



Ana Carolina Seixas Pinheiro

## **Qualidade de Vida na Cardiopatia Congénita**

Dissertação apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde para  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica

2016

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ana Carolina Seixas Pinheiro

## **Qualidade de Vida na Cardiopatia Congênita**

Dissertação apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde para  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob orientação da Professora Doutora Maria Emília  
Guimarães Areias

2016

## Agradecimentos

---

Um agradecimento especial aos meus Pais por me facilitarem todo este percurso e pelo apoio e dedicação.

Ainda tão pequena mas com grande impacto, a minha querida Afilhada que nos momentos mais difíceis ao seu jeito me arrancava um sorriso e novo alento para continuar. Nem imaginas o quão importante foste e és.

A todos os Professores/Orientadores e colaboradores desta linha de investigação que neste caminho me acompanharam, ensinaram e ajudaram incessantemente.

À minha orientadora de tese de Mestrado Professora Doutora Maria Emília Areias um profundo agradecimento. Obrigada A TODOS pelo conhecimento transmitido, disponibilidade e tudo mais.

Um agradecimento especial a todas as pessoas Amigas e colegas que me deram força e coragem nos momentos menos fáceis para continuar a percorrer este grande e gratificante caminho.

A Todos o Meu Sincero Agradecimento!

## **Lista de Abreviaturas**

ABCL – *Adult Behavior Checklist*;

ASR – *Adult Self Report*;

BADS – *Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome*;

CBCL – *Children Behavioral Checklist*;

CC – *Cardiopatía (s) Congénita (s)*;

CIV – *Comunicação Interventricular*;

FCR – *Figura Complexa de Rey*;

QV – *Qualidade de Vida*;

MDD – *Memória de Dígitos Diretos*;

MDI – *Memória de Dígitos Indiretos*;

ML – *Memória Lógica*;

NEO-FFI - *NEO Five-Factor Inventory*;

P *Stroop* – *Tarefa de leitura de palavras*;

C *Stroop* – *Tarefa de leitura de cores*;

PC *Stroop* – *Tarefa de controlo inibitório*;

TGV – *Transposição dos Grandes Vasos*;

TF – *Tetralogia de Fallot*

TMT – *Trail Making Test*;

WHOQOL-BREV - *World Health Organization Quality of Life –bref version*;

WISC – *Wechsler Intelligence Scale for Children*;

WMS – *Wechsler Memory Scale*;

YSR – *Youth Self Report*.

## Índice

Introdução .....	1
Capítulo I – Estado da Arte.....	2
Epidemiologia .....	2
Definição - Cardiopatias Congénitas (CC).....	2
Cardiopatias Estruturais Simples, Moderadas e Complexas .....	4
Qualidade de Vida e Perfis de Risco .....	4
Capítulo II - Métodos.....	8
Objetivos .....	8
Descrição da População .....	9
Instrumentos de Avaliação .....	10
Procedimento e Recolha de Informação.....	12
Metodologia da Análise Estatística .....	12
Capítulo III - Resultados.....	14
Capítulo IV – Discussão e Conclusões .....	30
Referências Bibliográficas .....	35
Anexos .....	44

## Índice de Tabelas

---

**Tabela 1** – Caracterização demográfica dos participantes.

**Tabela 2** - Diferenças entre o sub grupo de CC cianótico (TF; TGV) e acianótico (CIV) relativamente às variáveis demográficas (e.g. idade), educacionais (e.g. anos de escolaridade; número de reprovações escolares), clínicas (e.g. imagem corporal; número de intervenções cirúrgicas) e sociais (e.g. número de suporte social).

**Tabela 3** - Prevalência de Psicopatologia nos participantes do nosso estudo entre os valores de referência da população em geral e diferença entre género.

**Tabela 4** - Média e desvio padrão para domínios da qualidade de vida nos participantes e qualidade de vida da população portuguesa em geral.

**Tabela 5** - Diferenças entre o tipo de CC cianótica e acianótica relativamente às classificações médias dos domínios da QV.

**Tabela 6** - Diferenças entre a gravidade relativamente às classificações médias dos domínios da QV.

**Tabela 7** - Diferenças entre número de intervenções cirúrgicas relativamente às classificações médias dos domínios da QV

**Tabela 8** - Diferenças entre as Lesões Residuais relativamente às classificações médias dos domínios da QV.

**Tabela 9** - Comparação da Competência Física em relação aos domínios da QV.

**Tabela 10** - Comparação dos grupos etários em relação aos domínios da QV.

**Tabela 11** - Diferenças entre o Suporte Social relativamente às classificações médias dos domínios da QV.

**Tabela 12** - Comparação entre participantes que reprovaram e os que não reprovaram em relação aos domínios da QV.

**Tabela 13** - Diferenças entre o sub grupo de CC cianótico (TF; TGV) e acianótico (CIV) relativamente às médias dos domínios de QV (e.g. Domínio geral; Domínio físico; Domínio psicológico; Domínio relações sociais e Domínio meio ambiente).

**Tabela 14**- Correlações de Spearman entre os resultados dos domínios da QV e as variáveis demográficas (idade; anos de escolaridade (Anos E.); grupo etário (12-18 anos), clínicas (n.º de intervenções cirúrgicas (N.º I.C.); cardiopatia; gravidade; n.º de reprovações (N.º Rep.) e atividade física (A.F.)) e psicossociais (suporte social (SS.); imagem corporal (Imagem C.); estilo educacional (E.E.)) do grupo com CC.

