Comportamento Delinquente	50,83	59,98	1261,000	0,178
Comportamento agressivo	51,90	58,18	1311,500	0,305
Internalização	53,79	56,78	1400,000	0,626
Externalização	57,98	53,65	1364,000	0,481

Tabela 11: Diferenças da terapia farmacológica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o teste de Mann-Whitney.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Nas tabelas que se seguem são apresentados os valores obtidos nos questionários Adult Behavior Checklist (ABCL) e Child Behaviour Checklist (CBCL).

De acordo com os cuidadores, não existem diferenças estatisticamente significativas entre pacientes submetidos e não submetidos a intervenção cirúrgica (tabela 12).

ABCL/CBCL	Com intervenção cirúrgica (N=81)	Sem intervenção cirúrgica (N=20)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	51,06	50,78	805,500	0,969
Queixas Somáticas	48,79	59,95	631,000	0,122
Ansiedade/Depressão	50,82	51,73	795,500	0,901
Problemas Sociais	31,66	27,03	285,500	0,369
Alteração de Pensamento	49,88	55,53	719,500	0,414
Problemas de Atenção	53,36	41,43	618,500	0,101
Comportamento Delinquente	51,69	48,23	754,500	0,629
Comportamento agressivo	53,02	42,83	646,500	0,162
Internalização	51,39	49,43	778,500	0,788
Externalização	52,94	43,15	653,000	0,180

Tabela 12: Diferenças entre pacientes submetidos ou não a intervenção cirúrgica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com os seus cuidadores segundo o teste de Mann-Whitney.

Relativamente ao sexo, como é apresentado na tabela 13, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao isolamento e comportamento agressivo, denotando um pior ajustamento psicossocial no sexo masculino.

ABCL/CBCL	Masculino (N=58)	Feminino (N=43)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	56,78	43,20	911,500	0,020
Queixas Somáticas	47,19	56,14	1026,000	0,123
Ansiedade/Depressão	49,66	52,81	1169,000	0,590
Problemas Sociais	31,08	29,57	404,000	0,741
Alteração de Pensamento	48,64	54,19	1110,000	0,319
Problemas de Atenção	52,34	49,20	1169,500	0,593
Comportamento Delinquente	50,77	51,31	1233,500	0,924
Comportamento agressivo	45,80	58,01	945,500	0,038
Internalização	49,55	52,95	1063,000	0,563
Externalização	47,23	56,08	1028,500	0,133

Tabela 13: Diferenças entre os sexos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com os seus cuidadores segundo o teste de Mann-Whitney

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatias Congénitas”

No que concerne ao tipo de CC, existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos problemas de atenção, o que aponta para um pior ajustamento psicossocial em pacientes com CC cianóticas quando comparados com pacientes com CC acianóticas (tabela 14).

ABCL/CBCL	Cianótico (N=51)	Acianótico (N=50)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	54,15	47,79	1114,500	0,272
Queixas Somáticas	54,44	47,49	1099,500	0,226
Ansiedade/Depressão	55,19	46,73	1061,500	0,145
Problemas Sociais	33,88	27,34	351,500	0,142
Alteração de Pensamento	54,27	47,66	1108,000	0,229
Problemas de Atenção	56,75	45,13	981,500	0,045
Comportamento Delinquente	51,21	50,79	1264,500	0,942
Comportamento agressivo	54,07	47,87	1118,500	0,286
Internalização	55,86	46,04	1027,000	0,091
Externalização	55,99	46,93	1071,500	0,166

Tabela14: Diferenças entre o tipo de CC relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com os seus cuidadores segundo o teste de Mann-Whitney.

Os pacientes com pior suporte social apresentam valores superiores nos domínios isolamento e internalização, resultando num pior ajustamento psicossocial quando comparados com pacientes com melhor suporte social, como se pode verificar na tabela 15.

ABCL/CBCL	Melhor suporte social (N=76)	Pior suporte social (N=25)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	45,30	68,32	517,000	0,001
Queixas Somáticas	49,92	54,28	868,000	0,512
Ansiedade/Depressão	48,65	58,14	771,500	0,158
Problemas Sociais	29,01	34,59	286,500	0,268
Alteração de Pensamento	50,91	51,26	943,500	0,957
Problemas de Atenção	48,82	57,62	784,500	0,191
Comportamento Delinquente	50,52	52,46	913,500	0,769
Comportamento agressivo	49,79	54,68	858,000	0,467
Internalização	46,50	64,68	608,000	0,007
Externalização	51,61	49,16	904,000	0,717

Tabela 15: Diferenças relativamente ao suporte social quanto às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com os seus cuidadores segundo o teste de Mann-Whitney.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatas Congénitas”

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre pacientes com competência física limitada e satisfatória no que diz respeito as dimensões apresentadas na tabela 16.

ABCL/CBCL	Competência Física Limitada (N=39)	Competência Física Satisfatória (N =62)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	55,99	47,86	1014,500	0,172
Queixas Somáticas	55,64	48,08	1028,000	0,200
Ansiedade/Depressão	53,69	49,31	1104,000	0,461
Problemas Sociais	33,32	28,87	356,000	0,336
Alteração de Pensamento	53,45	49,46	1113,500	0,480
Problemas de Atenção	53,36	49,52	1117,000	0,520
Comportamento Delinquente	54,78	48,62	1061,500	0,293
Comportamento agressivo	54,06	49,07	1089,500	0,403
Internalização	56,81	47,35	982,500	0,113
Externalização	54,81	48,60	1060,500	0,300

Tabela 16: Diferenças entre competência física limitada e satisfatória relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com os seus cuidadores segundo o teste de Mann-Whitney.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à externalização entre pacientes com percurso escolar satisfatório e insatisfatório no que diz respeito as dimensões apresentadas na tabela 17.

ABCL/CBCL	Percurso Escolar Satisfatório (N =70)	Percurso Escolar Insatisfatório (N =31)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	52,16	48,39	1004,000	0,548
Queixas Somáticas	50,32	52,53	1037,500	0,723
Ansiedade/Depressão	50,79	51,48	1070,000	0,912
Problemas Sociais	28,97	35,10	268,500	0,233
Alteração de Pensamento	50,33	52,52	1038,000	0,714
Problemas de Atenção	47,25	59,47	828,000	0,052
Comportamento Delinquente	49,75	53,82	997,500	0,510
Comportamento agressivo	48,02	57,73	876,500	0,123
Internalização	50,12	52,98	1023,500	0,650
Externalização	46,46	61,24	767,500	0,019

Tabela 17: Diferenças no percurso escolar relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com os seus cuidadores segundo o teste de Mann-Whitney

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatias Congénitas”

No que diz respeito às lesões residuais encontramos diferenças estatisticamente significativas em pacientes com lesões residuais graves ou moderadas e leves relativamente às dimensões problemas sociais, problemas de atenção e internalização. O que aponta para um pior ajustamento psicossocial em pacientes com lesões residuais graves ou moderadas (tabela 18).

ABCL/CBCL	Lesões Residuais		U	P
	Graves/Moderadas (N=24) Média	Leves (N=77) Média		
Isolamento	56,46	49,30	793,000	0,293
Queixas Somáticas	55,73	49,53	810,500	0,358
Ansiedade/Depressão	57,29	49,04	773,000	0,226
Problemas Sociais	39,91	26,78	205,500	0,008
Alteração de Pensamento	57,58	48,95	766,000	0,182
Problemas de Atenção	62,44	47,44	649,500	0,028
Comportamento Delinquente	53,92	50,09	854,000	0,568
Comportamento agressivo	59,15	48,46	728,500	0,117
Internalização	65,85	46,37	567,500	0,004
Externalização	50,31	51,21	907,500	0,895

Tabela 18: Diferenças das lesões residuais relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com os seus cuidadores segundo o teste de Mann-Whitney.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre pacientes com e sem terapia farmacológica no que diz respeito às dimensões apresentadas na tabela 19.

ABCL/CBCL	Com terapia farmacológica (N=46)	Sem terapia farmacológica (N=55)	U	P
	Média	Média		
Isolamento	50,15	51,71	1226,000	0,789
Queixas Somáticas	53,03	49,30	1171,500	0,518
Ansiedade/Depressão	51,86	50,28	1225,500	0,786
Problemas Sociais	29,01	31,10	365,000	0,694
Alteração de Pensamento	52,01	49,74	1195,500	0,616
Problemas de Atenção	48,28	53,31	1138,000	0,385
Comportamento Delinquente	51,85	50,29	1226,000	0,786
Comportamento agressivo	49,47	52,28	1194,500	0,629
Internalização	49,84	51,97	1211,500	0,715
Externalização	55,92	46,88	1038,500	0,122

Tabela 19: Diferenças entre pacientes com e sem terapia farmacológica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com os seus cuidadores segundo o teste de Mann-Whitney.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatas Congénitas”

Seguidamente são apresentados os resultados relativos à morbilidade psiquiátrica.

A maioria dos pacientes integrados neste estudo, 78,2% não apresentam diagnóstico psiquiátrico. Comparativamente com outros estudos podem-se verificar algumas diferenças.

Diagnóstico Psiquiátrico	N (110)	Percentagem %
Sem diagnóstico	86	78,2
Com diagnóstico	24	21,8
Valores de referência		10 (a); 25 (b); 19,4 (c); 37,9 (d); 18,1 (e); 25,2 (f); 47,4 (g)

(a) Percentagem da população mundial adulta e perturbações de comportamento, de acordo com a Organização Mundial de Saúde

(b) Percentagem da população com qualquer tipo de perturbação mental, segundo os dados do Projecto ESEMeD em seis países europeus

(c,d,e,f,g) Percentagem da população com qualquer tipo de perturbação mental na Espanha, França, Itália, Alemanha e Estados Unidos da América, respectivamente.

Tabela 20: prevalência de diagnóstico psiquiátrico da amostra e respectiva comparação com diversos estudos.

Pelo que se pode verificar no tabela 21, o sexo feminino apresenta uma percentagem superior de psicopatologia.

	Sem diagnóstico psiquiátrico (N=86)		Com diagnóstico psiquiátrico (N=24)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Masculino	53	85,5	9	14,5	4,441	0,035
Feminino	33	68,8	15	31,3		

Tabela 21: Resultados do Teste Qui-quadrado para as diferenças do sexo na psicopatologia.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatias Congénitas”

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas quanto ao tipo de psicopatologia e diagnóstico psiquiátrico (tabela 22).

Cardiopatia Congénita	Sem diagnóstico psiquiátrico (N=86)		Com diagnóstico psiquiátrico (N=24)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Cianótica	47	54,7	11	45,8	0,585	0,444
Acianótica	39	45,3	13	54,2		

Tabela 22: Resultados do Teste Qui-quadrado para as diferenças do tipo de cardiopatias congénitas na psicopatologia.

Pelo que se pode verificar na tabela 23, não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à complexidade da cardiopatia e a presença ou ausência de diagnóstico psiquiátrico.

Gravidade da Cardiopatia	Sem diagnóstico psiquiátrico (N=86)		Com diagnóstico psiquiátrico (N=24)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Complexa	27	31,4	6	25,0	0,365	0,545
Moderada/Menor	59	68,6	18	75,0		

Tabela 23: Resultados do Teste Qui-quadrado para as diferenças da gravidade da cardiopatia na psicopatologia.

Também não se verificam diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito às lesões residuais e o diagnóstico psiquiátrico (tabela 24).

Lesões Residuais	Sem diagnóstico psiquiátrico (N=86)		Com diagnóstico psiquiátrico (N=24)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Graves/Moderadas	21	24,4	5	20,8	0,134	0,715
Leves	65	75,6	19	79,2		

Tabela 24: Resultados do Teste Qui-quadrado para as diferenças das lesões residuais na psicopatologia.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Mais uma vez, não se verificam diferenças estatisticamente significativas quanto à prevalência de psicopatologia nas intervenções cirúrgicas, como se verifica na tabela 25.

Intervenções Cirúrgicas	Sem diagnóstico psiquiátrico (N=86)		Com diagnóstico psiquiátrico (N=24)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Com intervenções	71	82,6	16	66,7	2,865	0.091
Sem intervenções	15	17,4	8	33,3		

Tabela 25: Resultados do Teste Qui-quadrado para as diferenças das intervenções cirúrgicas na psicopatologia.

Discussão

Este estudo permitiu verificar qual o impacto que diversas variáveis, clínicas, demográficas e psicossociais, poderiam ter em pacientes com cardiopatias congénitas.

Importante será destacar que, este estudo encontra-se numa linha de investigação inovadora em Portugal, já que não foram encontrados outros estudos que utilizassem estas variáveis em simultâneo.

Como instrumentos de descrição do funcionamento dos adolescentes e jovens adultos foram utilizados o YSR (Youth Self Report) e ASR (Adult Self Report), respectivamente, ainda não se encontram adaptados à População Portuguesa, pelo que a sua validação está a decorrer neste momento. Assim, não foi possível uma comparação com valores de referência, pelo que foi realizada uma comparação entre os pacientes com cardiopatias congénitas. a possibilidade de comparação com valores de referência da População Portuguesa permitiria a verificação da existência de diferenças entre adolescentes e jovens adultos saudáveis e adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas nas diversas escalas presentes no YSR e ASR.

Com a análise dos resultados obtidos, verificou-se que o sexo feminino apresentava valores mais altos de queixas somáticas, ansiedade/depressão, alterações do pensamento, problemas de atenção, comportamento agressivo, internalização e externalização. Neste caso, quando avaliados por eles próprios, o sexo feminino apresenta pior ajustamento psicossocial.

Isto vai de encontro com outros estudos que analisam as diferenças entre géneros, onde o sexo feminino apresenta valores superiores de problemas emocionais e comportamentais. Estudos mostram que o sexo feminino apresenta níveis superiores de ansiedade/depressão e queixas somáticas quando confrontadas com obstáculos que interferem em sua vida, resultando em valores superiores de internalização (Rijen et al. 2003, 2004 e 2005).

Estes resultados podem estar relacionados com a presença de cicatrizes, situadas no peito, sendo fonte de incertezas e insegurança. Além de afectar a vida sexual da pessoa, a presença de uma cardiopatia congénita pode também vir a interferir numa gravidez e mesmo no parto, levando a maiores níveis de ansiedade relativamente à sua condição física (Rijen et al., 2005 e 2004).

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Alguns estudos mostram que o sexo feminino tem maior propensão para desenvolver sintomas depressivos quando confrontadas com situações negativas, mais do que o sexo masculino (Rijen et al., 2005; Bellinger & Newburger, 2010).

Quando analisado na perspectiva dos cuidadores, o sexo masculino apresenta valores superiores de isolamento enquanto que o sexo feminino apresenta mais comportamentos agressivos.

Quando avaliados por eles próprios, adolescentes e jovens adultos com cardiopatia congénita do tipo complexa apresentam valores superiores de queixas somáticas e internalização, quando comparados com pacientes com gravidade moderada/leve de cardiopatia congénita.

Estes resultados podem ser explicados pela necessidade de maior acompanhamento médico durante a vida, enquanto que pacientes com cardiopatia congénita do tipo moderado podem ter uma vida mais aproximada de um adolescente e jovem adulto saudável (Rijen et al., 2004). O facto de pacientes com cardiopatia congénita do tipo complexa apresentar valores mais altos de internalização pode ser associado com o facto destes pacientes serem mais vigilantes com sua saúde, estando mais ansiosos em relação ao surgimento de complicações. Este facto pode interferir com os resultados, sendo que a ansiedade é um componente da subescala de internalização (Utens et al., 1998).

Relativamente ao tipo de cardiopatia congénita, cianótica ou acianótica, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao ajustamento psicossocial. Não foi possível verificar se pacientes com cardiopatia congénita do tipo cianótico apresentam pior ajustamento psicossocial do que pacientes com cardiopatia congénita do tipo acianótica. Mas, quando analisado na perspectiva dos cuidadores, foram encontradas diferenças. Neste caso, pacientes com cardiopatia congénita cianótica apresentavam pior ajustamento psicossocial, na subescala de problemas de atenção. Outros estudos mostram que pacientes com cardiopatia congénita cianótica não é um indicador de futuros problemas comportamentais e emocionais para estes pacientes (Rijen et al. 2004; Bellinger & Newburger, 2010; Casey et al., 1993).

Relativamente aos pacientes que foram submetidos a intervenções cirúrgicas, estes revelam níveis elevados de isolamento, traduzindo-se num pior ajustamento psicossocial, comparativamente àqueles que não sofreram cirurgias, quando avaliados pelos próprios.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Este pior ajustamento psicossocial pode ser resultado da demora dos internamentos e mesmo da recuperação, levando a absentismo na escola, reflectindo-se em dificuldades de reintegração logo, estes pacientes tendem a sentir-se mais isolados (Latal et al., 2009; Kovacs, Sears & Saidi, 2005; Nousi & Christou, 2010). Relativamente à perspectiva dos cuidadores, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Pacientes com pior suporte social apresentam valores mais elevados de isolamento e problemas sociais resultando num pior ajustamento psicossocial, quando avaliados por eles próprios. Quanto aos cuidadores, pacientes com pior ajustamento psicossocial mostram resultados mais altos em subescalas de isolamento e internalização, traduzindo-se num pior ajustamento psicossocial. De acordo com diversos estudos, pais e irmãos de pacientes com cardiopatias congénitas estão mais vulneráveis à exposição de situações de stress psicossocial colocando a família com maior necessidade de suporte social e psicossocial. Outros estudos revelam uma maior necessidade de intervenções em problemas familiares, em familiar com crianças com doenças crónicas. Nos casos onde o grau de complexidade da doença é baixo, os pais estão mais capazes de dar aos filhos o suporte que estes precisam (Birkeland, Rydberg & Hägglöf, 2005). Estas famílias estão mais propensas a experienciar maior stress, podendo ter um impacto no ajustamento da criança (Casey et al., 1993).

Os pais de crianças com cardiopatias congénitas podem ser superprotectores e hipervigilantes em relação à saúde dos seus filhos tornando difícil para seus filhos tornarem-se mais independentes. Diversos estudos revelam que estes pacientes estão mais propensos a desenvolver um “estilo de vida dependente” em comparação com adolescentes e jovens adultos saudáveis (Kovacs, Sears & Saidi, 2005). A participação em actividades podem contribuir para um melhor desenvolvimento social (Rijen et al., 2003).

Nos pacientes deste estudo, aqueles com competência física limitada, comparativamente aos pacientes com competência física satisfatória, apresentam pior ajustamento psicossocial, tendo valores elevados de isolamento, quando avaliados pelos próprios pacientes. Quando avaliados pelos cuidadores, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre pacientes com competência física limitada e pacientes com competência física satisfatória.