**Tabela 15** - Correlações de Spearman entre os resultados dos domínios da QV e variáveis fetais (Perímetro cefálico; Peso; Comprimento) e neonatais (Apgar1 e 5).

**Tabela 16** - Correlações de Spearman entre as dimensões do ajustamento psicossocial relato cuidador (CBCL) (e.g. Isolamento; Queixas Somáticas; Ansiedade/Depressão; Problemas Sociais; Alterações de Pensamento; Comportamento Delinquente; Comportamento Agressivo; Internalização; Externalização) e os resultados do teste de QV do grupo com CC.

**Tabela 17** - Correlações de Spearman entre os domínios do ajustamento psicossocial relato cuidador (ABCL) (e.g. Isolamento; Queixas Somáticas; Ansiedade/Depressão; Problemas Sociais; Alterações de Pensamento; Comportamento Delinquente; Comportamento Agressivo; Internalização; Externalização) e os resultados do teste de QV do grupo com CC.

**Tabela 18** - Correlações de Spearman entre os domínios do ajustamento psicossocial auto-relato (YSR) (e.g. Isolamento; Queixas Somáticas; Ansiedade/Depressão; Problemas Sociais; Alterações de Pensamento; Comportamento Delinquente; Comportamento Agressivo; Internalização; Externalização) e os resultados do teste de QV do grupo com CC.

**Tabela 19** - Correlações de Spearman entre os domínios do ajustamento psicossocial auto-relato (ASR) (e.g. Isolamento; Queixas Somáticas; Ansiedade/Depressão; Problemas Sociais; Alterações de Pensamento; Comportamento Delinquente; Comportamento Agressivo; Internalização; Externalização) e os resultados do teste de QV do grupo com CC.

**Tabela 20** - Correlações de Spearman entre os resultados dos domínios da QV e dos Traços de Personalidade (Neuroticismo; Extraversão; Abertura à experiência; Amabilidade; Responsabilidade) em participantes com CC.

**Tabela 21** - Correlações de Spearman entre os resultados dos domínios da QV e dos testes neuropsicológicos (Memória de dígitos diretos (MDD) memória de dígitos indiretos (MDI), Figura Complexa de Rey Cópia (ReyC), Figura Complexa de Rey Memória (ReyM), Código, Procura da Chave (Pro.Chave), Teste de Cores e Palavras (Stroop P; Stroop C; Stroop PC), *Trail Making Test* versão A e B (TMTA; TMTB) e Memória Lógica (ML) do grupo com CC.

**Tabela 22** - Modelo Preditivo da Qualidade de Vida Geral.

**Tabela 23** - Modelo Preditivo da Qualidade de Vida domínio físico.

## **Preâmbulo**

O artigo apresentado decorre da Unidade Curricular “Seminário de Investigação”. Insere-se na linha de investigação “Cardiopatas Congénitas” em curso do segundo ano de Mestrado de Psicologia Clínica e sob orientação da Professora Doutora Maria Emília Areias.

O intuito do estudo foi a realização de uma investigação para posterior publicação em revista científica.

O objetivo global do presente estudo foi avaliar a população de adolescentes e jovens adultos com Cardiopatia Congénita (CC), no Norte de Portugal, sob a perceção dos mesmos, na qualidade de vida. E, determinar a influência de variáveis sociodemográficas, clínicas, de ajustamento psicossocial (AP), morbilidade psiquiátrica (MP), traços de personalidade (TP) e variáveis relacionadas com o Desempenho Neurocognitivo (DN) sobre a QV dos participantes, com o fim de compreender as que desempenham um papel na prevenção do stress e promoção da resiliência. Um outro objetivo foi determinar um modelo preditor da QV, em participantes com CC. Para a recolha dos dados, o Hospital de São João, foi o local escolhido, dado comportar uma área substancial de cuidados a nível da cardiologia.

Selecionados os 335 participantes com CC, foram aplicados um conjunto de instrumentos de avaliação clínicos e de avaliação neuropsicológica, num único momento temporal. Inicialmente, foi preenchida uma ficha de identificação com os dados clínicos e demográficos do paciente. Posteriormente, foram administrados os instrumentos clínicos, intercalando-os com os de avaliação neuropsicológica.

Assim, num primeiro capítulo, é possível encontrar um enquadramento teórico das Cardiopatas Congénitas, bem como uma revisão do estado da arte, relacionado com a Qualidade de Vida; no segundo capítulo, será descrita a metodologia e no terceiro capítulo serão apresentados os resultados. No quarto capítulo, será realizada a discussão dos resultados e a conclusão dos mesmos.

**Abstract:** Our aims were to evaluate the quality of life (QOL) in adolescents and adults with Congenital Heart Disease (CHD). We investigated the influence of socio-demographic and clinical variables, psychiatric morbidity, psychosocial adjustment, characteristics and personality traits and cognitive performance on the QOL of participants.

**Population and Methods:** In this study participated 335 participants with Cardiac Congenital of Pediatric Cardiology of the Hospital of St. John consultation. Of the 335 participants, 187 were males and 148 females aged between 12 and 30 years ( $M = 16.36$  and  $SD = 3.124$ ). The control group consisted of 80 healthy subjects of whom 35 were males and 45 females with an average age of ( $M = 16.76$  and  $SD = 2.218$ ).

They completed a psychiatric interview (SADS-L) and self-report questionnaires on quality of life (WHOQOL-BREV) and personality traits (NEO-FFI). To assess the different neurocognitive functions and performance, we used the following assessment instruments: **a.** Digits test, in direct form and in reverse form; **b.** Rey complex figure test, copy and reproduction after 3 minutes; **c.** Trail making test, part A and part B; **d.** Stroop test (colour-word); **e.** Code test; **f.** Logical memory task; **g.** BADS key-searching test. Socio-demographic and clinical information was also collected, and questionnaires on psychosocial adjustment in self report form (YSR, ASR) and caregivers form (CBCL, ABCL).

**Results:** Statistically significant differences were found in domains of QOL in patients compared to the portuguese population, and patients have better results in the general, social relationships and environment areas. However, this perception is worse in the more complex forms of heart disease than in moderate forms, However, is worse in complex forms of CHD than in moderate to mild ones, in cyanotic versus acyanotic patients, in moderate-to-severe versus mild residual lesions, in patients submitted versus those not submitted to surgery, on patients with limited physical competence vs satisfactory physical competence, in age groups 19-26 vs 12-18 and in those with more retentions. We found a 18.4% lifetime prevalence of psychopathology in our participants (24.1% women and 13.9% men) compared to the general population indicates that in the group of patients are slightly less in terms of psychiatric morbidity. A percentage of 31.8% retentions at school ( $M = 9.61$  and  $SD = 2.131$ ).

**Concluions:** Patients with CHD have better general QOL compared to the portugueses population. Female patients with CHD show a higher predisposition of psychopathology. We determine two predictive models for QOL in patients with CHD.

**Key words:** Congenital Heart Disease; Quality of Life.

**Resumo:** Este estudo teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida (QV) em adolescentes e jovens adultos com Cardiopatia Congénita (CC). São investigadas a influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas, de morbilidade psiquiátrica, ajustamento psicossocial, traços de personalidade e desempenho neurocognitivo (DN) sobre a QV dos participantes.

**População e Métodos:** Neste estudo participaram 335 participantes com Cardiopatias Congénitas da consulta de Cardiologia Pediátrica do Hospital de São João. Dos 335 participantes, 187 eram do sexo masculino e 148 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 12 e os 30 anos ( $M = 16.36$  e  $DP = 3.124$ ). O grupo de controlo foi composto por 80 participantes saudáveis dos quais, 35 eram do sexo masculino e 45 do sexo feminino com uma média de idades ( $M = 16.76$  e  $DP = 2.218$ ).

Foi completada uma entrevista psiquiátrica estandardizada (SADS-L) e questionários de auto-relato sobre a qualidade de vida (WHOQOL-BREV) e traços de personalidade (NEO-FFI). Para aceder aos diferentes domínios do desempenho neurocognitivo foram usados os instrumentos: **a.** Memória de Dígitos (sentidos direto e inverso); **b.** Figura Complexa de Rey, cópia e reprodução passados 3 minutos; **c.** *Trail Making Test* versões A e B; **d.** Teste de Cores e Palavras; **e.** Pesquisa de Símbolos de Wechsler; **f.** Memória Lógica, e, **g.** Procura da chave da *BADS*. Informações sócio-demográficas e clínicas foram também recolhidas, bem como questionários para avaliar o ajustamento psicossocial na forma de auto-relato (YSR, ASR) e relato dos cuidadores (CBCL, ABCL).

**Resultados:** Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da QV nos participantes em comparação com a população portuguesa, tendo os participantes melhores resultados no domínio geral, relações sociais e meio ambiente. Contudo, esta perceção é pior nas formas mais complexas de cardiopatia do que nas formas moderadas, em participantes cianóticos vs acianóticos, com lesões moderadas/graves vs lesões residuais/leves, em participantes submetidos a cirurgia vs não submetidos, em participantes com competência física limitada vs competência física satisfatória, nos grupos etários 19-26 vs 12-18 e nos que têm maior número de retenções. Verificamos uma prevalência de psicopatologia de 18.4% nos nossos participantes (24.1% nas mulheres e 13.9% nos homens) quando comparados com os da população em geral o que nos indica, que o grupo de doentes, está ligeiramente abaixo em termos de morbilidade psiquiátrica. Uma percentagem de 31.8% de retenções na escola ( $M = 9.61$  e  $DP = 2.131$ ).

**Conclusões:** Participantes com CC têm melhor QV geral em comparação com a população portuguesa em geral. Participantes com CC do género feminino evidenciam uma maior predisposição para psicopatologia. Foram determinados dois modelos preditivos da QV em participantes com CC.

**Palavras-Chave:** Cardiopatias Congénitas; Qualidade de vida.

## **Introdução**

As Cardiopatias Congénitas (CC) podem ser designadas como sendo as alterações que ocorrem durante a gestação, na formação do coração, assim como dos vasos sanguíneos, provocando, deste modo malformações cardíacas.

Nos países desenvolvidos, as cardiopatias congénitas são consideradas a segunda principal causa de morte a nível pediátrico, 9: 1000 nascimentos <sup>(1,2)</sup>.

Considera-se que, aproximadamente, 1% dos recém-nascidos manifeste algum tipo de cardiopatia congénita que põe em causa a possibilidade de sobrevivência, sendo frequente recorrer à cirurgia, nas etapas primárias da sua ainda curta vida <sup>(3,4,5,6,7)</sup>.