“Ajustamento Psicossocial e Morbidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Uma baixa capacidade para a prática do exercício físico pode traduzir-se em mais problemas de internalização. Para pacientes cardíacos mais velhos, com competência física limitada, têm mais preocupações e ansiedade em relação a sua saúde. De acordo com diversos autores, pacientes com actividade física satisfatória revelam uma diminuição dos seus problemas de internalização (Rijen et al., 2004).

As limitações físicas e faltas à escola não permitem à criança a participação em diferentes actividades escolares levando ao isolamento e evitamento social. Isto pode mesmo traduzir-se em menores oportunidades de trabalho no futuro (Kovacs, Sears & Saidi, 2005).

Neste estudo, verificou-se que pacientes com percurso escolar insatisfatório apresentam níveis mais elevados de ansiedade/depressão e problemas de atenção quando comparados com pacientes com percurso escolar satisfatório. Pode-se assim concluir que, quando avaliados por eles próprios, pacientes com percurso escolar insatisfatório apresentam pior ajustamento psicossocial. Relativamente aos cuidadores, estes acreditam que os pacientes com percurso escolar insatisfatório apresentam níveis mais altos de externalização, resultando num pior ajustamento psicossocial.

Diversos estudos revelam que a presença de cardiopatias congénitas tem um impacto no percurso escolar do paciente, pelas diversas hospitalizações e restrições, sendo esta a razão principal destes pacientes frequentarem ensino especial. Quando comparando com adolescentes e jovens adultos saudáveis, pacientes com cardiopatias congénitas apresentam maior probabilidade de terminar seus estudos num nível mais baixo (Rijen et al., 2003).

Por vezes, crianças com cardiopatias congénitas apresentam déficits nerodesenvolvimentais. Nestas crianças este deficit não é revelado até à entrada na escola, onde são confrontados com tarefas escolares de diversos níveis começando aí a ter um impacto na sua vida. Muitas famílias explicam o atraso desenvolvimental da criança pela doença da criança e pelas diversas hospitalizações (Gerdes & Flynn, 2010).

Estudos revelam que um percurso escolar insatisfatório pode traduzir-se mais tarde num nível escolar mais baixo e mesmo menor desenvolvimento na carreira profissional futuro (Kovacs, Sears & Saidi, 2005).

Relativamente à morbilidade psiquiátrica, este estudo mostra uma prevalência de 21,8% quando comparado com o valor de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 10% da população mundial, indicando assim que os adolescentes e jovens

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatias Congénitas”

adultos com cardiopatias congénitas apresentavam uma propensão para o diagnóstico psiquiátrico (World Health Organization, 2004).

Quando a presença de um diagnóstico psiquiátrico é comparada entre géneros, neste estudo verificou-se que dos pacientes com diagnóstico psiquiátrico, 31,3% são do sexo feminino, enquanto o sexo masculino apresenta apenas 14,5%.

Quando comparados os resultados deste estudo com valores de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% da população mundial, encontram-se assim diferenças levando à conclusão que os pacientes com cardiopatias congénitas são mais propensos à presença de um diagnóstico psiquiátrico (World Health Organization, 2004). Um estudo com seis diferentes países europeus revela uma percentagem de 25%, mostrando algumas semelhanças com este estudo, onde o valor é de 21,8% (Alonso et al., 2004). Outro estudo revela resultados semelhantes onde Espanha apresenta 19,4%, Itália com 18,1%, Alemanha com 25,2%, diferentes de resultados encontrados na França (37,9%) e Estados Unidos da América (47,4%) (Kessler et al., 2007).

Esta informação poderia ser de maior relevo significativo se os resultados obtidos em relação à morbilidade psiquiátrica pudessem ser comparados com valores validados para a população Portuguesa, pois os valores utilizados como referência poderão não ir de acordo com os padrões culturais portugueses.

Neste estudo não se verificaram diferenças quanto à presença de psicopatologia no tipo de cardiopatia (cianótica ou acianótica), na gravidade da cardiopatia (complexa ou moderada/menor), nas lesões residuais (graves/moderadas ou leves) e nas intervenções cirúrgicas (com ou sem intervenção cirúrgica).

Conclusão

Este estudo tem como objectivo o estudo do ajustamento psicossocial e morbilidade psiquiátrica em adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas.

A amostra foi constituída por 110 participantes, com idades entre os 12 e 26 anos de idade, em regime de consultas externas dos serviços de Cardiologia e Cardiologia Pediátrica do Hospital de São João.

Este estudo foi realizado dentro de uma linha de investigação inovadora pelo numero de variáveis em estudo, não havendo outros estudos que estudassem todas estas variáveis.

Verifica-se, devido ao aumento de taxa de sobrevivência destes pacientes, um aumento nos problemas emocionais e comportamentais.

Pacientes do sexo feminino mostram pior ajustamento psicossocial, tal como pacientes com forma complexa de cardiopatia. Aqueles que foram submetidos a intervenções cirúrgicas também apresentam pior ajustamento psicossocial. O facto de existir um pior suporte social também se traduz num pior ajustamento psicossocial.

Pacientes com competência física limitada e percurso escolar insatisfatório também apresentam pior ajustamento psicossocial.

Neste estudo verificou-se que a cianose ou acianose não estão relacionadas com pior ajustamento psicossocial, não sendo um indicador de problemas emocionais e comportamentais.

Também não se verificou influência da presença ou ausência de terapia farmacológica no ajustamento psicossocial destes pacientes.

Relativamente à opinião dos cuidadores, verificou-se que não haviam diferenças entre pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas ou não submetidos a cirurgias. Quando analisada a diferença entre os sexos, verificou-se que, na perspectiva dos cuidadores, o sexo feminino apresenta comportamentos mais agressivos, enquanto que o sexo masculino apresenta mais isolamento.

Quando analisada a cianose ou acianose, na avaliação dos cuidadores, já se verifica que pacientes com cardiopatias cianóticas apresentam mais problemas de atenção.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas”

Na perspectiva dos cuidadores, quando existe pior suporte social, traduz-se num pior ajustamento psicossocial. Mostrando assim que o suporte social tem grande importância no desenvolvimento da resiliência do indivíduo. Quanto à competência física, não se verificaram diferenças entre pacientes com limitações e pacientes com competência física satisfatória.

Analisando o percurso escolar, na visão dos cuidadores, pacientes com percurso escolar insatisfatório apresentam pior ajustamento psicossocial. Quanto às lesões residuais, pacientes com lesões graves ou moderadas apresentam pior ajustamento psicossocial. Mais uma vez, relativamente à presença ou ausência de terapia farmacológica não se verificou influência na vida dos pacientes.

Quando analisados os resultados da morbilidade psiquiátrica verificou-se que pacientes com cardiopatias congénitas têm uma propensão para apresentar diagnóstico psiquiátrico. Quando comparados com a população de países próximos culturalmente, como Espanha e Itália, estes pacientes apresentam valores mais elevados. Neste estudo, o sexo feminino aparece com maior propensão para apresentar diagnóstico psiquiátrico. Não foi possível a comparação de pacientes com cardiopatias congénitas e adolescentes e jovens adultos da população em geral, por não haver ainda valores publicados que permitissem esta comparação.

No decorrer deste estudo, as pessoas que compõem a amostra mostraram-se com vontade de fazer parte do estudo, apesar de se mostrarem um pouco cansadas no final da entrevista, devido à quantidade de questionários e ao local onde era realizada a entrevista.

Não só os pacientes se mostraram interessados e mesmo com prazer em estar a participar neste estudo, os cuidadores que os acompanhavam sempre se mostraram com total disponibilidade para responder a tudo que lhes era questionado. Foi possível notar que grande parte dos participantes apresentavam baixo nível de educação, dificultando o preenchimento do CBCL (Child Behavior Checklist) ou ABCL (Adult Behavior Checklist). Nem todos os cuidadores aceitaram participar neste estudo, limitando o rigor à opinião dos cuidadores.

Quanto aos questionários estão no momento em processo de validação para a população Portuguesa, não tendo sido possível a comparação com valores de referência o que iria permitir verificar a existência de diferença entre adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas e adolescentes e jovens adultos saudáveis.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families. pp:1-12.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*, 109:21-27.
- Bellinger, D., Newburger, J. (2010). Neuropsychological, psychosocial, and quality-of-life outcomes in children and adolescents with congenital heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology*, 29:87-92.
- Brickner, M., Hillis, L., Lange, R. (2000a). Congenital Heart Disease in Adults. First of two parts. *The New England Journal of Medicine*, 342:334-343
- Brickner, M., Hillis, L., Lange, R. (2000b). Congenital Heart Disease in Adults. Second of two parts. *The New England Journal of Medicine*, 342:334-343
- Birkeland, A., Rydberg, A., Hägglöf, B. (2005). The complexity of the psychosocial situation in children and adolescents with heart disease. *Acta Pædiatrica*, 94:1495–1501.
- Caldas, J. & Fernandes, S. (2011). "Aferição do Adult Self Report, na sua versão traduzida para português, para a população portuguesa. Comparação dos resultados obtidos com os de vítimas de violência doméstica". Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra. 200 pp.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatias Congénitas”

- Caldas, J. & Pardalejo, S. (2011). "Aferição do Achenbach Behavior Checklist para a população portuguesa. Comparação dos resultados obtidos com os de vítimas de violência doméstica". Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra. 105 pp.
- Casey, F., Sykes, D., Craig, B. et al. (1993). Behavioural adjustment of children with surgically palliated complex congenital heart disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(3):335-325.
- Cohen M, Mansoor D, Langut H, Lorber A. (2007). Quality of life, depressed mood, and self-esteem in adolescents with heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 69:313-318.
- Direcção Geral de Saúde (2006). Diagnóstico Pré-Natal de Cardiopatias Congénitas, Circular Normativa de 26/09/06. Acedido em 28 de Novembro de 2011 disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>.
- Ebesutani, C., Bernstein, A., Nakamura, B., Chorpita, B., Higa-McMillan, C., Weisz, J. (2010). Concurrent Validity of the Child Behavior Checklist DSM-Oriented Scales: Correspondence with DSM Diagnoses and Comparison to Syndrome Scales. *Journal of Psychopathology Behaviour Assessment*, 32:373-384.
- Gerdes, M., Flynn, T. (2010). Clinical assessment of neurobehavioral outcomes in infants and children with congenital heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology*, 29:97-105.
- Geyer, S., Norozi, K., Buchhorn, R., & Wessel, A. (2009a). Chances of employment in women and men after surgery of congenital heart disease: comparisons between patients and the general population. *Congenital Heart Disease*, 4, 25-33.
- 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. *Archives of General Psychiatry*, 39: 674-677.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatias Congénitas”

- Karsdrop, P., Everaerd, W., Kindt, M., Mulder, B. (2007). Psychological and cognitive functioning in children and adolescents with congenital heart disease: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 35:527-541.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., et al. (2007). Lifetime prevalence and age – of – onset distributions of mental disorders in the world organization`s world mental health survey initiative. *World Psychiatry*, 6:168-176.
- Kovacs, A, Sears, S, Saidi, A. (2005). Biopsychosocial experiences of adults with congenital heart disease: review of the literature. *American Heart Journal*, 150:193-201
- Latal, B., Helfricht, S., Fischer, J. et al. (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):1-10.
- Leboyer, M., Maier, W., Teherani, M., Lichtermann, D., D'Amato, T., Franke, P., Lépine, J., Mingos, J., McGuffin, P. (1991). The reliability of the SADS-LA in a family study setting. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241: 165-169.
- Mirzamani, S. (2005). Mothers' Psychological problems following disaster affecting their children. In T. A. Corales (Ed.), *Focus on posttraumatic stress disorder research* (pp. 95-121). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Moons, P., Geest, S., & Budts, W. (2002). Comprehensive care for adults with congenital heart disease: expanding roles for nurses. *European Journal of Cardiovascular Nursing*(1), 23-28.
- Mussatto, K. (2009). The relationship of self-perception to psychosocial adjustment in adolescents with heart disease. doctor of philosophy in nursing, The University of Wisconsin - Milwaukee.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatias Congénitas”

- Nousi, D, Christou, A. (2010). Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal*, 2:94-100.
- Reid, G., Webb, G., Mor Barzel, M. et al. (2006). Estimates of life expectancy by adolescents and young adults with congenital heart disease. *J.JACC*, 48(2):349-55.
- Rijen E, Utens E, Roos-Hesselink J. (2005). Longitudinal development of psychopathology in an adult congenital heart disease cohort. *International Journal of Cardiology*, 99:315-323.
- Rijen, E., Utens, E., Roos-Hesselink, J. et al. (2004). Medical predictors for psychopathology in adults with operated congenital heart disease. *European Heart Journal*, 25:1605-1613.
- Rijen, E., Utens, E., Roos-Hesselink, J. et al. (2003). Psychosocial functioning of the adult with congenital heart disease: a 20-33 years follow-up. *European Heart Journal*, 24:673-683.
- Spijkerboer, A. W., Utens, E. M. W. J., Koning, W. B., Bogers, A. J. J. C., 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.
- Spijkerboer, A. W., Utens, E. M. W. J., Bogers, A. J. J. C., Verhulst, F. C., & Helbing, W. A. (2008). Long-term behavioural and emotional problems in four cardiac diagnostic groups of children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease. *International Journal of Cardiology*, 125, 66-73.
- Steinhausen, H., Metzke, C. (1997). Youth Self-Report of Behavioral and Emotional Problems in a Swiss Epidemiological Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 27:429-441.

“Ajustamento Psicossocial e Morbilidade Psiquiátrica em Adolescentes e Jovens Adultos com
Cardiopatias Congénitas”

Toren, P., & Horesh, N. (2007). Psychiatric morbidity in adolescents operated in childhood for congenital cyanotic heart disease. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43:662-666.

Utens, E., Bieman, H., Verhulst, F. et al. (1998). Psychopathology in young adults with congenital heart disease. *European Heart Journal*, 19:647-651.

World Health Organization (2004) Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. World Health Organization: Geneva. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf (acedido a 24 Novembro 2010).

Anexos

Anexo 1

Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ , depois de ter sido integralmente informado dos objectivos e âmbito do Projecto de Investigação intitulado “Estatuto Psicossocial e Qualidade de Vida de Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas com e sem Correção Cirúrgica”, declaro que aceito participar neste estudo.

Além de ter sido garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, fui também informado de que, em caso de não aceitar participar neste projecto, não ocorrerão quaisquer consequências na minha assistência médica habitual.

Porto, ____ de _____ de 201_

Assinatura: _____

Anexo 2

Ficha de Identificação

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO



Código: □□□□ Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

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 escolar: _____ Profissão: _____

Diagnóstico:

Cardiopatia: Cianótico Acianótico Fluxo pulmonar aumentado Fluxo pulmonar reduzido

Gravidade: Menor/Leve Significativa/Moderada Complexa/Grave

Idade de Diagnóstico: _____

Terapêutica Médica: Diurético I ECA Aspirina Beta-bloqueador

Outro: _____

Período de tempo com terapêutica médica: _____

Internamentos frequentes: Sim Não

Necessidade de cuidados intensivos: Sim Não

Intervenção Cirúrgica: Correção Anatômica Data: _____

Correção Paliativa Data: _____

Re-intervenção Cirúrgica Data: _____

Lesões Residuais: Leves Moderadas Graves

Mantém actualmente tratamento médico: Sim Não

Anexo 3

Entrevista Semi-estruturada



ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Código: □□□□ Data: ___/___/___

Entrevistador: _____

1. Suporte Social

1.1. 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 _____ (Nº)

Presentemente:

1.2. Acha que são suficientes?

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

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

Nenhuma Pouca Mediana Muita Total

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

Nenhuma Pouca Mediana Muita Total

1.6. Perante um problema, costuma recorrer à ajuda dos seus amigos? (se Nunca, passar ao item 2)

Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Muito Frequentemente

1.7. Como se sente quando recorre à ajuda dos seus amigos?

Não me senti apoiado Sinto que o apoio que recebi não foi útil Senti-me um pouco apoiado e mais capaz de lidar com a situação Senti-me muito apoiado e mais capaz de lidar com a situação

1.8. Alguma vez sentiu que as limitações impostas pela doença, influenciaram a sua capacidade de se relacionar com outras pessoas?

Sim Não

2. Ambiente Familiar/ Estilo Educacional

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)

2.2. Estatuto Conjugal:

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

Vive com um(a) companheiro(a)

2.3. Presentemente, com quem reside?

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

Positivas Negativas Razoáveis

2.5. 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

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

Positiva Negativa Razoável

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

Autoritário Permissivo Protector

Outro: _____

Se tem irmãos:

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

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

Sim Não

3. Limitações Funcionais

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

Sim Não

Se respondeu **sim**:

3.2. Diga qual(ais) é que é(são).

3.3. Foram sugeridas alternativas?

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

Sim Não

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

Sim Não

Se respondeu **sim**:

3.5.1. 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**:

3.5.2. Explique porquê. Diga quais as limitações a nível físico que sente (ia).

3.6. 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

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

Nenhuma Alguma Muita

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

Com sintomas da doença

Sem sintomas da doença

Com Energia

Sem Energia

4. Percurso Escolar

4.1. Estudou até que ano?

4.2. Reprovou alguma vez? Quantas vezes?

4.3. Sentiu dificuldades na progressão dos estudos?

Sim Não

4.3.1. Teve Apoio Educativo?

Sim Não

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

Linguagem Memória Atenção Cálculo

Outras: _____

4.4. Qual o impacto que a sua doença (CC) teve na sua progressão escolar?

Nenhum Algum Bastante Muito

5. Auto-Conceito

5.1. Sente que a sua doença influência ou influenciou a forma como se vê?

Sim Não

5.2. Alguma vez passou por alguma intervenção cirúrgica?

Sim Não

Se respondeu **sim**:

5.2.1. Houve alguma coisa na cirurgia ou na doença cardíaca que tenha produzido problemas ou anomalias no seu aspecto físico?

Sim Não

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

Satisfeito Conformado Desagradado Insatisfeito

5.4. Como se sente, relativamente ao seu aspecto físico, comparativamente com outras pessoas da mesma idade?

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

Anexo 4

SADS - L

SADS-L

Código

Data __/__/__

Avaliação N°

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

Quando adolescente, quanto tempo passava com amigos?
Tinha muitos amigos íntimos?
Tinha um ou mais "grandes amigos"?

(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"?)

- 0 Sem Informação
- 1 Superior: Muito Popular e Festivo
- 2 Muito Bom: Muitos Amigos Especiais, Grupos, Iniciat.
- 3 Bom: alguns amigos especiais, grupo, sem iniciat.
- 4 Suficiente: 1-2 Amigos Especiais, Não Gosta De Grup.
- 5 Pobre: Prefere Estar Só
- 6 Muito Inadaptado: solidão e evitamento

A2. ESTADO CIVIL

215

Se ainda não se sabe:
Alguma vez esteve casado (antes)?
(E viveu com alguém do sexo oposto por mais de um ano?; Quantas vezes?)