A evolução nos tratamentos clínicos e cirúrgicos tornou possível aumentar a taxa de sobrevivência, sendo que cerca de 85-90% das crianças, com uma cardiopatia congénita, podem agora viver até à idade adulta <sup>(8,9,4,10,11,12,13,14)</sup>. No entanto, a investigação tem demonstrado que alguns destes indivíduos enfrentam muitos desafios médicos, psicossociais e comportamentais no caminho para a vida adulta. Consequentemente, uma maior atenção tem sido dada à qualidade de vida e perceção da mesma pelos pacientes<sup>1</sup>.

Os estudos revelam que a prevalência de pacientes adultos, com cardiopatia congénita, tem aumentado, comparativamente às crianças. No ano 2000 cerca de 49% das pessoas, com cardiopatia congénita severa, eram adultos <sup>(15)</sup>.

Diversos estudos têm relatado, a curto e a longo prazo, resultados ao nível da qualidade de vida nestes pacientes. Apesar de alguns estudos relatarem perdas de qualidade específica em domínios da vida específicos, outros estudos indicam que a qualidade de vida global foi comparável ao observado na população em geral <sup>(16,17)</sup>.

Dada a dimensão do problema, continua a ser necessário desenvolver esforços para que um número, cada vez maior de cardiopatias, seja diagnosticado de forma correta e atempada no período pré-natal.

## Capítulo I – Estado da Arte

---

### Epidemiologia

A maioria das anomalias cardíacas é de etiologia desconhecida, porém, vários fatores, como os genéticos, pré-natais, mãe com idade superior a 40 anos associam-se a maior incidência <sup>(18, 19)</sup>.

A incidência de cardiopatia congénita (CC) na população é de 5 a 12 por mil nados vivos. Nos países desenvolvidos, as CC são consideradas a segunda principal causa de morte a nível pediátrico, 9: 1000 nascimentos <sup>(1, 2)</sup>.

Em Portugal, esta patologia é a mais frequente, entre as malformações congénitas, tendo-se verificado, nos últimos anos, uma diminuição dos óbitos por esta causa no 1º ano de vida, de 11.5% em 2000 para 8.7% em 2004. Fatores como melhorias, na acuidade do diagnóstico, no encaminhamento programado para o nascimento em hospitais, com o apoio de cardiologia pediátrica, na qualidade do transporte do recém-nascido, com cardiopatia para centros especializados e nos resultados da cirurgia cardíaca neonatal associam-se para a obtenção destes ganhos em saúde <sup>(20)</sup>.

Apesar dos avanços, esta população encontra-se confrontada com diversos problemas médicos, psicossociais e comportamentais no decurso da sua vida <sup>(21)</sup>. Assim, no sentido de não se sentirem rejeitados, os pacientes com CC tendem a ocultar a sua doença, numa fase inicial, e apenas a divulgam, após se sentirem mais confortáveis e integrados no novo contexto <sup>(7)</sup>.

### Definição - Cardiopatias Congénitas (CC)

A CC é definida como uma malformação do coração ou dos grandes vasos sanguíneos que se desenvolve durante o período fetal. Clinicamente, é classificada como cianótica ou acianótica com base no gradiente de saturação de oxigénio no sangue <sup>(22,1)</sup>.

Todas as anomalias que atingem a estrutura cardíaca, no momento do nascimento, são definidas como cardiopatias congénitas. Podem ocorrer na parede do coração, nas válvulas ou nos vasos de irrigação sanguínea. Estas malformações contemplam um amplo espectro clínico e compreendem defeitos que evoluem, de forma assintomática e sintomática, levando a uma elevada taxa de mortalidade <sup>(23)</sup>.

### Cianótica e Acianótica

A condição cianótica é normalmente caracterizada pela passagem de sangue venoso (sangue desoxigenado) para a corrente sanguínea arterial (sangue oxigenado). A magnitude da passagem ou desvio da cardiopatia vai determinar a severidade da desoxigenação que, por sua vez, vai determinar o grau de severidade da patologia.

A cianose pode ser identificada pela coloração azulada da pele, consequência de um baixo nível de oxigénio no sangue <sup>(24,25)</sup>.

Ao contrário das cardiopatias cianóticas, as CC acianóticas são caracterizadas por uma saturação do oxigénio no sangue arterial e por uma coloração normal da pele <sup>(1)</sup>.

As cardiopatias congénitas cianóticas mais comuns são a Tetralogia de Fallot (TF) e Transposição dos grandes vasos (TGV) cerca de 5%. As acianóticas mais comuns são a Comunicação Interventricular (CIV - 30-50%), Coartação da Aorta (CoA) e Estenose da Válvula aórtica (EVA) com cerca de 6% e Estenose Valvular Pulmonar (EVP - 7%), Persistência do canal Arterial (10%) e Comunicação interatrial (7-10%).

No nosso estudo, consideramos três grandes grupos de cardiopatia. A Tetralogia de Fallot (TF), Transposição das Grandes Artérias (TGA) e Comunicação Interventricular (CIV).

A Tetralogia de Fallot (TF) é o defeito cianótico mais comum. Cerca de 5 em cada 10.000 bebés nascem com a mesma. A TF é classificada segundo a American Heart Association e a American College of Cardiology como uma doença cardíaca moderadamente complexa. O que significa que o indivíduo deve obter cuidados especializados de cardiologia, pelo menos a cada dois anos. Os problemas ocorridos nesta cardiopatia fazem o sangue entrar e sair do coração para se misturar. Assim, sangue que é pobre em oxigénio ("azul") mistura-se com sangue que é rico em oxigénio ("vermelho").

Os bebés nascidos com TF, às vezes são chamados "bebés azuis" por causa da falta de oxigénio (cianose).

Em termos de sintomas podem apresentar cianose, taquipneia (ter por vezes a respiração rápida e pouco profunda), hiperpneia (respiração rápida e profunda), perdas de consciência, convulsões, acidentes cerebrovasculares e até morte <sup>(24)</sup>.

Os check-ups realizados podem ajudar a detetar qualquer problema de início e evitar consequências maiores no coração a longo prazo <sup>(26)</sup>.

Na Transposição das Grandes Artérias (TGA) as duas principais artérias do coração são invertidas. O sangue azul ao entrar no coração é bombeado diretamente para o corpo,

sem passar pelos pulmões. Sangue que vem dos pulmões é enviado de volta para os pulmões em vez de para fora do corpo. Os bebês que nascem com TGA vão morrer, a menos que, haja um buraco entre os dois lados do coração para permitir que um pouco de sangue vermelho possa sair para o corpo. Muitas pessoas com TGA nascem com um defeito do septo ventricular (DSV), que permite que isso aconteça. Em outros casos é feito um buraco para mantê-los vivos. Também estes bebês quase sempre precisam de cirurgia para ajudar o coração a trabalhar o mais normal possível <sup>(26)</sup>.

A Comunicação Interventricular (CIV) é acianótica e caracterizada pela existência de defeito (s) no septo ventricular que são pequenos buracos na parede que dividem o ventrículo esquerdo do direito. Normalmente afeta recém-nascidos e crianças, sendo que estes defeitos com o passar do tempo podem eventualmente fechar. As consequências fisiológicas deste defeito vão ser determinadas pelo tamanho dos mesmos, ou seja, quanto maior o defeito, maior são as suas consequências e vice-versa. Nos pacientes com este tipo de CC, a sintomatologia mais frequente é a hipertensão arterial, cefaleias, tonturas, palpitações e insuficiência cardíaca <sup>(25)</sup>.

### **Cardiopatias Estruturais Simples, Moderadas e Complexas**

As cardiopatias congênitas compreendem um amplo espectro de lesões cardíacas estruturais simples, moderadas e complexas, sendo o defeito congênito mais comum <sup>(27)</sup>.

Dependendo da gravidade, as cardiopatias podem variar entre leves a complexas<sup>4</sup>. Neste sentido e tendo em conta a gravidade, podem ser diferenciadas segundo Kovacs et al., (2005) em: **1) Menores**, normalmente são assintomáticas e causam poucas limitações na vida do paciente. A intervenção cirúrgica é somente necessária em alguns casos; **2) Moderadas**, geralmente os pacientes necessitam de intervenção cirúrgica cujos resultados estão relacionados com o curso da evolução e expectativas de vida e **3) Complexas**, os pacientes necessitam de uma monitorização cardíaca frequente, devido às limitações impostas pela doença.

### **Qualidade de Vida e Perfis de Risco**

Tem havido um grande interesse no que respeita ao tipo de qualidade de vida (QV) que têm as pessoas com doenças crónicas, como a CC do coração.

Estudos anteriores referem que adultos com CC tinham uma QV inferior <sup>(28)</sup>. No entanto, estudos mais recentes divergem desta visão, demonstrando que as pessoas com esta doença podem ter uma melhor QV do que os seus pares. Este pode ser um fator determinante na perceção destes doentes e mesmo na dos familiares que enfrentam melhor a situação.

Vários ensaios clínicos na insuficiência cardíaca têm-se centrado na melhoria dos sintomas ou diminuição no risco de morte e outras doenças cardiovasculares <sup>(29)</sup>. Assim, é importante perceber qual o papel das diferentes variáveis clínicas e neurocognitivas, com impacto na QV e na adaptação à doença. O objetivo é perceber como podemos aumentar a QV <sup>(28)</sup>.

A QV foi definida como o grau de satisfação de vida global sendo influenciada positiva ou negativamente pela perceção dos indivíduos, face a aspetos das suas vidas que podem estar ou não relacionados com a saúde <sup>(30)</sup>. Sendo um constructo multidimensional integra ainda o bem-estar físico, emocional e social, tal como é percecionado pelo indivíduo <sup>(31)</sup>.

A maioria das crianças com CC são diagnosticadas ainda dentro do útero ou na infância e espera-se que sejam submetidas a procedimentos cirúrgicos <sup>(22, 5)</sup> o que poderá implicar o seu desempenho neurocognitivo <sup>(31, 32, 33, 34)</sup>. Revelam problemas neurológicos ao longo do seu desenvolvimento, como défices cognitivos, em funções executivas, capacidades visuo-construtivas e problemas de atenção <sup>(35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 9)</sup>.

O primeiro aspeto, por si só, ser diagnosticado no período pré-natal, pode ser justificativo da perceção dos pacientes da sua QV pois, tal como os nossos pacientes relataram quando avaliados, muitos nem se recordam uma vez sequer, pois eram ainda pequenos.

Não obstante, a prevalência de pacientes adultos, comparativamente às crianças com CC, tem aumentado. No ano 2000 cerca de 49% das pessoas com CC severa eram adultos <sup>(15)</sup>.