- 0 Sem informação
- 1 Solteiro
- 2 Casado ou a viver com alguém do sexo oposto
- 3 Viúvo
- 4 Separado ou com possibilidades de retorno
- 5 Divorciado

<p>Que espécie de trabalhos fez?</p> <p>Que tem feito nos últimos cinco anos? Houve alguma altura em que não teve trabalho?</p> <p>(Porquê?; Durante quanto tempo?; Outras vezes?; Algumas dessas vezes em que não trabalhou foi devido a problemas pessoais?)</p> <p>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?</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> <p>6 Até Três Anos (60% Do Tempo)</p> <p>7 Até Quatro Anos (80% Do Tempo)</p> <p>8 Até Quase Cinco Anos</p> <p>9 Não Trabalhou</p>
--	--

PARTE B – VISÃO GERAL DO DISTÚRPIO 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

Quantos anos tinha quando consultou alguém pela primeira vez por causa de ...?	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
Alguma vez foi ao médico por causa dos seus nervos?	___ Idade Aquando Do Primeiro Tratamento Em Cons. Ext. 218-19

B2. NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

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

B3. TEMPO TOTAL DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

224

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

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

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 sentir-se bem?	0 Sem Informação Avance Para D 1 Nunca Teve Período De Pelo Menos Uma Semana Com Humor Muito Elevado Ou Irritável 2 Nunca Teve Período Com Humor Muito Elevado Mas Teve Um Período Muito Irritável 3 Teve Pelo Menos Um Período Com Humor Muito Elevado
E períodos em que se sentiu muito irritável ou em que se aborrecia facilmente?	

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

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

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

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

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

Quantos episódios teve como este? Se incapaz de dar o número exacto: Diria que teve pelo menos ___ episódios distintos como este?	Número (min.):
--	----------------

c- DETERMINAÇÃO DE SE ALGUM EPISÓDIO DE SÍNDROME MANÍACO VAI DE ENCONTRO AOS CRITÉRIOS DE DISTÚRBO ESQUIZO-AFECTIVO 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 sugiram 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

DURANTE PELO MENOS UM DOS PERÍODOS DE SÍNDROME MANÍACO	Sem informação	Não	Sim	
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?) 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.	X	1	2	239
Al Alucinações não-afectivas de qualquer tipo (apendix) ao longo do dia e durante vários dias ou intermitentemente durante o período de uma semana.	X	1	2	240
- Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário continuo acerca do comportamento do sujeito ou acerca dos pensamentos assim que ocorrem, ou duas ou mais vozes conversam entre si.	X	1	2	241
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.	X	1	2	242
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.	X	1	2	243

OUTRAS CARACTERÍSTICAS DE EPISÓDIOS DE SINDROME 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.

	Desordem Maníaca	Esquizo-afectiva Tipo Maníaco	
Melhor estimativa dos períodos de mania (99 se muito numerosos)...			244-45-46-47
Idade no primeiro episódio de síndrome maníaco... <i>Que idade tinha quando teve o primeiro episodio de...?</i>			248-49-50-51

Idade no último período de síndrome maniaco, se existiu mais do que um... <i>Quando foi a última vez que esteve...?</i>			252-53-54-55
Correntemente no episódio que inclui período de mania...	Sim	Sim	256-57
Se SIM, duração em semanas do período presente de síndrome maniaco			258-60-61-63
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			264-66-67-69

MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS

Durante estes episódios... <i>Hospitalizações...</i>	Sim	Sim	270-71
<i>...Esteve hospitalizado? ECT recebidos...</i>	Sim	Sim	272-73
<i>...Recebeu tratamentos de choques? Medicação recebida...</i>	Sim	Sim	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>	Sim	Sim	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>	Sim	Sim	315-16
<i>Alucinações (de inquérito prévio)...</i>	Sim	Sim	317-18
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...	Sim	Sim	319-20
<i>...Esteve incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) porquê? Gestos suicidas ou tentativas..... Tentou matar-se?</i>	Sim	Sim	321-22

MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS

Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona...) <i>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</i>	Sim	Sim	323-24
---	-----	-----	--------

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>	0 Sem Informação, Inseguro, Reacção 1 Não Avance Para E 2 Sim
--	---

D2. INDICADO PARA PROCURAR AJUDA DURANTE PERÍODO DISFÓRICO, MEDICAÇÃO, MAU FUNC.SOCIAL, FAMILIAR, NO TRAB. 327

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?

O 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

Durante o período mais grave foi perturbado por:	Sem Informação	Não	Sim	
<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
Número de sintomas definidos: Critérios = 3 sintomas para provável 4 sintomas para definitivo				336
<input type="checkbox"/> Se o critério D3 não é encontrado marque aqui e avance para Psicose Não-Afectiva Não -Orgânica				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 CRITERIO DE D. ESQUIZQ-AFECT. TIPO DEP.

Determinar inicialmente se o sujeito teve alucinações, delírios ou desordens do pensamento formal acentuadas (Apêndice) 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	
Delírio de ser controlado, difusão de pensamento, inserção... <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> <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>	X	1	2	341
Alucinações não-afectivas de qualquer tipo (H2-7) através do dia e durante vários dias ou intermitentemente durante o período de uma semana...	X	1	2	342
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.	X	1	2	343
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.	X	1	2	344
Preocupação com um delírio ou alucinação com relativa exclusão de outros sintomas ou preocupações (com conteúdos diferentes dos mais habituais)	X	1	2	345
Em alguns momentos definidos de distúrbio do (Apendix) pensamento formal acentuado acompanhado por embotamento do afecto ou afecto inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou grave distúrbio do comportamento	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

	Desordem Depr.Major	Depr.Esquizo-Afectiva	
Melhor estimativa do número de episódios (99 se muito numerosos)...			347-48-49-50
Idade do primeiro episódio... <i>Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			351-52-53-54
Idade no último episódio, se existiu mais do que um... <i>Quando foi a última vez que esteve...?</i>			355-56-57-58

Actualmente num episódio que inclui um período de Depressão Major	Sim	Sim	359-60
Se SIM, duração do período presente de Depressão Major			361-63-64-66
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... <i>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:			
Hospitalizações... SIM ...Esteve hospitalizado?	Sim	Sim	373-74
ECT recebidos...Recebeu tratamentos de choques?	Sim	Sim	375-413
Medicação recebida.....Recebeu medicação?	Sim	Sim	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>	Sim	Sim	416-17
Delírios. ...	Sim	Sim	418-19
Alucinações...	Sim	Sim	420-21
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...	Sim	Sim	422-23
<i>.. Esteve incapaz de trabalhar (ir a escola, tomar conta de casa) alimentar-se, vestir-se ou limpar-se?</i>	Sim	Sim	424-25
<i>Gestos suicidas ou tentativas...Durante...tentou alguma vez matar-se?</i>			
Associação com gravidez ou nascimento (no espaço de 2 meses)... <i>Estava grávida ou tinha acabado de dar à luz?</i>	Sim	Sim	426-27
Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona)... <i>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</i>	Sim	Sim	430-31
Se SIM descreva o tratamento somático e as drogas usadas:...			
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)...	Sim	Sim	432-33
Se SIM descreva a doença física:... (Se episódio Esquizo-afectivo note o curso dos sintomas que surgiram Esquizofrenia ate ao presente) O 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			434

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 Histórica 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... <i>Alguma vez sentiu que os seus pensamentos 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
Delírios de ser controlado (ou influenciado), delírios múltiplos ou outros delírios bizarros...	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>	X	1	2	440
Se ainda não é sabido, questione acerca de delírios múltiplos ou bizarros... -Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilísticos ou outros sem conteúdo persecutório ou de ciúme durando pelo menos uma semana...				
Delírios de qualquer tipo se acompanhados de alucinações de qualquer tipo durante pelo menos uma semana...	X	1	2	441
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário contínuo acerca dos comportamentos ou pensamentos do sujeito à medida que eles ocorrem ou em que duas ou mais vozes conversam entre elas...	X	1	2	442
Alucinações verbais não-afectivas falando com o sujeito...	X	1	2	443
Alucinações de qualquer tipo ao longo do dia durante vários dias ou intermitentemente por cerca de um mês...	X	1	2	444
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...				445
Tem pelo menos um dos sintomas enumerados em cima: 1 NÃO Avance para G 2 SIM				447

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 G – 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 círculo 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 mais do que um episódio...			457-58-59-60
Qual foi a última vez em que esteve...? Correntemente num episódio...	Sim	Sim	461-62
Se SIM, duração do episódio em semanas...	Sim	Sim	463-65-66-68
Melhor estimativa, em semanas, da duração mais longa de um episódio... Qual foi o máximo de tempo que durou...?	Sim	Sim	469-71-72-74
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...			
Hospitalizado... esteve hospitalizado?	Sim	Sim	475-513
Recebeu tratamento somático (ECT, medicação)...recebeu algum tratamento para...?	Sim	Sim	514-15
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.			
Delírios de qualquer tipo...	Sim	Sim	516-17
Delírios de perseguição...	Sim	Sim	518-19
Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilísticos ou outros sem conteúdo de perseguição ou ciúme, durando pelo menos 1 semana...	Sim	Sim	520-21
Delírios de controle (ou influência), delírios múltiplos, ou outros delírios bizarros...	Sim	Sim	522-23
Delírios de qualquer tipo se acompanhados por alucinações de qualquer tipo durante pelo menos 1 semana...	Sim	Sim	524-25
Alucinações de qualquer tipo...	Sim	Sim	526-27
Alucinações de qualquer tipo durante o dia por vários dias, ou intermitentemente por pelo menos 1 mês...	Sim	Sim	528-29
Alucinações visuais...	Sim	Sim	530-531
Alucinações auditivas...	Sim	Sim	532-33
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...	Sim	Sim	534-35
Alucinações verbais não-afectivas faladas ao sujeito...	Sim	Sim	536-37
Difusão, Inserção ou Remoção do Pensamento...	Sim	Sim	538-39
Formas bem determinadas de acentuado Distúrbio Formal do Pensamento	Sim	Sim	540-41
Comportamento motor catatónico óbvio...	Sim	Sim	542-43
Outro comportamento bizarro grosseiro...	Sim	Sim	544-45
Tentativa de suicídio ou gesto...	Sim	Sim	546-47
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?	Sim	Sim	548-49
Todos os episódios estiveram associados com gravidez ou parto (no espaço de 2 meses)...	Sim	Sim	550-51

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	
Como têm sido os seus hábitos de bebida? Existiu algum período na sua vida em que bebia demais?..	X	1	2	553
Havia alguém na sua família- ou outrém- que se manifestou contra a sua bebida?..	X	1	2	554
Houve alguma altura em que não conseguia parar de beber quando queria?..	X	1	2	555
Quando bebia em que quantidade o fazia? <input type="checkbox"/> Faça questões adicionais se necessárias. Se não existam sinais que sugiram problemas com álcool marque aqui e avance para Abuso de Drogas ou Dependência 556				
Houve alguma altura em que bebia frequentemente antes do pequeno almoço?..	X	1	2	557
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 compras)?..	X	1	2	558
Alguma vez perdeu um emprego por causa da bebida?..	X	1	2	559
Teve com frequência dificuldades com a família, amigos ou conhecidos por causa da bebida?..	X	1	2	560
Divorciou-se ou separou-se essencialmente por causa dos seus hábitos de beber?..	X	1	2	561
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]...	X	1	2	562
Alguma vez esteve fisicamente violento enquanto bebia? (deve ter ocorrido em pelo menos 2 ocasiões)...	X	1	2	563
Alguma vez teve dificuldades de condução e tráfico por causa da bebida - como condução descuidada, acidentes ou excesso de velocidade?..	X	1	2	564
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?..	X	1	2	566
Teve com frequência tremuras (que seriam provavelmente devido à bebida)?..	X	1	2	567
Alguma vez teve "Delirium Tremens"? (Estado confusional que se segue à paragem de beber que inclui desorientação, delírios ou alucinações)...	X	1	2	568
Alguma vez ouviu vozes, viu coisas que não estavam realmente ali, logo a seguir a parar de beber? (alucinações – devem ter ocorrido em pelo menos 2 ocasiões separadas) ...	X	1	2	569
Alguma vez teve um ataque ou um acesso depois de parar de beber? (Não epilético)...	X	1	2	570

Alguma vez um médico lhe disse que desenvolveu uma complicação física devido ao alcoolismo como gastrite, pancreatite, cirrose ou neurite? (incluir uma boa evidência do síndrome de Korsakoff- síndrome cerebral crônico com amnésia antecipada como principal sinal)...	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
---	------------------------------	-----

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

I1- GRAU DE USO DE SUBSTANCIAS NÃO-ALCO.EM EXCESSO OU COMPULSIVAMENTE COM SINT.FISICOS, EMOCIONAIS E K.

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

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-afectiva 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> <i>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?</i></p> <p><u>Se não teve Síndrome Maníaco:</u> <i>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?</i></p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para K 2 Teve Período(s) Quando o Humor Estava Irritável Mas Nunca Com Humor Elevado 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...estive 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 = Se Eufórico, critério = 2 ; Se apenas Irritável, critério = 3				641
Vai de encontro aos 2 critérios de episódios Hipo Maníaco		1 NÃO		642
		2 SIM		
Melhor estimativa do número de episódios de hipomania				643 -44
Idade do primeiro episódio hipomaniaco				645 -46
Duração do período hipomaniaco mais longo em semanas				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

<i>Como tem estado a sua saúde física? Tem tido muitas doenças? E operações?</i>	0 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 <i>Diria que tem estado doente uma grande parte da sua vida?</i>	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.. <i>Alguma vez perdeu as sensações ou esteve incapaz de sentir qualquer coisa (associado ou não com paralisia), ou perdeu a voz, ou esteve incapaz de 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>	X	1	2	660
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)? Faltaram-lhe mais do que dois períodos seguidos várias vezes (excluindo gravidez, ou primeiro ano depois da menarca ou menopausa)? 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, dores nas articulações, dores nas extremidades, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas <i>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>	X	1	2	664
Critério para Mulheres - Ter 1 manifestação em pelo menos 5 dos 6 grupos	SIM			665
Critério para Homens - Ter 1 manifestação em pelo menos 4 dos 6 grupos	SIM			666
Vai de encontro aos 2 critérios para Distúrbio de Briquet (Distúrbio de Somatização) (Avance para Distúrbio de Pânico)	SIM			667
<input type="checkbox"/> Se vai de encontro aos critérios de Personalidade Ciclotímica, marque aqui e avance para Distúrbio de Pânico				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

[Se teve Síndrome Depressivo Major: Já me falou cerca daquelas (número) vezes em que esteve (descrição dos períodos de Síndrome Depressivo Major)]

0 Sem Informação Ou Sem Certeza
1 Não Avance Para N
2 Sim

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

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

	Sem Informação	Não	Sim	
<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
Teve pelo menos 3 dos sintomas ou traços	1 NÃO	Avance para N		713
	2 SIM			

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? Tomou alguma medicação por causa disso? Procurou ajuda de alguém por causa disso? (Foi indicado para procurar ajuda?)</i>	0 SEM INFORMAÇÃO OU SEM CERTEZA 1 NÃO Avance para N 2 SIM
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

<u>Se teve apenas um episódio de Síndrome Depressivo Major:</u> <i>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?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N 2 Sim
<u>Se não teve Síndrome Depressivo Major:</u>	

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?	
--	--

N2- INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI. OU EMPG.DURANTE PERÍODO DPR. 718

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?	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N 2 Sim
---	---

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

Durante o período mais grave for ainda perturbado por:	Sem Informação	Não	Sim	
Falta de apetite, perda de peso, aumento de apetite ou peso?	X	1	2	719
Problemas em adormecer ou demasiado sono?	X	1	2	720
Perda de energia, facilmente fatigado, ou cansaço?	X	1	2	721
Perda de interesse ou prazer nas suas actividades habituais ou sexo?	X	1	2	722
Sensação de culpa, sem valor ou em baixo?	X	1	2	723
Problemas em concentrar-se, pensar ou tomar decisões?	X	1	2	724
Pensar acerca de morte ou suicídio (tentou suicidar-se)?	X	1	2	725
Incapaz de se sentar quieto ou ter que se movimentar ou oposto - sentir-se lentificado ou com problemas em mover-se?	X	1	2	726
Choro?	X	1	2	727
Pensar acerca das coisas com visão pessimista?	X	1	2	728
Pensativo acerca de coisas desagradáveis que aconteceram?	X	1	2	729
Sentir-se inadapitado?	X	1	2	730
Sentir-se ressentido, irritável, zangado?	X	1	2	731
Precisou de ser tranquilizado ou ajudado por alguém (dependência ou exigência)?	X	1	2	731
Sentir pena de si próprio (auto-piedade)?	X	1	2	733
Queixas físicas que não pareciam ser causadas por nenhuma doença física em particular?	X	1	2	734
Teve pelo menos 2 sintomas Se SIM rever critério de Desordem Depressiva Major e Desordem Depressiva Intermitente para certificar que o episódio não deve ser ai classificado.	1 NÃO Avance para O 2 SIM			735
<i>Durante quanto tempo se sentiu assim ao longo dos últimos 2 anos?</i>				
Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Depressiva Minor e não encontra os critérios de Personalidade Ciclotímica, Desordem Depressiva Intermitente ou Personalidade Lábil	1 Sim, Episódico 2 Sim, Crónico, persistiu 2 anos e Continuou em condições piores			736
Melhor estimativa do número de episódios				737-38
Idade no primeiro episódio...				739-40
Duração do episódio mais longo em semanas...				741-43
Correntemente num episódio... SIM				744
Se SIM, duração do episódio presente em semanas...				745-47
Episodio corrente associado com Ansiedade significativa...				748

PARTE O- DISTÚRBO DEPRESSIVO INTERMITENTE

Existem 4 critérios

O1-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>	

O2-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
--	---

O3-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
--	---

O4-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERÍODO 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 não vai de encontro ao critério de ,Personalidade Ciclotímica **SIM 753**Idade em que aparentou pela primeira vez... **754-55**Duração do episódio corrente em anos...
(Se correntemente tem outra desordem, indicar a duração do período de sintomas depressivos intermitentes anteriores ao desenvolvimento da desordem corrente)... **756-57****PARTE P- DESORDEM DE PÂNICO**

Existem 4 critérios

P1-TEVE ATAQUES DE PÂNICO COM PELO MENOS DOIS DOS SINTOMAS SEGUINTE

	Sem Informação	Não	Sim	
<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?) Falta de ar (dispneia)?..</i>	X	1	2	758
<i>Palpitações?</i>	X	1	2	759

<i>Dores no peito ou desconforto?</i>	X	1	2	760
<i>Choques ou sensações suaves?</i>	X	1	2	761
<i>Tonturas ou a sensação de que andasse tudo à volta (vertigens) ou como se as coisas fossem irreais?</i>	X	1	2	762
<i>Tremores (parastesias)?</i>	X	1	2	763
<i>Suores?</i>	X	1	2	764
<i>Desmaios?</i>	X	1	2	765
<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
Teve medo intenso ou receio e pelo menos 2 sintomas	1 NÃO	Avance para item 821		768
	2 SIM			

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

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

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>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para Item 821 2 Sim
--	--

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 medico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?.. tomou medicação?..</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para Q 2 Sim
<i>Os (ataques de pânico) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?</i>	
Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem de Pânico	SIM 772
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	773-74
Duração do episódio mais longo em semanas	813-15
Correntemente num episódio	SIM 816
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas...	1 Igual situação ou tipo na maioria dos ataques 820
Situações estimuladoras para evocar ataques de pânico...	2 Não claramente 1 ou 3 3 Sem tipo particular de situação
<input type="checkbox"/> Se teve Desordem de Briquet marque aqui e avance para Desordem Ansiosa Generalizada e vá para Desordem Obsessiva Compulsiva	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>	Sem Informação	Não	Sim	
<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
Teve pelo menos um dos sintomas quando Ansioso	1 NÃO Avance para R 2 SIM			828

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>				
Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Ansiosa Generalizada	SIM			830
Idade em que pela primeira vez encontra o critério				831-32
Duração do episódio mais longo em semanas				833-835
Correntemente num episódio	SIM			836
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas				837-39
Episódio corrente associado com depressão significativa embora a Ansiedade seja predominante				840

PARTE R- DESORDEM OBSESSIVA COMPULSIVA

Existem 2 critérios

R1-TEM OBSESSÕES OU COMPULSÕES

<i>E acerca de ser 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>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para S 2 Sim			
<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>				

R1-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERÍODO DPR.