O aumento da longevidade desta população levou a um aumento de problemas médicos, psicossociais e problemas comportamentais, ao longo da vida destes pacientes, o que leva a preocupações sobre o bem-estar e QV percebida pelos mesmos <sup>(30, 12)</sup>. A CC é considerada uma doença crónica como tal, os pacientes com esta doença enfrentam vários obstáculos, como estarem sujeitos a restrições físicas, interrupções no seu percurso escolar e restrições que podem condicionar a sua vida adulta <sup>(43)</sup>.

Os estudos são controversos no que concerne à QV nestes pacientes como referido. Alguns referem pior bem-estar psíquico e QV geral em comparação com a população saudável. Enquanto que, outros indicam que não há qualquer relação entre a presença de CC e menor QV, sendo os resultados semelhantes aos encontrados em indivíduos saudáveis <sup>(44, 45)</sup>. Outras investigações relatam que a natureza da CC conduz os pacientes a ter uma melhor QV do que os indivíduos saudáveis <sup>(46, 47)</sup>.

Numa pesquisa mais alargada da influência da Psicopatologia Psiquiátrica na QV destes pacientes, os estudos têm concluído que existe uma tendência para problemas comportamentais e emocionais como ansiedade/depressão <sup>(48, 49, 50)</sup>. Outros divergem, encontrando um funcionamento psicológico adaptativo em adultos com CC <sup>(5)</sup>.

No mesmo seguimento, existem estudos que defendem que os pacientes com CC grave apresentaram pior ajustamento psicossocial e morbidade psiquiátrica <sup>(4, 5)</sup>.

É o género feminino que apresenta uma maior incidência de Perturbações de Humor e de Ansiedade. De referir que as taxas de diagnósticos psiquiátricos são superiores em grupos etários mais novos (18 e os 24 anos) <sup>(51)</sup>.

De acordo com a literatura, o fator predominante e que está significativamente associado à QV é o atraso no crescimento físico, em relação à altura e ao peso, variando dependendo do tipo e gravidade da doença <sup>(52,53,54)</sup>.

Alguns estudos têm reportado que uma pior QV está relacionada com maior gravidade da doença <sup>(55, 4)</sup> e instabilidade da doença <sup>(56)</sup>, bem como, um mau desempenho neuropsicológico ao nível do funcionamento motor e autonomia <sup>(43)</sup>. Mas, a gravidade da doença leva-nos a um outro aspeto relevante, que são os tratamentos cirúrgicos e hospitalizações e a sua relação com períodos de falta escolar. Estes têm um impacto no desempenho escolar destas crianças que, normalmente, não acompanham o progresso dos seus colegas <sup>(1)</sup>. As consequências mais evidentes, relacionam-se com problemas de comportamento, reprovações, poucas capacidades de socialização que podem estar na base de sentimentos de isolamento ou rejeição e consequentemente baixa auto estima <sup>(4)</sup>, um baixo desempenho escolar e, dificuldades de aprendizagem <sup>(1)</sup>.

Contudo, não foram encontradas diferenças em variáveis sócio-demográficas como o sexo, idade e estado civil <sup>(17)</sup>.

Decorrente destas intervenções, os pacientes tendem a ficar com algumas marcas corporais. Deste modo, um dos grandes problemas vividos por estes pacientes é a mudança na imagem corporal, no período pós-operatório. Esta é, na maioria dos casos, um estigma que “expõe” a doença e que leva a comentários e perguntas por parte de pessoas que

frequentam o mesmo ambiente que a criança/adolescente, sobretudo na escola. Em resultado disso, as crianças tornam-se mais introvertidas e isoladas dos outros, uma vez que sentem vergonha e culpa, pela sua imagem corporal <sup>(57)</sup>.

Uma outra área significativa, relacionada com a QV destes pacientes, é a restrição da atividade física, imposta quer pela condição de doença, quer pelos pais que se tornam superprotetores <sup>(1)</sup>, por motivos reais médicos ou por imposição dos pais. Isto leva a uma diminuição ou ausência da atividade física, o que acarreta, a longo prazo, problemas ao nível da saúde mental e QV percebida por estes pacientes <sup>(4)</sup>.

O ambiente familiar tem um papel preponderante, no progresso da saúde e bem-estar psíquico e mental ao longo do tempo. Os estudos indicam que o ambiente familiar, o papel das crianças no mesmo e as interrelações entre membros da família, irão predizer o nível de aceitação da doença, a adesão ao tratamento, e resposta da criança às adversidades causadas pela doença <sup>(1)</sup>.

Analisando um outro estudo, cujo objetivo era comparar problemas de comportamento e competências, em casa e na escola, em crianças com CC, com um grupo de controlo composto pelos seus irmãos, mostra-nos que o grupo de pacientes com CC, inclusive com TF, obtém resultados inferiores, ao nível de várias competências, comparativamente ao grupo de controlo. Tais diferenças são reportadas quer na avaliação do contexto familiar, quer dos professores, referente a estes participantes. Sendo que, os professores, reportam que crianças com CC faltam o dobro das vezes quando comparados com os seus irmãos. Outras diferenças relacionam-se com problemas de atenção e problemas sociais, neste último nas relações entre pares <sup>(57)</sup>.

Paralelamente, estudos bem recentes sugerem que a morbilidade, nestas crianças, parece não estar tão relacionada a alguma afetação que ocorra no período perioperatório. Mas antes, “se deve a uma desmaturação cerebral durante o terceiro trimestre gestacional que se supõe aumentar a vulnerabilidade a afetações durante a cirurgia cardíaca neonatal e conseqüentemente a uma diminuição do desenvolvimento neurológico em 2 anos” <sup>(58)</sup>.

## Capítulo II - Métodos

---

### Objetivos

Este estudo teve como objetivo fulcral avaliar a Qualidade de Vida (QV) em adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas (CC).

Como objetivos mais específicos, foram investigadas a influência de variáveis demográficas, clínicas, de ajustamento psicossocial (AP), morbilidade psiquiátrica (MP) e traços de personalidade (TP) e variáveis relacionadas com o Desempenho Neurocognitivo (DN) sobre a QV dos participantes. O intuito foi o de compreender as que desempenham um papel na prevenção do stress e promoção da resiliência e assim, perceber quais as que estão associadas à QV e como tal, preditoras de um Perfil de Risco.

Em relação à QV torna-se importante avaliar e perceber as diferenças entre as seguintes variáveis e subgrupos:

**H<sub>0</sub>** = Não existem diferenças estatisticamente significativas na Qualidade de Vida de participantes com Cardiopatias Congénitas e População Portuguesa em Geral.

**H<sub>1</sub>** = A Qualidade de vida dos participantes com Cardiopatias Congénitas é melhor quando comparada com a da População Portuguesa em Geral.

**H<sub>2</sub>** = Apresentam pior Qualidade de Vida os adolescentes e jovens adultos com:

- Cardiopatias congénitas cianóticas;
- Cardiopatias congénitas complexas;
- Grupo etário dos 19-30 anos de idade;
- Maior número de intervenções cirúrgicas;
- Lesões residuais graves ou moderadas;
- Competência física limitada;
- Maior número de reprovações;
- Pior Suporte Social;
- Pior ajustamento psicossocial;
- Pior/fraco desempenho neurocognitivo.

## Descrição da População

No nosso estudo, consideramos três grandes grupos de cardiopatia. A Tetratologia de Fallot (TF) ( $n = 71$ ), Transposição das Grandes Artérias (TGA) ( $n = 36$ ) e Comunicação Interventricular (CIV) ( $n = 288$ ).

A amostra foi composta por 335 participantes com CC da consulta de cardiologia pediátrica do Hospital de São João. Dos 335 participantes, 187 eram do sexo masculino e 148 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 30 anos ( $M = 16.36$  e  $DP = 3.124$ ) e média de anos de escolaridade completos ( $M = 9.61$  e  $DP = 2.131$ ). A média do número de reprovações era de ( $M = 0.67$  e  $DP = 0.949$ ). Dos pacientes 116 tinham uma cardiopatia congénita cianótica e 219 acianótica.

O grupo de controlo foi composto por 80 participantes saudáveis dos quais, 35 eram do sexo masculino e 45 do sexo feminino, com uma média de idades ( $M = 16.76$  e  $DP = 2.218$ ). Não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, em variáveis demográficas (género, idade e anos de escolaridade) entre os grupos. Já entre os diferentes subgrupos de pacientes com CC (TF, TGV e CIV), foram encontrados resultados, estatisticamente significativos, para variáveis demográficas (idade) e variáveis clínicas (atividade física e número de intervenções cirúrgicas). Não foram encontradas diferenças em variáveis psicossociais como o suporte social entre os sub grupos de CC.

Para além dos 335 participantes, com CC, neste estudo, também participaram os cuidadores que acompanharam os pacientes à consulta, tendo sido solicitado aos primeiros que preenchessem uma versão observacional do YSR ou do ASR, ou seja, o CBCL ou ABCL e assim obter uma descrição do funcionamento psicopatológico.

No entanto, alguns cuidadores recusaram-se a participar ou não se encontravam presentes, no momento da aplicação do protocolo. Outros, tanto pacientes como cuidadores, não manifestaram intenção de participar.

Verificamos uma prevalência de psicopatologia de 18.4% nos nossos participantes (24.1% nas mulheres e 13.9% nos homens) quando comparados com os da população em geral (22.9%). Sendo que, das mais prevalentes, 4.8% apresenta Síndrome depressiva major ( $n = 20$ ), 3.4% Perturbação de ansiedade generalizada ( $n = 14$ ), 1.9% apresenta Perturbação de pânico ( $n = 8$ ), 1.4% Síndrome depressivo minor ( $n = 6$ ), 1% Personalidade ciclotímica ( $n = 4$ ), 0.7% Síndrome maníaca ( $n = 3$ ), 0.2% Perturbação Fóbica ( $n = 1$ ) e 0.2% Síndrome Depressivo major tipo esquizoafetivo ( $n = 1$ ).

## Instrumentos de Avaliação

Através da ficha de identificação, foram recolhidos os dados pessoais de cada paciente, assim como aspetos relevantes da sua história clínica, como o diagnóstico, tipo de cardiopatia, registo de intervenções cirúrgicas, terapia medicamentosa, lesões residuais, entre outros.

- Clínicos:

Foi aplicada uma Entrevista Psiquiátrica Standardizada SADS-L (“Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime version”) para verificar a existência ou inexistência de psicopatologia. O suporte social, estilo educativo, limitações físicas, a perceção da imagem corporal e ajustamento emocional foi avaliado através de uma Entrevista Semi-Estruturada.