<i>Que efeito tiveram estas (obsessões, compulsões) em si? Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 NÃO Avance Para S 2 SIM			
<i>As (obsessões, compulsões) afectaram de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?</i>				
Vai de encontro aos 2 critérios de Desordem Obsessiva Compulsiva	SIM			843
Idade em que pela primeira vez encontra o critério				844-45

Duração do episódio mais longo em semanas	846-48
Correntemente vai de encontro ao critério	SIM 849
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas...	
Sintomas predominantes	1 Obsessões 2 Compulsões 3 Nenhum Deles (Ou Ambos Com Igual Gravidade)

PARTE S- DESORDEM FÓBICA

Existem 2 critérios:

S1- MEDOS IRRACIONAIS PERSISTENTES E RECORRENTES DE OBJECTOS, ACTIVIDADES OU SIT.COM TENDÊNCIA A EVITAR 854

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

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

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

PARTE T- PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

Existem 4 critérios

T1- DESDE OS 15 ANOS COM RESULTADOS POBRES NAS SUAS OCUPAÇÕES DURANTE VARIOS 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 envolve uma média de 3 dias ou mais por mês quer quando se atrasava ou quando se ausentava)?</i>	X	1	2	869
Teve pelo menos um dos itens acima (ou mau desempenho escolar)	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 por alguma coisa que fez?</i>	X	1	2	875
<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 (SIM se muito precoce ou comportamento sexual agressivo)?</i>	X	1	2	918
Teve pelo menos 3 itens e pelo menos 1 antes dos 15 anos	1 NÃO Avance para U 2 SIM			919

T3- TEVE PELO MENOS 2 SINTOMAS ANTES DOS 15 ANOS

	Sem Informação	Não	Sim	
Desde a idade dos 15 anos...				
<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>Embragava-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	1 NÃO Avance para U 2 SIM			926

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

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

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>As questões seguintes são acerca das suas atitudes habituais e comportamentos durante a maioria da sua vida. <i>Como se descreveria como pessoa...</i> <i>Sente que as pessoas estão a criticá-lo?...que há pessoas que lhe estão a fazer a vida difícil?..</i> <i>Tem tendência a ser uma pessoa ciumenta ou invejosa?..</i> <i>Desconfia com frequência dos outros ou tem medo que se aproveitem de si?</i> <i>Teve fases de grandes suspeitas ou sentiu que tinha que estar alerta?</i></p>	<p>0 sem informação 1 de modo algum 2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços) 3 em alguma extensão 4 numa considerável extensão 5 numa extensão marcada 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> <i>Fica no lado mais calmo ou é considerado o tipo de pessoa séria?</i> <i>Tem um sentido muito forte do certo ou errado?...ser mais honesto que a maioria das pessoas?..</i> <i>As pessoas chamam-lhe-iam teimoso?</i> <i>Tem tendência a ter certas maneiras para fazer as coisas e fica aborrecido se as rotinas têm de ser mudadas?</i> <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 1 de modo algum 2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços) 3 em alguma extensão 4 numa considerável extensão 5 numa extensão marcada 6 num grau extremo</p>
---	--

U3-PERSONALIDADE, ALEGRE. OPTIMISTA, ENTUSIASTICA, 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 1 de modo algum 2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços) 3 em alguma extensão 4 numa considerável extensão 5 numa extensão marcada 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 prodrómico 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:

V1-

	Sim	
O quadro clínico sugere um distúrbio específico não coberto por este instrumento (ex: Anorexia Nervosa, Transexualismo, Personalidade Paranoide) 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	0 Sem informação ou sem certeza: Passar para Traços Esquizofrénicos 1 Não: Passar para Traços Esquizofrénicos 2 Sim	938
Reúne os 2 critérios para Outras Desordens Psiquiátricas	Sim	939
Idade do primeiro episódio ou idade em que se tornou visível		940
Correntemente num episódio	Sim	942
Se sim, duração em semanas _____ se se aplicar à maior parte da vida classificar com		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.

	Sem Informação	Não	Sim
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 severas dissociações, despersonalização, ou derealization (que não seja ataque de pânico) <i>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
Ideação odd ou bizarra, ou pensamento mágico ex: superstição, clarividência, telepatia, sexto sentido, "os outros poderem sentir os seus sentimentos", ou desilusões suspeitas	X	1	2
Ideias de referência, suspeita extrema, ideação paranoide	X	1	2
Postura inadequada na interacção face a face devido a afecto inapropriado ou constricto ex: aloof, distante, frio, superficial, pateta	X	1	2
Comunicação odd (sem desordem formal do pensamento) ex: discurso tangencial, digressivo, vago, demasiado elaborado, circunstancial, metafórico e não simplesmente detalhado	X	1	2
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)	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):

1. Esquizofrenia (não agora mas Tipo Residual)	<input type="checkbox"/> Sem informação, sem certeza, ou nunca teve uma Desordem Depressiva Major 953
2. Desordem Esquizo-afectiva	<input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major não foi precedido pelas desordens listadas ao lado 954
3. Distúrbio de Pânico	<input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado 955
4. Distúrbio Fóbico	___ Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se desenvolveu primeiro) 956-7
5. Desordem Obsessivo-Compulsiva	<input type="checkbox"/> O mais recente Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado 958
6. Desordem de Briquet (Desordem de Somatização)	___ Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se desenvolveu primeiro) 959-60
7. Personalidade antisocial	
8. Alcoolismo	
9. Abuso de drogas	
10. Preferência Homossexual (perguntar se necessário)	
11. Anorexia Nervosa	
12. Transsexualismo	
13. Síndrome Cerebral Orgânico	

PARTE Y- COMPORTAMENTO SUICIDA

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

Y1- Tentativa de suicídio no período de tentativa mais séria

Tentativa de suicídio no período de tentativa mais séria 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 tentativa, o objectivo aparente da tentativa (manipulativo ou a conseguir a morte)	0 Sem informação ou sem certeza 953 1 Obviamente sem intenção, meramente manipulativo 2 Com hesitação ou intenção mínima 3 Definitivo mas muito ambivalente 4 A sério 5 Muito a sério 6 Extremo (cuidadosamente planeado e com expectativa de morte)
--	--

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

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	0 Sem informação ou sem certeza 964 1 Sem perigo (ex: sem efeito, apenas com os comprimidos na mão) 2 Mínimo (ex: arranhão ou wrist) 3 Médio (ex: tomou 10 aspirinas, gastrite média) 4 Moderado (ex: tomou 10 seconals, inconsciência breve) 5 Severo (ex: corte de garganta) 6 Extremo (ex: corte respiratório ou coma prolongado)
--	--

PARTE Z- COMPORTAMENTO SOCIAL**Z1- RELAÇÕES SOCIAIS NOS ULTIMOS 5 ANOS COM DURAÇÃO DE PELO MENOS ALGUNS MESES**

965

Durante os 5 anos passados, quando foi o período em que mais se relacionou socialmente com as outras pessoas?

Até que ponto se relacionou socialmente com amigos ou com outras pessoas?

E acerca de visitas ou receber pessoas em casa?

E acerca de actividades na igreja, clube ou jogos?

Com quem se encontra?

Até que ponto lhes é próximo?

Consideraria algum deles como amigo íntimo - alguém que pudesse realmente confiar?

0 sem informação ou sem certeza

1 superior, muitos amigos especiais e saídas

2 muito bom; alguns amigos, algumas saídas

3 bom; 1 ou 2 amigos, saídas pouco frequentes

4 suficiente; um amigo próximo, saídas raras

5 pobre; sem amigos especiais, poucos contactos

6 muito pobre, sem amigos especiais, contactos raros

7 muito inadequado sem contactos

características de funcionamento durante a maior parte da sua vida 966

aparentemente como resultado da deterioração do funcionamento 967

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

968

Nos 5 anos passados quando se sentiu melhor?

Isso durou pelo menos alguns meses?;

O que o aborrecia nessa altura?;

E acerca do seu humor, família, vida social, etc,?

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

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

969

Durante o mês passado quando e que se sentiu pior?

Quanto tempo durou?

O que e que o preocupava nessa altura? E acerca do seu humor, trabalho, e vida social?

Até que ponto se tornou mau?

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 com alguma dificul.

5 alguns sintomas sérios de disfuncionamento

6 disfuncionamento major em várias áreas

RESULTADOS DE DOENÇAS ANTERIORES

970

Recuperou completamente do último episódio que teve (antes deste), ou teve alguns problemas de ligação até ficar doente de novo?

Compare a maneira como se sentiu com as alturas em que estava no seu melhor?

0 sem informação ou sem aplicação

1 retorno completo

2 alguns resíduos

3 resíduos consideráveis

4 deterioração marcada

CORRENTEMENTE SEM DOENÇA MENTAL

971

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	0 sem informação ou sem certeza 1 não (doença mental corrente) 2 sim (correntemente sem doença mental)
--	--

NUNCA DOENTE MENTAL	972
----------------------------	------------

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	0 sem informação ou sem certeza 1 não (teve desordem mental) 2 sim (sem evidencia de desordem mental)
--	---

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 Apendix.

Anexo 5

YSR (Youth Self Report)

**Questionário de Auto-Avaliação para Jovens
YSR 11-18 (® 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	Procuo 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 pertenço 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 6

ASR (Adult Self-Report)

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA ADULTOS

(18-59 ANOS)

Por favor marque as suas respostas

	PRIMEIRO	MEIO	ÚLTIMO	
O SEU NOME COMPLETO				O SEU TIPO DE TRABALHO USUAL, mesmo que não esteja a trabalhar actualmente. Por favor, seja específico – por exemplo, mecânico auto; professor de ensino secundário; doméstica; operário; torneiro mecânico; vendedor de sapatos; sargento do exército; estudante (indique o que está a estudar e qual o grau que espera atingir)
O SEU GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		A SUA IDADE	GRUPO ÉTNICO OU RAÇA	
A DATA DE HOJE Mês _____ Dia _____ Ano _____		A SUA DATA DE NASCIMENTO Mês _____ Dia _____ Ano _____		O trabalho/profissão do seu Cônjuge/Companheiro _____
Por favor, preencha este questionário de modo a reflectir os seus pontos de vista, mesmo que outras pessoas possam não concordar com eles. Não precisa de gastar muito tempo em cada questão. Pode acrescentar comentários. Certifique-se de que responde a todas as questões.				POR FAVOR MARQUE COM UMA CRUZ A SUA FORMAÇÃO ACADÉMICA
				<input type="checkbox"/> 1 Sem Frequência Escolar
		<input type="checkbox"/> 2 Até Quatro Anos Escolaridade		<input type="checkbox"/> 8 Bacharelato
		<input type="checkbox"/> 3 Cinco a Seis Anos Escolaridade		<input type="checkbox"/> 9 Licenciatura
		<input type="checkbox"/> 4 Sete a Nove Anos Escolaridade		<input type="checkbox"/> 10 Mestrado
		<input type="checkbox"/> 5 Dez a Doze Anos Escolaridade		<input type="checkbox"/> 11 Doutoramento

I. AMIGOS:

A. Aproximadamente, quantos amigos próximos tem? (Não inclua familiares)

- Nenhum
 1
 2 ou 3
 4 ou mais

B. Aproximadamente, quantas vezes por mês tem contacto com amigos próximos? (inclua contactos pessoais, por telefone, cartas, e-mail)

- Menos de 1
 1 ou 2
 3 ou 4
 5 ou mais

C. Como se dá com os seus amigos próximos?

- Não tão bem quanto gostaria
 Medianamente
 Acima da média
 Muito acima da média

D. Aproximadamente, quantas vezes por mês alguns amigos ou familiares o/a visitam?

- Menos de 1
 1 ou 2
 3 ou 4
 5 ou mais

II. CÔNJUGE OU COMPANHEIRO

Qual é o seu estado civil? Nunca fui casado/a Casado/a, mas separado/a do cônjuge

Casado/a, a viver com o cônjuge Divorciado/a

Viúvo/a Outro – por favor descreva: _____

Alguma vez nos últimos 6 meses, viveu com o cônjuge ou com um/a companheiro/a?

- Não – por favor passe para a página 2
 Sim – marque com um círculo os algarismos 0, 1 ou 2 entre A e H para descrever a sua relação durante os últimos 6 meses:
 0 = Não Verdadeiro 1= Um pouco ou às Vezes Verdadeiro 2= Muito Verdadeiro ou Quase Sempre Verdadeiro

0	1	2	A. Eu dou-me bem com o meu cônjuge ou companheiro/a	0	1	2	E. Discordo do meu cônjuge ou companheiro/a quanto ao local onde vivemos
0	1	2	B. Temos problemas em partilhar responsabilidades	0	1	2	F. Tenho problemas com a família do meu cônjuge ou companheiro/a
0	1	2	C. Estou satisfeito/a com o meu cônjuge ou companheiro/a	0	1	2	G. Gosto dos amigos do meu cônjuge ou companheiro/a
0	1	2	D. Gosto das mesmas actividades que o meu cônjuge ou companheiro/a	0	1	2	H. O comportamento do meu cônjuge ou companheiro/a aborrece-me

III. FAMÍLIA:		Abaixo da média	Variável ou dentro da média	Acima da média	Sem Contacto
Por comparação com as outras pessoas, como acha que se dá com:					
A. Os seus irmãos?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. As suas irmãs?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. A sua mãe?	<input type="checkbox"/> Falecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. O seu pai?	<input type="checkbox"/> Falecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Os seus filhos biológicos ou adoptados?	<input type="checkbox"/> Não tenho crianças				
1. Filho/a mais velho/a	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segundo filho/a	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terceiro filho/a	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outros filhos	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Os seus enteados?	<input type="checkbox"/> Não tenho enteados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. TRABALHO/ EMPREGO: Alguma vez, nos últimos 6 meses, teve algum trabalho remunerado (inclua trabalho independente e serviço militar)?

Não – por favor passe para o ponto V.

Sim – por favor descreva o seu trabalho(s)/emprego(s): _____

Marque com um círculo os algarismos 0, 1 ou 2 ao lado das questões A-I que descrevem a sua experiência de trabalho durante os últimos 6 meses:

0 = Não Verdadeiro 1 = Um pouco ou às Vezes Verdadeiro 2 = Muito Verdadeiro ou Quase Sempre Verdadeiro

0	1	2	A. Trabalho bem com outras pessoas	0	1	2	F. Eu faço coisas que podem levar-me a perder o emprego
0	1	2	B. Tenho problemas em entender-me com os chefes	0	1	2	G. Eu falto ao emprego mesmo que não estando doente ou de férias
0	1	2	C. Faço bem o meu trabalho	0	1	2	H. O meu emprego é muito <i>stressante</i> para mim
0	1	2	D. Tenho dificuldades em terminar os trabalhos	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?

Não – por favor passe ao ponto VI

Sim – Que tipo de aulas ou formação? _____

Que grau/diploma pretende obter? _____ Formação Superior? _____

Quando espera conseguir obter o grau ou diploma? _____

Marque com um círculo os algarismos 0, 1 ou 2 ao lado das questões A-E que descrevem a sua experiência educacional durante os últimos 6 meses:

0 = Não Verdadeiro 1 = Um pouco ou às Vezes Verdadeiro 2 = Muito Verdadeiro ou Quase Sempre Verdadeiro

0	1	2	A. Dou-me bem com os outros alunos	0	1	2	D. Estou satisfeito com a minha situação educacional
0	1	2	B. Tenho resultados de acordo com as minhas capacidades	0	1	2	E. Eu faço coisas que podem levar-me a insucesso
0	1	2	C. Tenho dificuldade em terminar trabalhos				

VI. Tem alguma doença, incapacidade ou deficiência?

Não Sim – por favor descreva: _____

VII. Por favor descreva as suas preocupações e inquietações acerca da família, trabalho, educação ou outras coisas:

Sem preocupações

VIII. Por favor descreva o que considera serem as suas melhores qualidades:

IX. Abaixo encontra-se uma lista de questões que descrevem as pessoas. Para cada questão, marque com um círculo o algarismo 0, 1 ou 2 para se descrever a si próprio nos últimos 6 meses. Por favor responda a todas as questões, mesmo que algumas pareçam não se lhe aplicar.

0= Não Verdadeiro

1= Um pouco ou às Vezes Verdadeiro

2= Verdadeiro ou Quase Sempre Verdadeiro

0 1 2	1. Sou muito esquecido	0 1 2	37. Envolve-me em muitos conflitos e brigas
0 1 2	2. Aproveito as oportunidades quando surgem	0 1 2	38. As minhas relações com os vizinhos são más
0 1 2	3. Discuto muito	0 1 2	39. Dou-me com pessoas que se metem em problemas/sarilhos
0 1 2	4. Dou o melhor de mim, esforço-me ao máximo	0 1 2	40. Oiço sons ou vozes que não existem (descreva): _____
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 (não incluir álcool ou tabaco) para fins não medicinais (descreva): _____ _____	0 1 2	42. Prefiro estar sozinho do que conviver
0 1 2	7. Sou fanfarrão	0 1 2	43. Minto ou engano os outros
0 1 2	8. Tenho problemas de concentração ou a prestar atenção durante muito tempo	0 1 2	44. Sinto-me sufocado pelas responsabilidades
0 1 2	9. Não consigo afastar da minha mente alguns pensamentos (descreva): _____	0 1 2	45. Sou nervoso, excitável, tenso
0 1 2	10. Não consigo estar sentado, quieto, durante muito tempo	0 1 2	46. Tenho movimentos nervosos ou contracções corporais (descreva): _____
0 1 2	11. Dependo muito dos outros	0 1 2	47. Tenho baixa auto-confiança
0 1 2	12. Sinto-me só	0 1 2	48. As pessoas não gostam de mim
0 1 2	13. Sinto-me confuso / 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 e amedrontado
0 1 2	15. Sou muito honesto	0 1 2	51. Sinto-me tonto ou com a cabeça vazia
0 1 2	16. Sou mesquinho, mau para com os outros	0 1 2	52. Sinto-me muito culpado
0 1 2	17. Sou muito sonhador	0 1 2	53. Tenho dificuldades em planear o futuro
0 1 2	18. Auto-injúrio-me ou tento suicidar-me	0 1 2	54. Sinto-me cansado sem razão
0 1 2	19. Tento que me dêem muita atenção	0 1 2	55. O meu humor varia entre exaltação e depressão
0 1 2	20. Destruo ou estrago os meus pertences	0 1 2	56. Problemas físicos sem causa médica conhecida:
0 1 2	21. Destruo ou estrago os pertences dos outros	0 1 2	a. dores... (não incluir dores 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. Não cumpro regras no meu local de trabalho ou noutros locais	0 1 2	c. náusea, sensação de enjoo
0 1 2	24. Não me alimento tão bem quanto devia	0 1 2	d. problemas de visão (não incluir os corrigíveis com óculos) (descreva): _____
0 1 2	25. Não me dou bem com as outras pessoas	0 1 2	e. erupções na pele ou outros problemas de pele
0 1 2	26. Não me sinto culpado após ter feito algo que não devia	0 1 2	f. dores de estômago
0 1 2	27. Tenho ciúmes dos outros	0 1 2	g. vômitos
0 1 2	28. Dou-me mal com a minha família	0 1 2	h. coração aos saltos, acelerado
0 1 2	29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares (descreva): _____	0 1 2	i. formigueiros, adormecimento em diferentes partes do corpo
0 1 2	30. As minhas relações com o sexo oposto são más	0 1 2	57. Agrido fisicamente as pessoas
0 1 2	31. Receio pensar ou fazer algo de mau ou errado	0 1 2	58. Tiro/arranco pele ou outras partes do corpo
0 1 2	32. Sinto que devo ser perfeito	0 1 2	59. Não consigo terminar as tarefas
0 1 2	33. Sinto que ninguém gosta de mim	0 1 2	60. Há poucas coisas de que goste
0 1 2	34. Sinto que estão sempre a tentar apanhar-me em falta	0 1 2	61. A minha produtividade no trabalho é baixa
0 1 2	35. Sinto-me inútil ou inferior	0 1 2	62. Sou descoordenado ou desajeitado em termos motores
0 1 2	36. Magoo-me muito, sou propenso a acidentes	0 1 2	63. Prefiro as pessoas mais velhas às da minha idade
		0 1 2	64. Tenho dificuldade em estabelecer prioridades
		0 1 2	65. Recuso-me a falar

Por favor marque as suas respostas.

0= Não Verdadeiro			1= Um pouco ou às vezes Verdadeiro			2= Verdadeiro ou Quase Sempre Verdadeiro		
0	1	2	66. Repito alguns actos vezes sem conta (descreva): _____	0	1	2	95. Tenho mau feitio, mau génio	
0	1	2	67. Tenho problemas em fazer ou manter amizades	0	1	2	96. Penso muito em sexo	
0	1	2	68. Grito ou berro muito	0	1	2	97. Ameaço fisicamente as pessoas	
0	1	2	69. Sou reservado, guardo as coisas para mim mesmo	0	1	2	98. Gosto de ajudar as pessoas	
0	1	2	70. Vejo coisas que não existem (descreva): _____ _____	0	1	2	99. Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio	
0	1	2	71. Sinto-me constrangido ou embaraçado facilmente	0	1	2	100. Tenho problemas de sono	
0	1	2	72. Preocupo-me com a minha família	0	1	2	101. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias	
0	1	2	73. Cumpro as responsabilidades para com a minha família	0	1	2	102. Não tenho muita energia	
0	1	2	74. Exibo-me muito ou faço palhaçadas	0	1	2	103. Sinto-me triste, infeliz, deprimido	
0	1	2	75. Sou muito tímido ou envergonhado	0	1	2	104. Sou muito barulhento	
0	1	2	76. Tenho um comportamento irresponsável	0	1	2	105. As pessoas acham-me desorganizado	
0	1	2	77. Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite (descreva): _____	0	1	2	106. Tento ser honesto com os outros	
0	1	2	78. Tenho dificuldades em tomar decisões	0	1	2	107. Sinto que não consigo obter sucesso em nada	
0	1	2	79. Tenho problemas de fala / comunicação (descreva): _____	0	1	2	108. Tenho tendência a perder coisas	
0	1	2	80. Luto pelos meus direitos	0	1	2	109. Gosto de experimentar coisas novas	
0	1	2	81. O meu comportamento é inconstante, instável	0	1	2	110. Quem me dera ser do sexo oposto	
0	1	2	82. Roubo	0	1	2	111. Afasto-me do convívio com outras pessoas	
0	1	2	83. Aborreço-me, sinto tédio com facilidade	0	1	2	112. Preocupo-me muito	
0	1	2	84. Faço coisas que os outros acham estranhas (descreva): _____	0	1	2	113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto	
0	1	2	85. Tenho pensamentos que os outros acham estranhos (descreva): _____	0	1	2	114. Não pago as minhas contas nem assumo responsabilidades financeiras	
0	1	2	86. Sou teimoso/obstinado, rabugento, amuado ou irritável	0	1	2	115. Sinto-me inquieto ou irrequieto	
0	1	2	87. Os meus sentimentos ou o meu humor mudam repentinamente	0	1	2	116. Aborreço-me, entedio-me facilmente	
0	1	2	88. Gosto de conviver	0	1	2	117. Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito	
0	1	2	89. Ajo sem pensar nos riscos	0	1	2	118. Sou demasiado impaciente	
0	1	2	90. Bebo muito álcool ou fico embriagado	0	1	2	119. Não sou bom com pormenores	
0	1	2	91. Penso em suicidar-me	0	1	2	120. Conduzo demasiado rápido	
0	1	2	92. Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei (descreva): _____	0	1	2	121. Costumo atrasar-me para reuniões/encontros	
0	1	2	93. Falo demasiado	0	1	2	122. Tenho dificuldade em manter um emprego	
0	1	2	94. Implico muito com os outros	0	1	2	123. Sou uma pessoa feliz	
				124. Nos últimos 6 meses, quantas vezes fumou por dia (incluindo tabaco de mascar)? _____ vezes por dia.				
				125. Nos últimos 6 meses, quantos dias se embriagou? _____ dias.				
				126. Nos últimos 6 meses, quantas vezes tomou drogas sem fins terapêuticos (incluindo marijuana, cocaína, e outras drogas, excluindo álcool e nicotina)? _____ dias.				

Por favor certifique-se que respondeu a todos os itens

Anexo 7

CBCL (Child Behaviour Check-list)

**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	Vômitos
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 8

ABCL (Adult Behaviour Check-list)

QUESTIONÁRIO DE DESCRIÇÃO DO COMPORTAMENTO PARA ADULTOS

(18-59 ANOS)

Por favor marque as suas respostas

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: none;">NOME PRIMEIRO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: none;">MEIO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: none;">ÚLTIMO</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: none;">COMPLETO ADULTO</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: none;">GÊNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</td> <td style="border-bottom: none;">IDADE</td> <td style="border-bottom: none;">ÉTNIA GRUPO OU RAÇA</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">DATA ACTUAL Mês ____ Dia ____ Ano ____</td> <td colspan="2" style="border-top: none;">DATA DE NASCIMENTO Mês ____ Dia ____ Ano ____</td> </tr> </table> <p>POR FAVOR ESCOLHA A FORMAÇÃO ACADÉMICA DO ADULTO</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Sem frequência escolar</td> <td><input type="checkbox"/> 7 Bacharelato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Até 4 anos de escolaridade</td> <td><input type="checkbox"/> 8 Licenciatura</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 5 a 6 anos de escolaridade</td> <td><input type="checkbox"/> 9 Mestrado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 7 a 9 anos de escolaridade</td> <td><input type="checkbox"/> 10 Doutoramento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 10 a 12 anos de escolaridade</td> <td><input type="checkbox"/> 11 Outras: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 Frequência universitária</td> <td></td> </tr> </table>	NOME PRIMEIRO	MEIO	ÚLTIMO	COMPLETO ADULTO			GÊNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	IDADE	ÉTNIA GRUPO OU RAÇA	DATA ACTUAL Mês ____ Dia ____ Ano ____	DATA DE NASCIMENTO Mês ____ Dia ____ Ano ____		<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		<p>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)</p> <p>Trabalho do Adulto _____ Trabalho do Conjuge ou Companheiro _____</p> <p>ESTA PARTE FOI PREENCHIDA POR (escreva o nome completo): _____</p> <p>A sua relação com o Adulto: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____</p> <p>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.</p>
NOME PRIMEIRO	MEIO	ÚLTIMO																							
COMPLETO ADULTO																									
GÊNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	IDADE	ÉTNIA GRUPO OU RAÇA																							
DATA ACTUAL Mês ____ Dia ____ Ano ____	DATA DE NASCIMENTO Mês ____ Dia ____ Ano ____																								
<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																									

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

Casado(a), a viver com o cônjuge

Divorciado(a)

Viúvo(a)

Outro – por favor descreva: _____

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

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

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:

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		0	1	2	
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	7. É fanfarrão	0	1	2	42. Prefere estar sozinho do que com outras pessoas
0	1	2	8. Não se consegue concentrar, não presta atenção por muito tempo	0	1	2	43. Mentira ou engana/aldraba (faz batota)
0	1	2	9. Não consegue afastar alguns pensamentos; obsessões (descreva): _____	0	1	2	44. Sente-se sufocado com as responsabilidades
0	1	2	10. Não consegue estar sentado, é irrequieto, hiperactivo	0	1	2	45. Nervoso, excitável, tenso
0	1	2	11. Muito dependente dos outros	0	1	2	46. Tem movimentos nervosos ou contracções (descreva): _____
0	1	2	12. Queixa-se de solidão	0	1	2	47. Tem falta de auto-confiança
0	1	2	13. Fica confuso ou parece estar com pensamento "enevoado/turvado"	0	1	2	48. Não gostam dele
0	1	2	14. Chora muito	0	1	2	49. Consegue fazer algumas coisas melhor que os outros
0	1	2	15. É muito honesto	0	1	2	50. Muito medroso ou ansioso
0	1	2	16. É cruel, intimidada ou mal trata os outros	0	1	2	51. Sente-se tonto ou de cabeça vazia
0	1	2	17. Sonha acordado/ perde-se nos seus pensamentos	0	1	2	52. Sente-se demasiado culpado
0	1	2	18. Auto-injuria-se ou tenta o suicídio	0	1	2	53. Tem dificuldades em planear o futuro
0	1	2	19. Exige muita atenção	0	1	2	54. Sente-se cansado sem motivo para tal
0	1	2	20. Estraga ou destrói coisas que lhe pertencem	0	1	2	55. O humor varia entre exaltação e depressão
0	1	2	21. Estraga ou destrói coisas que pertencem a outros	0	1	2	56. Problemas físicos sem cauda médica conhecida: a. dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça)
0	1	2	22. Preocupa-se com o seu futuro	0	1	2	b. dores de cabeça
0	1	2	23. Não cumpre regras no local de trabalho ou noutros locais	0	1	2	c. náusea, sensação de enjoo
0	1	2	24. Não se alimenta bem	0	1	2	d. problemas visuais (não incluir aqueles corrigíveis com óculos) (descreva): _____
0	1	2	25. Não se dá bem com as outras pessoas	0	1	2	e. erupções na pele ou outros problemas de pele
0	1	2	26. Não parece sentir-se culpado depois de se comportar mal	0	1	2	f. dores de estômago
0	1	2	27. Fica facilmente ciumento	0	1	2	g. vômitos
0	1	2	28. Dá-se mal com a família	0	1	2	57. Agrida fisicamente as pessoas
0	1	2	29. Receia alguns animais, situações ou locais (descreva): _____ _____	0	1	2	58. Tira/arranca pele ou outras partes do corpo (descreva): _____
0	1	2	30. Relaciona-se mal com o sexo oposto	0	1	2	59. Não termina as tarefas
0	1	2	31. Receia pensar ou fazer algo mal	0	1	2	60. Há poucas coisas de que ele(a) gosta
0	1	2	32. Sente que tem de ser perfeito(a)	0	1	2	61. Baixa performance no trabalho
0	1	2	33. Sente ou queixa-se/ tem a sensação que ninguém gosta dele	0	1	2	62. Fraca coordenação motora ou desajeitado
0	1	2	34. Sente que estão sempre a tentar apanhá-lo em falta	0	1	2	63. Prefere estar com pessoas mais velhas do que com pessoas da sua idade
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 gênio, 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	84. Tem comportamentos estranhos (descreva): _____	0 1 2	114. Não paga as suas contas, nem assume outras responsabilidades financeiras
0 1 2	85. Tem ideias/ pensamentos estranhos (descreva): _____ _____	0 1 2	115. É Irrequieto e nervoso
0 1 2	86. É teimoso(a)/obstinado(a), rabugento(a), amuado(a) ou irritável	0 1 2	116. Aborrece-se facilmente
0 1 2	87. Tem Mudanças repentinas de humor ou sentimentos	0 1 2	117. Tem dificuldades em gerir dinheiro ou cartões de crédito
0 1 2	88. Gosta de conviver com as pessoas	0 1 2	118. É muito impaciente
0 1 2	89. Age sem pensar/ sem ter em conta riscos	0 1 2	119. Não é bom no que toca a pormenores/ detalhes
0 1 2	90. Bebe muito álcool ou fica embriagado	0 1 2	120. Conduz demasiado rápido
0 1 2	91. Fala sobre suicidar-se	0 1 2	121. Costuma atrasar-se para reuniões/ encontros
0 1 2	92. Faz coisas que podem causar problemas com a lei (descreva): _____	0 1 2	122. Tem dificuldades em manter o emprego
0 1 2	93. Fala demasiado	0 1 2	123. Ele(a) é uma pessoa feliz
0 1 2	94. É muito implicativo		124. Nos últimos 6 meses, quantas vezes por dia ele(a) fuma (incluindo tabaco de mascar)? _____ vezes por dia.
			125. Nos últimos 6 meses, quantos dias ele(a) se embriagou? _____ dias.
			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.

Por favor certifique-se que respondeu a todos os itens

Anexos

Abstracts submetidos a Congressos
Internacionais

Anexo 1

Primeira Autora de um Resumo
Aprovado para Comunicação Oral no “World
Congress of Cardiology” Scientific Sessions
Abril de 2012 no Dubai

Psychosocial Adjustment of Patients with Congenital Heart Disease

I. Freitas 1, 2,* , M. Castro 1, 2, S. Sarmiento 1, 2, F. Teixeira 1, 2, R. Coelho 1, 2, V. Viana 3, 4, J. C. Areias 5, 6, M. E. G. Areias 1, 7

1Department of Psychology, ISCS-N (CESPU), 2UNIPSA/ CICS (CESPU), GANDRA PRD, 3Hospital S. João, 4Faculty of Nutrition, University of Porto, 5Department of Pediatric Cardiology, Hospital S. João, 6Oporto Medical School, University of Porto, Porto, 7CINEICC, University of Coimbra, Coimbra, Portugal

Introduction: Progress in diagnosing, pharmacological treatment and surgery, has resulted in significantly improved survival rates among patients with Congenital Heart Disease (CHD).

Objectives: We aimed to study Psychosocial Adjustment (PSA), Psychiatric Morbidity (PM), Quality of Life (QOL), School Performance (SP), Physical Limitations (PL), and Social Support (SS) of adolescents and young adults with CHD.

Methods: We evaluated 99 CHD patients, 57 males, aged from 12 to 26 years old ($M=18.12 \pm 3.65$), 55 cyanotic. The participants were interviewed on such topics as SS, family/educational background, self-image, PL and emotional adjustment, were administered a standardized psychiatric interview (SADS-L) and completed self-report questionnaires on QOL (WHOQOL-BREF) and PSA (YSR and ASR). Observational versions of the same questionnaires (CBCL, ABCL) were filled by one of their relatives. Full clinical and demographic history was collected.

Results: We found a 21% rate of lifetime prevalence of psychopathology (14% in males and 31% in females) and 49% of school retentions ($M=1.52$ years + 0.50). Patients with severe forms of CHD showed worse PSA than those with moderate and mild forms of illness ($u=762,000$; $p=0,026$), those submitted to surgery showed worse QOL on physical ($t=-2,396$; $p=0,019$), psychological ($t=-2,327$; $p=0,022$), SR ($t=-2,171$; $p=0,033$) and general ($u=534,500$; $p=0,040$) dimensions, and worse PSA (more withdrawn: $u=508,500$; $p=0,028$). Participants without pharmacological therapy revealed better QOL in general domain ($u=1048,500$; $p=0,024$). SS has a great impact improving patients' physical ($t=2,752$; $p=0,007$), psychological ($t=3,396$; $p=0,001$), SR ($t=4,699$; $p=0,000$), environment ($t=2,805$; $p=0,006$) and general ($u=482,000$; $p=0,000$) QOL and poorer SS resulted in more withdrawn ($u=499,000$; $p=0,003$) and social problems ($u=577,500$; $p=0,022$). Patients with more PL showed worse physical ($t=-2,088$; $p=0,039$), psychological ($t=-2,607$; $p=0,011$), SR ($t=-2,267$; $p=0,026$) and general ($u=700,500$; $p=0,000$) QOL and more withdrawn ($u=783,500$; $p=0,006$). Female patients showed more somatic complaints ($u=205,000$; $p=0,037$), anxiety/depression ($u=756,000$; $p=0,002$), aggressive behavior ($u=688,000$; $p=0,000$), thought problems ($u=824,000$; $p=0,007$), internalization ($u=716,000$; $p=0,001$) and externalization ($u=905,500$; $p=0,039$). Good performance in school also showed a significant impact incrementing QOL and PSA.

Conclusion: The PSA and QOL of patients with CHD are crucial. SS, PL, and SP have a significant impact over them.

Anexo 2

Co-Autora de um Resumo Aprovado para
Comunicação Oral no American Heart
Association, Scientific Sessions 2011 em
Orlando – Florida
Circulation. 2011; 124: A15388

Living with a Congenital Heart Disease: Quality of Life, Psychosocial Adjustment, Psychiatric Morbidity and School Performance May be Affected, but Social Support Plays an Important Role in promoting Resilience

Maria Emilia G Areias¹; Flávio Teixeira²; Rosália Coelho²; Isabela Freitas²; Marta Castro²; Sofia Sarmiento²; Cidália Proença²; Ana Margarida Silva²; Daniela Vieira²; Cláudia Vaz²; Cláudia Moura³; Victor Viana⁴; José Carlos Areias³

¹ Psychology, Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte (CESPU); CINEICC, Gandra-Paredes, Portugal

² Psychology, Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte (CESPU); UNIPSA, Gandra-Paredes, Portugal

³ Pediatrics (Cardiology), Porto Med Sch, Univ of Porto, Porto, Portugal

⁴ Nutrition, Faculty of Nutrition, Univ of Porto, Porto, Portugal

Introduction: Good care of congenital heart disease (CHD) allows patients to survive until a later adulthood, facing challenges for adjustment throughout life.

Hypothesis: Quality of Life (QOL) and Psychosocial Adjustment (PSA) are affected in some CHD patients. They are more likely to have psychopathological disorders and more prone to school failures. Social support (SS) is a protecting variable, promoting resilience. The aims of this investigation were to study QOL, Psychiatric Morbidity (PM), PSA, School Performance (SP), Physical Limitations (PL), and SS of adolescents and young adults with CHD.

Methods: 86 CHD patients, 48 male, aged from 12 to 26 years ($M= 18,52 \pm 3,70$), 51 cyanotic. Clinical and demographic history was collected. Participants were interviewed once on topics as SS, family educational style, self-image, PL and emotional adjustment, administered a psychiatric interview (SADS-L) and completed self-report questionnaires on QOL (WHOQOL-BREF) and PSA (YSR and ASR). One of their relatives filled the observational versions of the questionnaires (CBCL, ABCL).

Results: We found a 22,1% lifetime prevalence rate of psychopathology and 51.2% retentions in school ($M= 1,68 \text{ year} + 0,829$). Comparing to normal population, our patients have better QOL in environmental ($t=4.327$; $p=0.000$) and social relationships ($t=2.795$; $p=0.006$) dimensions. Cyanotic patients showed worse QOL in environmental dimension ($t=-2.120$; $p=0.037$); Complex CHD reported more social ($u = 600.000$; $p = 0.028$), thought ($u = 607.000$; $p = 0.031$) and externalization ($u=586.500$; $p=0.021$) problems. Patients who had surgery reported worse QOL in social relationships dimension ($t=-2.506$; $p=0.014$) and overall ($t=-2.107$; $p=0.038$), and more withdrawn behavior ($u=303.500$; $p=0.009$). Those with better SS revealed better QOL in psychological ($t=2.893$; $p=0.005$), social relationships ($t=2.521$; $p=0.014$), environment ($t=2.871$; $p= 0.005$) and physical ($t=2.734$; $p=0.008$) dimensions, and less withdrawn behavior ($u=963.000$; $p=0.004$) and social problems ($u=904.500$; $p=0.024$).

Conclusions: CHD patients seemed to be more prone to PM, worse PSA and SP, although SS plays a crucial role in all variables and in resilience.

Key Words: Quality of life • Behavioral aspects • Adult congenital heart disease • Congenital heart disease

Anexo 3

Co-Autora de um Resumo Convidado para
Comunicação Oral no “Fetal and Pediatric
Cardiology Seminar”- Honorary Conference
em Paris – 10 Dezembro 2011

Living with Congenital Heart Disease: Quality of Life of Patients with Congenital Heart Diseases

Areias MEG (1, 3), Teixeira F (1,4), Coelho R (1,4), Freitas, I (1,4) Castro, M (1,4), Sarmiento, S (1,4), Proença C (1,4), Silva AM (1,4), Vieira D (1,4), Vaz C (1,4), Moura C (2,5,6) ; Viana V (2, 4), Areias JC (2, 5)

(1) Department of Psychology of ISCS-N (CESPU), Gandra, Portugal

(2) Department of Pediatrics (Cardiology), Porto Medical School, UP, Porto, Portugal

(3) CINEICC, Coimbra, Portugal

(4) UNIPSA, Gandra, Portugal

(5) Unidade de Investigação Cardiovascular, Porto, Portugal

(6) Hospital São João

Anexo 4

Co-Autora de uma Apresentação por Convite
no 46th Annual Meeting of Association for
European Paediatric and Congenital
Cardiology em Istambul - Maio 2012

Living with Congenital Heart Disease: Quality of Life in Early Adult Life

Areias MEG (1,3), Freitas I (1,4), Castro M(1,4), Sarmiento S(1,4), Pinto C (1,4), Vieira P (1,4), Matos S(1,4), Viana V (6,7), Areias JC (2,5,6)

(1) Department of Psychology of ISCS-N (CESPU), Gandra, Portugal

(2) Department of Pediatrics (Cardiology), Porto Medical School, UP, Porto, Portugal

(3) CINEICC, Coimbra, Portugal

(4) UNIPSA, Gandra, Portugal

(5) Unidade de Investigação Cardiovascular, Porto, Portugal

(6) Hospital São João

(7) Faculty of Nutrition, University of Porto

Anexo 5

Co-Autora de um Resumo Aprovado para
Comunicação Oral no “Quality of Care &
Outcomes Research in CV Disease & Stroke”,
Scientific Sessions 2012 em Atlanta – Georgia

Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2012; 5: A93

How is the Quality of Life and the Psychosocial Adjustment affected in Patients with Congenital Heart Disease?

Castro, M (1,4), Freitas, I (1,4), Sarmiento, S (1,4) Teixeira F (1, 4), Coelho R (1, 4), Viana V (2, 4), Areias JC (2, 5), Areias MEG (1, 3)

(1) Department of Psychology of ISCS-N (CESPU), Gandra, Portugal

(2) Department of Pediatrics (Cardiology), Porto Medical School, UP, Porto, Portugal

(3) CINEICC, Coimbra, Portugal

(4) UNIPSA, Gandra, Portugal

(5) Unidade de Investigação Cardiovascular, Porto, Portugal

Introduction: High rates of survival in Congenital Heart Disease (CHD) allowed patients to face different challenges in life cycle, and made the topics on adjustment and quality of life more and more central in healthcare.

Hypothesis: We tested the hypothesis that CHD has a negative impact over psychosocial adjustment, psychiatric morbidity, quality of life and school performance, and that the severity of disease and the number of surgeries increase the negative impact over adjustment and the social support generates a buffer, good effect on it.

Objective: We aimed to study Quality of Life (QOL), Psychosocial Adjustment (PSA), Psychiatric Morbidity, School Performance, Physical Limitations, and Social Support of adolescents and young adults with CHD.

Methods: We evaluated 110 CHD patients, 62 males, aged from 12 to 26 years old ($M=18.00 \pm 3.62$), 58 cyanotic. The participants were interviewed on such topics as social support, family/educational background, self-image, physical limitations and emotional adjustment, were administered a standardized psychiatric interview (SADS-L) and completed self-report questionnaires on QOL (WHOQOL-BREF) and PSA (YSR and ASR). Observational versions of the same questionnaires (CBCL, ABCL) were filled by one of their relatives. Full clinical and demographic history was collected.

Results: We found a 22% rate of lifetime prevalence of psychopathology (14.5% in males and 31.3% in females) and 50% of school retentions ($M=1.50 \text{ years} + 0.50$). Patients with severe forms of CHD showed worse PSA than those with moderate and mild forms of illness (internalization: $u=939.000$; $p=0.030$), the cyanotic versus acyanotic and those with moderate-to-severe residual lesions versus mild ones have worse QOL on physical dimension; those submitted to surgery showed worse QOL on physical ($t=-2.525$; $p=0.013$), psychological ($t=-2.394$; $p=0,018$), social relationships ($t=-2.502$; $p=0,014$) and general ($u=1294,000$; $p=0.006$) dimensions, and worse PSA (more withdrawn: $u=719,000$; $p=0,037$). Social support has a great impact improving patients' physical ($t=2.707$; $p=0,008$), psychological ($t= 2.755$; $p=0.007$), social relationships ($t=4.976$; $p=0,000$), environment ($t=3.085$; $p=0,003$) and general ($u=623.500$; $p=0,000$) QOL and poorer social support resulted in more withdrawn ($u=557.500$; $p=0.000$) and social problems ($u=748.500$; $p=0,023$). Patients with more physical limitations showed worse physical ($t=-2.093$; $p=0,039$), psychological ($t=-2.674$; $p=0.009$) and general ($u=971.500$; $p=0,002$) QOL and more withdrawn ($u=1023.000$; $p=0,015$). Female patients showed more somatic complaints ($u=260.000$; $p=0,011$), anxiety/ depression ($u=984.000$; $p=0,002$), aggressive behavior ($u=920.500$; $p=0,001$), thought problems ($u=1069.500$; $p=0,010$), internalization ($u=869.000$; $p=0,000$) and externalization ($u=1163.000$; $p=0,050$). Good performance in school also showed a significant impact incrementing QOL and PSA.

Conclusion: We concluded that we should set a special emphasis in maximizing social support and attention in improving school performance, when supplying care in CHD, as they have a positive impact over self-confidence of patients and adjustment.

Anexo 6

Comunicação a convite da Faculdade de Psicologia
e Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra CINEICC “Conversas com Investigação”
29 de Março de 2012

Viver com uma Cardiopatia Congénita: Ajustamento psicossocial, morbidade psiquiátrica e qualidade de vida em adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas; Aspetos do desenvolvimento em doentes com patologia cianótica e acianótica.

Areias MEG (1,3), Freitas I (1,4), Castro M (1,4), Sarmento S (1,4), Moura C (2,5,6) Viana V (6,7), Peixoto B (1,4) Areias JC (2,5,6)

(1) Department of Psychology of ISCS-N (CESPU), Gandra, Portugal

(2) Department of Pediatrics (Cardiology), Porto Medical School, UP, Porto, Portugal

(3) CINEICC, Coimbra, Portugal

(4) UNIPSA, Gandra, Portugal

(5) Unidade de Investigação Cardiovascular, Porto, Portugal

(6) Hospital São João

(7) Faculty of Nutrition, University of Porto

Anexos

Artigos submetidos a Revistas com Peer
Review

Anexo 1

Primeira Autora de Um Artigo
submetido para British Heart Journal

PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT AND PRONENESS TO PSYCHOPATOLOGY IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS WITH CONGENITAL HEART DISEASE

Maria Emília Guimarães Areias,
Rua Central de Gandra, 1317,
4585-116 Gandra PRD – Portugal
T:+351 224 157 176
F:+351 224 157 102
metega@sapo.pt ; memilia.areias@cespu.pt

Isabela Freitas ^{1,4}

Marta Castro ^{1,4}

Sofia Sarmiento ^{1,4}

Rosália Coelho ^{1,4}

Flávio Teixeira ^{1,4}

Victor Viana ^{2,4}

José Carlos Areias ^{2,5}

Maria Emília Guimarães Areias ^{1,3}

¹Department of Psychology, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte (CESPU), Gandra, Portugal

²Department of Pediatrics (Cardiology), Hospital São João, Porto Medical School, University of Porto, Portugal

³CINEICC, Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Coimbra, Portugal

⁴UNIPSA, Unidade de Investigação de Psicologia e Saúde/ CICS (CESPU), Gandra, Portugal

⁵Unidade de Investigação Cardiovascular da Faculdade de Medicina do Porto, Portugal

Key Words: Congenital Heart Disease, Psychosocial Adjustment, Psychopathology

ABSTRACT

Objectives: Our purpose was to study psychosocial adjustment and psychiatric morbidity of adolescents and young adults with congenital heart disease (CHD). **Methods:** We evaluated 110 CHD patients (62 male) aged from 12 to 26 years old (mean=18.00 ± 3.617), 58 cyanotic. All assessment measures were once obtained in a tertiary hospital. Demographic information and clinical history were collected. Questionnaires regarded topics as social support, family educational style, self-image and physical limitations, a standardized psychiatric interview SADS-L, and a self-report questionnaire on psychosocial adjustment, YSR or ASR. One of the relatives completed an observational version of the same questionnaires (CBCL or ABCL).

Results: We found a 21.8% lifetime prevalence of psychopathology, 31.3%, in females, 14.5% in males, showing a somewhat increased proneness in CHD patients. Females also showed worse psychosocial adjustment, with more somatic complaints (u=260.000; p=0.011), anxiety/depression (u=984.000; p=0.002), aggressive behavior (u=920.500; p=0.001), attention problems (u=1123.500; p=0.027), thought problems (u=1069.500; p=0.010), internalization (u=869.000; p=0.000) and externalization (u=1163.000; p=0.050). Patients with severe CHD (u=939.000; p=0.030) and surgically repaired (u=719.000; p=0.037) showed worse psychosocial adjustment. Those with poor social support showed more withdrawn (u=557.500; p=0.000) and social problems (u=748.500; p=0.023), and patients with unsatisfactory school performance revealed more anxiety/depression (u=916.000; p=0.020) and attention problems (u=861.500; p=0.007).

Conclusions: CHD males with good social support and good academic performance have a better psychosocial adjustment.

Key Words: Congenital Heart Disease, Psychosocial Adjustment, Psychopathology

Abbreviations: CHD - congenital heart disease; SADS-L - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime version; YSR - Youth Self Report; CBCL - Child Behavior Checklist; ASR - Adult Self Report; ABCL - Adult Behavior Checklist

INTRODUCTION

The survival rate in the 1950's for children born with moderate CHD was about 20% whereas today about 90% of these children achieve adulthood.[1]

There has been a decrease in child mortality thanks to advances over the last four decades in diagnostic, surgical and catheter interventional techniques.[2] As these children survive, the interest in issues such as psychosocial outcomes have increased also.[3]

Most children with CHD were diagnosed in uterus or in infancy, and are expected to undergo surgical procedures either to correct or palliate their defect.[4, 5] These children need to be seen regularly by a cardiologist.[4]

Many studies have been conducted assessing the impact of CHD on children's or adolescents' psychosocial and cognitive functioning. Although, a consensus among these studies have not yet been reached, some report higher rates of behaviour problems in children and adolescents with CHD, while others have not found any differences between patients with CHD and norms.[4]

It is believed that children with CHD have a higher risk of developing behavioural and emotional problems, when compared to healthy children. Several studies have reported that these children have increased feelings of anxiety and inferiority, higher degrees of impulsiveness, higher levels of emotional and behavioural problems.[6] On the other hand, main European studies have showed a good psychological functioning in adults with CHD.[7]

Not much is known about this topic, as some studies say that, in a 25-year follow-up, more psychosocial distress was found in adults with CHD in comparison with a normative group. The differences found were limited to somatic complaints and thought problems and behaviours.[6]

As for psychopathology, studies have also disagreed in some aspects, many authors believe that CHD patients have a higher probability of having psychopathological symptoms while others have found similar numbers between these patients and healthy children and adolescents.[8]

Several characteristics can be described as facilitators of positive perspectives of stressful life situations and reduced psychological distress such as self-esteem and similar conduct like self-concept and self-perception. Some studies found that usually CHD patients have lower self-esteem although, after surgery, patients reported better self-esteem or self-concept.[9]

Cognitive perceptions are believed to have an influence on a CHD patient's life. The more negative these perceptions are, the higher psychological distress was found. The negative perception can be associated, more than the severity of the disease itself, to higher distress and worse psychological adjustment.[9]

Some studies have shown that patients with cyanotic heart disease have a higher risk of presenting behavioral problems compared to patients with non-cyanotic heart defects, but other studies did not show this association.[5, 10]

Patients with CHD who underwent surgical procedures, had more behavioral problems when compared with those who did not require surgery, and more likely to develop psychiatric problems.[5]

As far as the physical condition is concerned, most patients with CHD have limitations, that leading to more behavioral and emotional problems.[5, 8]

In this study, we aimed to evaluate psychosocial adjustment and proneness to psychopathology in adolescents and young adults with CHD. The importance of our investigation is that it systematically addressed the question of how the several demographic and clinical variables relate to psychiatric morbidity and to psychosocial adjustment, using very strict methods of psychiatric diagnosis.

METHODS

Participants

The study enrolled 110 CHD patients, 62 male and 48 female, with a mean age of 18.00 ± 3.62 years (range:12-26 years old). The participants who had not achieved an educational level that enabled them to understand and complete the written questionnaires were excluded from the study.

At the time of the interview, two participants were married, one was divorced, two were living in a marital union. All the others (105) were single.

53 patients had completed their secondary education (12th grade), 40 the 3rd cycle (9th grade), 11 the 2nd cycle (6th grade) and 6 had graduated from college. Of these patients 55 had at least repeated one year at school (mean= $1,49 \pm 0,50$ year).

Of the 110 participants, 20 were employed full- or part-time, 7 were unemployed and all the others 83 were students.

Complete medical records were available for all the patients, who had been followed in the pediatric cardiology or cardiology departments of a tertiary hospital.

For 58 individuals the CHD was cyanotic and for 52 it was acyanotic; 34 of these patients had a severe form of CHD, 18 a moderate and 58 a mild one; 41 patients had some physical limitations while 69 did not. 4 patients had severe residual lesions, 21 moderate and 85 mild lesions. 23 patients were never submitted to any kind of surgical procedure, while 42 had 1 surgery, 25 had

two, 11 had three, 5 had four, 3 had five and 1 had 9 surgeries. 47 patients were on pharmacological therapy while 63 were not.

In many of our participants, the main CHD was combined with other heart diseases. Patients with associated cardiac malformations or chromosomopathies were excluded from the study. The participants had the following distribution of pathologies: transposition of the great arteries (9; two of them had also ventricular septal defect and aortic stenosis, and one had ventricular septal defect and pulmonary stenosis), tetralogy of Fallot (30), coarctation of the aorta (11; one had also ventricular septal defect and one aortic stenosis) ventricular septal defect (24; one had also interruption of the aortic arch and one had mitral insufficiency), atrial septal defect (6; one had also mitral atresia and pulmonary hypertension, and one had Ebstein disease), atrioventricular septal defect (4), aortic stenosis (6), pulmonary stenosis (6), single ventricle (2; one had also pulmonary atresia and one had pulmonary stenosis), patent ductus arteriosus (2), double-outlet right ventricle (1), pulmonary atresia (3), Ebstein disease (3), mitral valve prolapse (1), bicuspid aortic valve (1) and tricuspid valve regurgitation (1).

The diagnosis was determined during the neonatal period for 61, before the first birthday for 28, 5 were diagnosed between the ages of 1 to 3 years, 6 were diagnosed between the ages of 3 to 6 years and between the ages of 6 and 12 for 12 participants.

The first surgery was performed for 5 of the participants during the neonatal period, before the first birthday for 30, between the ages of 1 and 3 for 19, and between the ages 3 and 6 for 20 participants, between the ages 6 to 12 for 8 and between the ages of 12 to 18 for 88.

We also invited one relative of each patient to participate in this study and 100 accepted to take part in it.

Assessment Instruments

In this study, we used different surveys to collect the necessary information: an identification form, a semi-structured interview, a standardized psychiatric interview SADS-L, the self-report and observational questionnaires of the ASEBA system for psychosocial adjustment, ASR, YSR, ABCL and CBCL (for patients > 18 and < 18).

Additional questionnaires used in this research are described in detail in another report. We used an identification form to collect personal and demographic data from each patient (e.g., marital status, educational level and occupation), as well as all relevant aspects from their medical history (diagnosis, severity and category of heart disease, surgical interventions, pharmacological therapy, and presence of residual lesions, among others).

The semi-structured interview included 38 multiple-choice or short-answer questions that focused on different topics such as social support, family upbringing, self-image, functional limitations and emotional adjustment.

A standardized psychiatric interview, SADS-L (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime version) [11], was administered to obtain a clinical diagnosis of any psychopathological disorders that may have existed before the interview in these patients.

The YSR and ASR are self-report questionnaires, designed to collect a description of a child or adult's functioning; they assess individuals in scales of withdrawn behavior, somatic complaints, anxiety/depression, thought problems, social problems, attention problems, delinquent behavior, aggressive behavior, internalization and externalization.[12] The CBCL and ABCL are observational versions of the same questionnaires, to be completed by the patients' parents or caregivers, having as a requirement being knowledgeable about the patient, as they report their perception on the behavior and possible problems occurring in the patient. For their similarities, and to have a better representative sample, the results of the YSR and ASR were pooled, as well as the results of the CBCL and the ABCL, and for statistical purposes the overall results were counted for each scale.

Procedure

Prospective participants were contacted while waiting for their appointment in cardiology or pediatric cardiology department. At this time, they were informed about all aspects of the research, and when they accepted to participate, they were asked to sign a consent (either the patients themselves or the caregivers when they were under 18 years old). The interview happened on the spot. The parents or caregivers accompanying the patient were asked to fill out a questionnaire, and 10 caregivers refused to participate or were not present for the application of the protocol, and subsequently expressed their intention not to participate.

Design

All the assessment measures were obtained on a single occasion. Clinical data were collected retrospectively using each patient's clinical record, with assistance from hospital medical staff.

Data Analysis

Statistical analysis of the data was processed using the software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA), version 19. The distribution of all the variables was tested. Differences for parametric variables were established using Student's t-tests, while

differences for non-parametric variables (the majority) were established using Mann-Whitney U test and Chi-square tests of association.

RESULTS

We found that 21.8% of our participants had a psychiatric disorder and that there was a statistical difference between the two genders, with females almost doubling males' rate (31.3% in females and 14.5% in males; $p=0.035$). One or more of the following psychiatric disorders had been diagnosed for our participants in all their lifetime prior to interview: Minor or Major Depressive Syndrome (13), Panic Disorder (3), Anxiety Disorder (4), or Manic Syndrome (3), Cyclothymic Personality (1).

For the sake of data analysis, we grouped the results on psychosocial adjustment in either self-reported or observational.

The self-report measures on psychosocial adjustment revealed statistical differences between genders, as females showed higher levels of somatic complaints ($u=260.000$; $p=0.011$), anxiety/depression ($u=984.000$; $p=0.002$), aggressive behavior ($u=920.500$; $p=0.001$), attention problems ($u=1123.500$; $p=0.027$), thought problems ($u=1069.500$; $p=0.010$), internalization ($u=869.000$; $p=0.000$) and externalization ($u=1163.000$; $p=0.050$) and overall worse psychosocial adjustment than males. On the other hand, teens and young adults with a severe CHD showed worse psychosocial adjustment, with more somatic complaints ($u=264.000$; $p=0.022$) and higher levels of internalization ($u=917.000$; $p=0.015$) in self-report measures, when compared with patients with moderate-to-mild CHD.

When analyzing the impact of the kind of CHD in psychosocial adjustment, no statistical differences were found.

Patients who underwent surgical interventions revealed worse psychosocial adjustment than patients with no surgical repairs, showing higher levels of withdrawn behavior ($u=719.500$; $p=0.037$) in self-assessment.

Patients with poor social support reported worse psychosocial adjustment, with higher levels of withdrawn ($u=557.500$; $p=0.000$) and social problems ($u=748.500$; $p=0.023$) when compared with patients with good social support.

Patients with limited physical competence showed more withdrawn behavior ($u=1023.000$; $p=0.015$) when compared to patients with satisfactory physical competence, thus presenting worse adjustment.

Patients with worse academic performance showed higher levels of anxiety/depression ($u=916.000$; $p=0.020$) and attention problems ($u=861.500$; $p=0.007$) in self-report, when compared to those who feel their academic performance was satisfactory.

Patients with severe-to-moderate residual lesions revealed worse psychosocial adjustment in self-report than those with mild residual lesions, showing higher levels of internalization ($u=782.500$; $p=0.046$).

No differences were found in self-report between patients with or without need for pharmacological therapy.

According to the assessment of patients' caregivers, no differences were found between patients who underwent surgical procedures and the ones who did not had surgical procedures done.

In the caregivers' assessment, male patients are perceived as having worse psychosocial adjustment than females, as they were assessed as having higher levels of withdrawn ($u=911.500$; $p=0.020$) and aggressive behaviors ($u=945.500$; $p=0.038$).

Again on the relatives' standpoint, the cyanotic patients were assessed as having higher levels of attention problems ($u=981.500$; $p=0.045$) than the acyanotic, thus showing worse psychosocial adjustment.

When compared with patients with good social support, those with poor support showed, also on the stand point of the caregivers, higher levels of withdrawn ($u= 517.000$; $p=0.001$) and internalization ($u=608.000$; $p=0.007$) and thus, worse psychosocial adjustment. According to their relatives' assessment, patients with severe to moderate forms of residual lesions showed higher levels of social problems ($u=205.500$; $p=0.008$), attention problems ($u=649.500$; $p=0.028$) and internalization ($u=567.500$; $p=0.004$), than the ones with moderate to mild residual lesions, and thus a worse psychosocial adjustment.

DISCUSSION

This study is important because it systematically tested the effects of different demographic, clinical and psychosocial variables in psychosocial adjustment and psychiatric morbidity. In a growing population of adults with CHD, this information is rather important in unveiling strategies that can be used to assist and care for patients, leading to better emotional adjustment and better outcomes in different life challenges.

The assessment instruments used for psychosocial adjustment enabled us to compare sub-groups of patients, regarding demographic, clinical and psychosocial variables. One main finding of our study was that females with CHD reported higher levels of somatic complaints, anxiety/depression, thought problems, attention problems, aggressive behaviour, internalization and externalization, than males, thus showing a worse psychosocial adjustment. Contrariwise, relatives find male patients more withdrawn than girls.

In our study, female patients had almost the double of the lifetime prevalence of psychopathology than males. These findings on psychiatric morbidity and on the different scales

of psychosocial adjustment are consistent with other studies on the general population that report differences between genders, with females showing higher rates of emotional problems. Studies show also that females have greater likelihood of displaying higher levels of anxiety/depression and somatic complaints when facing negative obstacles that interfere with the interpersonal level, resulting in higher levels of internalization.[6,8,13]

This may be due to the presence of a scar, situated on the chest, being a source of uncertainties or discomfort. In addition to affecting sexual relationships CHD can also interfere with pregnancy and delivery, leading to a sense of anxiety about their physical condition.[6,8]

Some studies show that females are more likely to develop depressive symptoms when facing negative life events than males.[6,10]

In this study, adolescents or young adults with severe type of CHD reported having higher levels of social problems and, thus, worse psychosocial adjustment, compared with those with moderate or mild form of CHD.

These results may be related to the fact that they need further medical care throughout their life, while patients with mild or moderate CHD may have a daily life similar to healthy adolescents and young adults.[8] Patients with severe forms of CHD show higher level of internalization and somatic complaints and that may be associated to the fact that these patients are more vigilant about their health, being more anxious about any complications. This may explain the results, since anxiety is a component of internalization scale.[14]

The type of CHD did not show any impact with statistical relevance in patients' selfreport measures of psychosocial adjustment. However, the caregivers' standpoint seems to be more sensitive regarding this feature, as they perceive the cyanotic patients as having more attention problems and worse psychosocial adjustment.

Other published studies also showed that the cyanosis is not a stable indicator that patients will have behavioural and emotional problems.[8,10,15]

Patients who underwent surgical procedures revealed higher levels of withdrawn behavior. This may be related with the fact that admissions are long as well as the recovery, thus providing a prolonged absence from education and from contact with the peer groups, which could lead to difficulties of reintegration and therefore to the isolation of patients.[5,7,16]

Patients with worse social support had higher levels of withdrawn behavior and social problems, and thus, a worse psychosocial adjustment. The assessment of the caregivers also reported higher levels of withdrawn behavior and internalization in patients with poor social support, showing worse psychosocial adjustment.

According to several studies, parents and siblings of adolescents or young adults with CHD are more prone to face a different number of psychosocial stresses putting the whole family in need of psychosocial support. Many studies reveal a higher need for intervention on family problems

in families with children with chronic medical diseases. When the complexity of the disease is low, parents seem to be more fitted to provide support.[17] These families are reported to experience more stress, that can have an impact on the child's adjustment.[15]

Parents of children with CHD can be overprotective and hypervigilant about their child's health, making it hard for their children to be more independent. Many studies show that these patients are more likely to have "dependent lifestyles" than healthy adolescents or young adults.[7] The participation in leisure time activities can be a contributor to a better social outcome.[13]

Limited physical competence translated into more withdrawn, feeling more isolated, when compared with patients with satisfactory physical competence. Self-report showed that patients with physical limitations have worse psychosocial adjustment. A low exercise capacity can be translated into more internalizing problems. For older heart patients, limited physical competence lead to concerns and anxiety about their health.

According to some authors, patients submitted to physical training interventions, showed a decrease in internalizing problems.[8]

Physical limitations and school absences prevent full participation in different activities, leading to isolation and social awkwardness. This can be translated into restricted employment opportunities.[7]

In our study, an unsatisfactory academic performance led to worse psychosocial adjustment, as patients report having higher levels of anxiety/depression, attention problems and externalization than those with good academic performance. Several previous published studies show that CHD has an impact on school careers, for the many hospitalizations and restrictions, being the main reason for the attendance of special education by these patients. When compared to healthy adolescents or young adults, the CHD patients are more unlikely to complete a lower educational level.[13]

Sometimes, children with CHD have neurodevelopment deficits. These often will not show until school age, when the academic demands start having an impact on their lives. Many families rationalize their child's developmental delay to the disease and the several hospitalizations.[18]

Some studies show that unsatisfactory educational background can be translated into lower educational and occupational achievement.[7]

This study showed a 21.8% prevalence of psychiatric disorder in our patients. Females showed a higher percentage of psychiatric disorder with 31%, and males only had 14%. When compared to the reference value of the World Health Organization (WHO), 10% of the world population, it seems that adolescents and young adults with CHD have an

increased proneness for psychiatric diagnosis.[19] However, a study of six different European countries showed a prevalence of 25% in the general population, which is closer but higher than the results for CHD patients in our study.[20] Another study estimated that the life time

prevalence of psychopathology is 19.4% in Spain, 18.1% in Italy (countries that can be considered culturally close to Portugal), and 25.2% in Germany, but in striking contrast, 37.9% in France and 47.4% in the United States of America.[21]

ACKNOWLEDGMENTS

This study was supported by a grant by CESPU.

COMPETING INTERESTS

There are no competing interests.

FUNDING

This research was supported by a grant by CESPU.

COPYRIGHT LICENCE STATEMENT

REFERENCES

[1] Reid G, Webb G, Mor Barzel M et al. Estimates of life expectancy by adolescents and young adults with congenital heart disease. *J.JACC*. 2006;48(2):349-55.

[2] Spijkerboer A, Utens E, Koning W et al. Health-related quality of life children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease. *Qual Life Res*. 2006;15:663-673.

[3] Brosig C, Mussatto K, Kuhn E, Tweddell J. Psychosocial outcomes for preschool children and families after surgery for complex congenital heart disease. *Pediatr Cardiol*. 2007;28:255-262.

[4] Karsdrop P, Everaerd W, Kindt M, Mulder B. Psychological and cognitive functioning in children and adolescents with congenital heart disease: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2007;35:527-541.

[5] Latal B, Helfricht S, Fischer J, et al. Psychological adjustment and quality of life in children and adolescents following open-heart surgery for congenital heart disease: a systematic review. *BMC Pediatrics*. 2009;9(6):1-10.

- [6] Rijen E, Utens E, Roos-Hesselink J. Longitudinal development of psychopathology in an adult congenital heart disease cohort. *Int J Cardiol.* 2005;99:315-323.
- [7] Kovacs A, Sears S, Saidi A. Biopsychosocial experiences of adults with congenital heart disease: review of the literature. *Am Heart J.* 2005;150:193-201
- [8] Rijen E, Utens E, Roos-Hesselink J et al. Medical predictors for psychopathology in adults with operated congenital heart disease. *Eur Heart J.* 2004;25:1605-1613.
- [9] Cohen M, Mansoor D, Langut H, Lorber A. Quality of life, depressed mood, and self-esteem in adolescents with heart disease. *Psychoso Medici.* 2007;69:313-318.
- [10] Bellinger D, Newburger J. Neuropsychological, psychosocial, and quality-of-life outcomes in children and adolescents with congenital heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology.* 2010;29:87-92.
- [11] Hesselbrock, V., Stabenau, J., Hesselbrock, M., Mirkin, P., & Meyer, R. A comparison of two interview schedules: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime and the National Institute for Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Archives of General Psychiatry.* 1982; 39: 674-677.
- [12] Achenbach T, & Rescorla, L. Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families 2003:1-12.
- [13] Rijen E, Utens E, Roos-Hesselink J et al. Psychosocial functioning of the adult with congenital heart disease: a 20-33 years follow-up. *Eur Heart J.* 2003;24:673-683.
- [14] Utens E, Bieman H, Verhulst F et al. Psychopathology in young adults with congenital heart disease. *Eur Heart J.* 1998;19:647-651.
- [15] Casey F, Sykes D, Craig B et al. Behavioural adjustment of children with surgically palliated complex congenital heart disease. *J Pediatr Psychol.* 1993;21(3):335-325.
- [16] Nousi D, Christou A. Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal.* 2010;2:94-100.
- [17] Birkeland A, Rydberg A, Hägglöf B. The complexity of the psychosocial situation in children and adolescents with heart disease. *Acta Pædiatr.* 2005;94:1495–1501.

[18] Gerdes M, Flynn T. Clinical assessment of neurobehavioral outcomes in infants and children with congenital heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology*. 2010;29:97-105.

[19] World Health Organization (2004) *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. World Health Organization: Geneva. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf (accessed 2 Dez 2010).

[20] Alonso J, Angermeyer M C, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Pyschiatr Scand*. 2004;109:21-27.

[21] Kessler R C, Angermeyer M, Anthony J C, et al. Lifetime prevalence and age – of – onset distributions of mental disorders in the world organization`s world mental health survey initiative. *World Psychiatry*. 2007;6:168-176.

Anexo 2

Co-Autora de Um Artigo pronto a
submeter para British Heart Journal

ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS WITH CONGENITAL HEART DISEASE: QUALITY OF LIFE

Maria Emília Guimarães Areias,
Rua Central de Gandra, nº 1317,
4585- 116 Gandra PRD – Portugal
T:+351 224 157 176
F:+351 224 157 102
metega@netcabo.pt ; memilia.areias@cespu.pt

Marta Castro ^{1,4}

Isabela Freitas ^{1,4}

Sofia Sarmiento ^{1,4}

Rosália Coelho ^{1,4}

Flávio Teixeira ^{1,4}

Ana Margarida Silva ^{1,4}

Cláudia Vaz ^{1,4}

Daniela Vieira ^{1,4}

Cidália Proença ^{1,4}

Cláudia Moura ^{2,5}

Victor Viana ^{2,4}

José Carlos Areias ^{2,5}

Maria Emília Guimarães Areias ^{1,3}

¹Department of Psychology, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte (CESPU), Gandra, Portugal

²Department of Pediatrics (Cardiology), Hospital São João, Porto Medical School, University of Porto, Portugal

³CINEIC, Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Porto, Portugal

⁴UNIPSA, Unidade de Investigação de Psicologia e Saúde, Gandra, Portugal

⁵Unidade de Investigação Cardiovascular, Porto, Portugal

Key Words: Congenital Heart Disease, Quality of Life

Abstract

Aims: The objective of this essay is to assess quality of life (QoL) within a population of teenagers and young adults with congenital heart diseases (CHD).

Methods: 110 patients with CHD participated in this study, 62 male and 48 female, aged 12 to 26 (average= 18,00 ± 3,617). It was taken only once and relevant aspects, such as clinical and demographic data, were collected. Furthermore, a set of psychological evaluation instruments was applied, constituted by a semi-structured interview, a standard psychiatric interview (SADS-L) and a questionnaire on quality of life (QOL-BREF).

Results: Compared to the general Portuguese population with no historical data of the disease, our sample has shown a better QoL in every domain, except for the general quality of life domain, revealed by the results of physical ($t = -12,277$; $p = 0,000$), psychological ($t = -2,524$; $p = 0,013$), social relationships ($t = 3,566$; $p = 0,001$) and environment ($t = 5,776$; $p = 0,000$) domains.

Contrarily, statistically significant differences were not found as far as the psychiatric diagnosis and the severity of CHD are concerned.

Contrasting patients submitted to surgical interventions, a set of patients without surgeries demonstrated a better quality of life, as we can see through the physical ($t=-2,525$; $p=0,013$), psychological ($t=-2,394$; $p=0,018$), social relationships ($t=-2,502$; $p=0,014$) and general QdV ($u=1294,000$; $p=0,006$) results.

The social support has revealed fairly significant results, and appears to be an important aspect in all domains of these patients' lives - physically ($t=2,707$; $p=0,008$), psychologically ($t=2,755$; $p=0,007$), socially ($t=4,976$; $p=0,000$), environmentally ($t=3,085$; $p=0,003$) and in general QdV ($u=623,500$; $p=0,000$).

Satisfactory schooling results are also linked to QoL in the psychological ($t=2,457$; $p=0,016$), environmental ($t=2,346$; $p=0,021$) and general QdV ($u=926,500$; $p=0,013$) domains.

Conclusions: Congenital heart diseases patients show a better quality of life when they are not submitted to surgical interventions, when they have a good social support, as well as a satisfactory schooling experience.

Key Words: Congenital Heart Diseases, quality of life; social support.

INTRODUCTION

The purpose of this research was to evaluate quality of life in children and adolescents with congenital heart disease.

Congenital heart defects are the second leading cause of death in childhood and adolescence, which corresponds to approximately 1% of live births, as well as the only cause of heart disease in the pediatric population in developed countries. Mortality in children with congenital heart disease has decreased significantly over the past four decades as a result of important advances in diagnosis, surgery and catheter intervention techniques. The age for surgical intervention has decreased substantially, by various conditions. New techniques, including catheter intervention, have been introduced to severe heart disease. [1] Thus, because of these new techniques about 85 to 90% of children with congenital heart disease can live to adulthood with a better quality of life. [2, 3] However, survival is not always a synonym of high quality of life, because these patients often face physical, psychological or cognitive difficulties. [3]

In addition, and because it is a chronic disease, these patients find themselves faced with some events triggered by the disease, particularly during school breaks, restrictions on the physical level and even restrictions that can affect their adult lives. [4] Thus, the quality of life has become a very important factor for these patients. [1]

The assessment of quality of life should be made according to the children development stage and their level of growth, the severity of the disease, their family, the acceptance of the illness and personality traits. Furthermore, the evaluation of quality of life of children with congenital heart disease should be continuous, since the surgery can ensure survival, even though it does not allow a "normal" life, as in the postoperative period frequent disease revaluations are necessary and planned, as well as the implementation of treatment and the compliance with it.

Children with congenital heart disease experience feelings of anxiety and depression due to the frequency of hospitalizations, daily medication and the limitations imposed by the disease. The poor quality of life is usually attributed to the lack of social acceptance, especially in the school context. The disability of these patients makes them unable to fulfil their duties. Very often they have to give up activities they normally enjoy, triggering feelings of loneliness, rejection, social isolation that make social integration more difficult. School performance is often affected and children typically fall behind their healthy peers, because they have a long treatment process that involves frequent hospital admissions and prolonged absences from school. [3]

In order to overcome some of these feelings and limitations, these patients develop coping strategies that reveal very important and useful. One of the strategies children use is not thinking

about the heart disease. Another strategy is related to the fact that, knowing the symptoms associated with heart disease and because these patients already know how to deal with it, in case of new symptoms, they may feel they soon will be vanished. [5]

Another strategy refers to the knowledge of their own limits, that is, patients are aware of what they are capable of, as well as situations that can cause them concern, then, they tend to avoid them. [6]

METHODS

Participants

110 congenital heart disease patients participated in the present study and were interviewed in the cardiology and pediatric cardiology services at Hospital de São João in Oporto.

We had a total of 110 CHD patients, 62 male and 48 female, aged from 12 to 26 years old (mean=18,00 ± 3,617). Regarding cardiac malformation, 58 subjects were cyanotic and 52 non-cyanotic; 34 of these patients had a severe form of CHD, 18 moderate and 58 mild; 41 patients had some form of physical limitations while 69 did not. According to their medical records, 4 patients have severe residual lesions, 21 moderate residual lesions and 85 mild residual lesions. As for surgical interventions, 23 patients have never been submitted to any kind of surgical procedure, while 42 had 1 surgery, 25 had two, 11 had three, 5 had four, 3 had five and 1 had 9 surgeries. At that time, 47 patients were on pharmacological therapy while 63 were not.

Regarding their age at first surgery, 13 participants had their first surgery in the neonatal period, 23 during their first year of life, 18 between one year and three years of life, 20 between three and six years, eight between six and twelve years and, finally, six participants had their first surgery between twelve and eighteen.

Concerning the educational background, a total of 53 patients had completed their secondary education (until the 12th grade), 40 had completed the 9th grade, 11 had completed the 6th grade and 6 had graduated from college education. 55 of these patients had at least repeated one year of school.

As for their marital status, 105 were single, 2 were married, 2 cohabited and 1 was divorced.

When it comes to the psychiatric diagnosis, 22 patients indicated symptoms of a psychiatric disorder and 88 did not. From those who were diagnosed with one or more psychiatric disorders in all their lifetime 13 presented Minor or Major Depressive Syndrome, 3 Panic Disorder, 2 Anxiety Disorder, 3 or Manic Syndrome and 1 Cyclothymic Personality.

Instruments

In order to collect all the necessary information for this study, different tools were used, such as an identification form, a semi-structured interview, a standardized psychiatric interview SADS-L (“Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime version”) and WHOQOL-BREF.

When approaching patients, our first concern was to get their or their parents’ consent. After signing this form, an identification form followed, so that we could collect personal data from each patient, as well as aspects from their medical history such as diagnosis, type of heart disease, surgical interventions, pharmacological therapy and residual lesions, among others.

The semi-structured interview focused on different topics such social support, family upbringing, self-image, functional limitations and emotional adjustment; this was also intended to collect some socio-demographic data.

A psychiatric interview, SADS-L, was used to evaluate psychopathology in these patients.

The WHOQOL-BREF is a self-report questionnaire that assesses subjective QOL in both healthy individuals and those with range of psychological and physical disorders. It is a 26 item Likert-type scale with ratings from 1 to 5. For almost all the scale items, higher scores reflect a higher QOL. However, for three items (questions 3, 4 and 26), higher scores reflect a lower QOL. The first two questions assess general QOL. The WHOQOL-BREF also assesses four dimensions of QOL: physical (questions 3, 4, 10, 15, 16, 17 and 18), psychological (questions 5, 6, 7, 11, 19 and 26), social (questions 20, 21 and 22) and environmental (questions 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 and 25).

Procedure

The patients were invited to participate in this study while they were waiting for their cardiology or pediatric cardiology appointment. At this time, the patients themselves or, when under 18 years old, their caregivers were informed about all aspects of the research. Those who agreed completed a consent form. To make this survey possible, we have also needed to ask the Hospital Ethical Committee for permission, which followed international conventions, guaranteeing the rights of the patients. The interview happened on the spot.

Design

All assessment measures were obtained on a single occasion.

Data Analysis

The data analysis of the different instruments was processed using the software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics, version 19. Considering that variables in this study were non-parametric, Mann-Whitney U test and Chi-Square were used.

RESULTS

Compared to the Portuguese population [7], participants in our sample indicate a better perception of quality of life in all areas, except in the field of overall quality of life. Quality of life revealed significant in the physical ($t=-12,277$; $p=0,000$), psychological ($t=-2,524$; $p=0,013$), social relationship ($t=3,566$; $p=0,001$) and environment ($t=5,776$; $p=0,000$) domains.

The severity of heart disease is complex and can be divided into mild or moderate severity. When comparing these subgroups, we find that there are no statistically significant differences between them.

With regard to residual lesions, there are only statistically significant differences in the physical quality of life ($t=-2,432$; $p=0,017$).

When comparing patients who need treatments using medication with patients without medication, these last ones had better QOL in the area of social relationship ($t=-2,091$; $p=0,039$).

The patients that were not submitted to surgical interventions showed better QOL in all areas, except in the area of environment – Physical ($t=-2,525$; $p=0,013$), Psychological ($t=-2,394$; $p=0,018$), Social Relationship ($t=-2,502$; $p=0,014$) and general QOL ($u=1294,000$; $p=0,006$). Furthermore, patients with less than two surgeries have higher levels of quality of life in all dimensions, except in social relationship domain – Physical ($t=-2,469$; $p=0,015$), Psychological ($t=-1,879$; $p=0,047$), Environment ($t=-2,547$; $p=0,012$) and general QOL ($u=443,000$; $p=0,025$).

Social support revealed a great impact on QOL. The patients with better social support had better QOL in general and across all dimensions – Physical ($t=2,707$; $p=0,008$), psychological ($t=2,755$; $p=0,007$), Social Relationship ($t=4,976$; $t=0,000$), environment ($t=3,085$; $p=0,003$) and general QOL ($u=623,500$; $p=0,000$). Furthermore, the female participants reported greater social support than the male participants ($\chi^2=7,349$; $p=0,011$).

Patients with satisfactory physical competence showed better QOL when compared with patients with limited physical competence in the physical ($t=-2,093$; $p=0,039$), psychological ($t=-2,674$; $p=0,009$) and general QOL ($u=971,500$; $p=0,002$) dimensions.

Regarding the patients with satisfactory educational background, they had better QOL when compared with patients with an unsatisfactory educational background in three domains,

specifically, in the psychological ($t=2,457$; $p=0,016$), environment ($t=2,346$; $p=0,021$) and general QOL ($u=926,500$; $p=0,013$) domains.

Acyanotic patients showed better QOL comparatively to cyanotic patients in the physical domain ($t=-2,196$; $p=0,033$).

When comparing the quality of life of the age groups, 12 -18 and 19 -26, there were only statistically significant differences in the psychological domain ($t=-2,466$; $p=0,016$).

Finally, comparing the gender with the various domains of quality of life, there were significant differences in the field of the environment ($t=2,258$; $p=0,026$).

DISCUSSION

The given results made possible the analysis and comparison with previous researches. A range of variables – age, gender, submission to surgical interventions, number of surgeries, presence of cyanosis, social support, schooling process, physical ability, residual lesions, presence or absence of psychopathological disorders and pharmacological therapy – were tested to check their influence on the quality of life of these patients.

When compared with the overall Portuguese population, patients with congenital heart disease showed a better quality of life in all the domains, except for the general quality of life.

Unlike the previous study, there is another piece of research in which the quality of life of these patients and the global population is assessed; the results are similar to those of our research, showing that patients with congenital heart disease have a better quality of life than the general population. [8, 9] According to some authors, it can be explained by the fact that patients with congenital heart disease accept their health condition and their restrictions. [10]

In what is related to the presence or absence of cyanosis, only significant statistically differences were found in the physical domain in patients with acyanotic CC type, revealing a better quality of life than those of patients with cyanosis. These results can be proved with other studies by Landolt, Buechel & Latal (2008), since they confirm that the presence of cyanosis can influence the quality of life. [11]

Regarding the submission to surgeries, patients who were not submitted to surgeries have better results in all the domains, except for the environment, when compared with patients who were not. In fact, there are some explanations for this – lots of patients submitted to surgeries have body scars because of surgical corrections and, in spite of developing many life skills, the severity of the disease always end up conditioning their lives. Besides, the need of surgical corrections during their lifetime often interferes with their future planning. [12]

Concerning the severity of the heart disease, the results did not show any statistically significant number in any of the approached domains, what suggests that this factor does not influence the quality of life of the patient. The same fact was also confirmed by the conclusions of Ternstedt et al. (2001) and Krol et al. (2003). [13, 6]

Statistically significant results related to residual lesions were disclosed only in the physical domain – patients with mild residual lesions tend to show a better quality of life than patients with severe residual lesions. This matches the results from another study that proves that the existence of severe residual lesions and a more unstable clinical frame predicts a worse quality of life. [10]

With reference to the pharmacological therapy, through the results, we could notice a better quality of life only in the social relationship domain when patients did not have to accede to it. According to Spijkerboer and his collaborators, the pharmacological therapy is associated with the difficulties in the emotional field as well as of behaviour, and consequently, with cases of severe heart disease. [14] Another fact showed that, due to pharmacological therapy and regular hospital admissions, patients often develop feelings of anxiety and depression. [3]

On the topic of the psychiatric diagnosis, statistically significant differences were not found in any of the domains of quality of life, which possibly means that this is not a quality of life conditioning factor. Another piece of work confirms the same – though the frequent hospital admissions, even at early ages, linked to other problems in the emotional and behavioural levels, there are other factors – the fact of being the first surgery or the post-surgery period do not seem to be connected to the presence of psychopathology. [15]

Very significant conclusions were revealed by the social results, making clear that this is a very relevant factor in the patients' lives, in all the domains – physical, psychological, social relationships, environment and the general quality of life. As Tak & McCubbin sustained (2002), the social support is a primary aspect either in the individual or in the familiar field, as well as within the patients' community, and plays a crucial role in the balance between stress and

psychological well-being, just like the perception of social support helps to decrease the effects of stress in terms of physical and psychological problems. [16]

In relation to the physical competence, patients with satisfactory physical ability show higher levels of quality of life in the physical, psychological and in the general quality of life domains, when compared to patients with limited physical capacity. Nonetheless, there are some explanations for this. Bearing in mind another research, this is linked to various symptoms: the feeling of breathing difficulties, fatigue, body pain, nausea and fainting. [5] Some other authors support that the motor functioning is weaker in children with congenital heart diseases. [1]

Regarding the school performance item, those patients with satisfactory results revealed better quality of life levels in the psychological, environment and general quality of life domains, in contrast to patients with an unsatisfactory school performance. For some authors, an unsatisfactory schooling process can influence negatively the quality of life. [10] Hospital admissions, as well as the restriction of some activities with their peers, lead these patients to be absent from school, usually for long periods, what consequently interferes with the school success.

When differences of gender and the various domains of the quality of life were assessed only statistically significant differences in the environment domain were demonstrated. Authors sustain the idea that men can be associated to lower results in emotional and behavioural terms, while women are related to low levels of general health. [1] Furthermore, women show greater emotional support as well as a better sense of fellowship in the management of potential problems. [15]

As far as age groups are concerned, statistically significant differences were only observed in the psychological domain when comparing groups from 12 to 18 and 19 to 26. Contrarily, in another study, statistically relevant differences were also detected but in what relates to motor functioning. [1]

ACKNOWLEDGMENTS

This study was supported by a grant by CESPU.

COMPETING INTERESTS

There are no competing interests.

FUNDING

This research was supported by a grant by CESPU.

COPYRIGHT LICENCE STATEMENT

REFERENCES

- [1] Spijkerboer, A. W., Utens, E. M. W. J., Koning, W. B. d., Bogers, A. J. J. C., 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.
- [2] Claessens, P., Moons, P., Casterlé, B., Cannaerts, N., Werner, & Gewillig, M. (2005). What does it mean to live with a congenital heart disease? A qualitative study on the lived experiences of adult patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 4*, 3-10.
- [3] Nousi, D., & Christou, A. (2010). Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal, 4*(2), 94-100.
- [4] Krol, Y., Grootenhuis, M. A., Destrée-Vonk, A., Lubbers, L. J., & Koopman, H. M. L., Bob F. (2003). Health Related Quality of Life in Children with Congenital Heart Disease *Psychology and Health* (Vol. 18, pp. 251–260).
- [5] Birks, Y., Sloper, P., Lewin, R., & Parsons, J. (2006). Exploring health-related experiences of children and young people with congenital heart disease. *Health Expectations, 10*, 16–29.
- [6] McMurray, R., Kendall, L., Parsons, J. M., Quirk, J., Veldtman, G. R., & Lewin, R. J. P. S., P. (2001). A life less ordinary: growing up and coping with congenital heart disease. *Coronary Health Care, 5*, 51–57.
- [7] Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*(1), 41-49.
- [8] Fekkes, M., Kamphuis, R. P., Ottenkamp, J., Verrips, E., Vogels, T., Kamphuis, M., & Verloove-vanhorick, S. P. (2001). Health-related quality of life in young adults with minor congenital heart disease. *Psychology and Health, 16*, 239-250.

- [9] Moons, P., Deyk, K. V., Marquet, K., Raes, E. B., Leentje De, Budts, W., & Geest, S. D. (2005). Individual quality of life in adults with congenital heart disease: a paradigm shift. *European Heart Journal*, *26*, 298–307.
- [10] Moons, P., Deyk, K. V., Marquet, K., Bleser, L. D., Geest, S. D., & Budts, W. (2009). Profile of adults with congenital heart disease having a good, moderate, or poor quality of life: A cluster analytic study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *8*, 151–157.
- [11] Landolt, M., Buechel, E., & Latal, B. (2008). Health-related quality of life in children and adolescents after open-heart surgery. *The Journal of Pediatrics*, *152*, 349-355.
- [12] Foster, E., Graham, T. P. D., David J., Reid, G. J., Reiss, J. G. R., Isobel A., Sermer, M., Siu, S. C. U., Karen, . . . Webb, G. D. (2001). Task Force 2: Special Health Care Needs of Adults With Congenital Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, *37*(5), 1161–1198.
- [13] Ternstedt, B., Wall, K., Oddsson, H., Riesenfeld, T., Groth, I., & Schollin, J. (2001). Quality of Life 20 and 30 Years After Surgery in Patients Operated on for Tetralogy of Fallot and for Atrial Septal Defect. *Pediatric Cardiology*, *22*, 128–132.
- [14] Spijkerboer, A. W., Koning, W. B. D., Duivenvoorden, H. J., Bogers, A. J. J. C., Verhulst, F. C., Helbing, W. A., & Utens, E. M. W. J. (2010). Medical predictors for long-term behavioral and emotional outcomes in children and adolescents after invasive treatment of congenital heart disease. *Journal of Pediatric Surgery*, *45*, 2146–2153.
- [15] van Rijen, E., Utens, E., Ross-Hesselink, J., Meijboom, F., van Domburg, R., Roelandt, J., . . . Verhulst, F. (2004). Medical predictors for psychopathology in adults with operated congenital heart disease. *European Heart Journal*, *25*, 1605-1613.
- [16] Tak, Y. R., & McCubbin, M. (2002). Family stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, *39*(2), 190-198.

Anexo 3

Co-Autora de Um Artigo submetido para
Cardiology in the Young

Living with Congenital Heart Disease: Quality of Life in Early Adult Life

Areias MEG (1,3), Pinto C (1,4), Vieira P (1,4), Matos S(1,4), Freitas I (1,4), Castro M(1,4), Sarmiento S(1,4), Viana V (6,7), Areias JC (2,5,6)

(1) Department of Psychology of ISCS-N (CESPU), Gandra, Portugal

(2) Department of Pediatrics (Cardiology), Porto Medical School, UP, Porto, Portugal

(3) CINEICC, Coimbra, Portugal

(4) UNIPSA, Gandra, Portugal

(5) Unidade de Investigação Cardiovascular, Porto, Portugal

(6) Hospital São João

(7) Faculty of Nutrition, University of Porto