O modelo ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*)<sup>(59)</sup> pode ajudar os técnicos de saúde mental a responder a uma preocupação central da psicopatologia: a distinção entre o comportamento adaptativo e o patológico. Assim, o relato dos pais (através da CBCL), e do próprio jovem (através da YSR) foram usados para avaliar os comportamentos e competências da criança/adolescente com idade inferior aos 18 anos, em diferentes contextos, permitindo avaliar as semelhanças e as diferenças relativas à forma como o jovem se descreve a si mesmo e como os outros o descrevem. E o ABCL (Adult Behavior Checklist) e ASR (Adult Self Report) para os cuidadores e pacientes respetivamente, com idade superior aos 18 anos, permitindo desta forma, uma descrição do funcionamento psicopatológico<sup>(60)</sup>. É uma escala tipo Likert com 112 itens para jovens e 123 itens para adultos (ASR) com pontuações dos 0 aos 2.

Para a perceção da Qualidade de vida foi aplicado um questionário de autorresposta WHOQoL-Bref. É uma avaliação subjetiva do contexto cultural, social e ambiental. A qualidade de vida respeita o reconhecimento da natureza multi-dimensional desta<sup>(61)</sup>. Pontuações mais elevadas refletem uma QV superior. No entanto, para três itens (questões 3, 4 e 26) pontuações elevadas refletem QV inferior. As duas primeiras questões do instrumento avaliam a QV geral. O WHOQOL-BREF avalia também quatro dimensões da QV: física (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológica (questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26), social (questões 20, 21 e 22) e meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25).

Para avaliação da estrutura da personalidade foi usado o NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Este avalia, cinco principais dimensões, ou domínios, da personalidade, assim

como um conjunto de facetas ou traços que definem domínios de Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Responsabilidade. Sendo uma auto-avaliação, pretende ser uma representação dimensional da estrutura da personalidade <sup>(62)</sup>.

- Neuropsicológicos:

**Figura Complexa de Rey (FCR)** - Esta prova procura avaliar a capacidade de percepção, o domínio visuoespacial e a memória visual. Consiste na reprodução por cópia (FCRc) e reprodução por memória (FCRm) 3 minutos após a exposição da imagem. É cotada a reprodução do material visual através da cópia e da recuperação espontânea (memória) <sup>(63)</sup>.

**Teste de Cores e Palavras (Stroop)** - O teste Stroop - Cor (StroopC), Palavra (StroopP) e Interferência (StroopI) foi utilizado para avaliar a capacidade de atenção seletiva.

**Trail Making Test A & B (TMT A; TMT B)** - centra-se na avaliação da orientação visuoespacial e velocidade psicomotora (TMT A), enquanto que o TMT B avalia a atenção dividida.

**Memória Lógica (ML)** - foi utilizada para avaliar a memória verbal imediata.

**Prova de Código** - Sub-prova da *Wechsler Intelligence Scale for Children III* (WISC-III) avalia a capacidade de organização perceptiva, velocidade psicomotora e velocidade de processamento executivo <sup>(64)</sup>.

**Procura da Chave (Key Search)** - trata-se de um teste de conceção de estratégias de ação em que, de forma análoga a um qualquer problema comum, os examinados são convidados a demonstrar como procurariam um objeto perdido num campo/terreno, avaliando-se a sua estratégia de ação de acordo com a funcionalidade e probabilidade de sucesso <sup>(65)</sup>.

**Prova de Memória de Dígitos Diretos e Indiretos (MDD & MDI)** - Sub-prova da WISC-III que avalia a atenção auditivo-verbal imediata e memória de trabalho, respetivamente <sup>(66)</sup>.

## **Procedimento e Recolha de Informação**

Para a realização desta investigação foi feito o pedido de consentimento ao Conselho de Ética do Hospital. Assim, os participantes foram selecionados e avaliados com a colaboração do serviço de Cardiologia Pediátrica.

Foram considerados alguns critérios de inclusão dos participantes como, ter diagnóstico de cardiopatia congénita, ter entre 12 a 30 anos de idade, bem como, estar a ser seguido nas consultas do Serviço de Cardiologia Pediátrica e dos Adultos do Hospital de São João. Contudo, nesta investigação apenas foram recolhidos dados na Pediatria.

Foram excluídos participantes que apresentassem outra co morbilidade mental ou física que justificasse problemas de desenvolvimento cognitivo e limitasse a realização do protocolo de avaliação e consequentemente do estudo.

Para a inclusão no estudo, foi necessário a obtenção de registos médicos específicos dos participantes, tendo sido excluídos aqueles em que não foi possível encontrar as informações médicas pretendidas. Os dados clínicos, referentes à história clínica do participante, foram recolhidos ou retrospectivamente através do processo clínico do paciente com o auxílio da equipa médica do serviço ou se inexistentes, se possível, junto dos participantes.

Informados de todos os aspectos inerentes ao estudo, os participantes maiores de idade ou os cuidadores, no caso em que os pacientes eram menores de idade, assinavam o consentimento informado. De seguida, foram aplicados os instrumentos descritos anteriormente, antes ou após a consulta de cardiologia e consoante a disponibilidade dos participantes num único momento temporal. Foi também solicitado (se presentes) aos cuidadores que acompanhavam os participantes à consulta, o preenchimento de uma versão observacional do YSR para as crianças/adolescentes ou do ASR para adultos, ou seja, o CBCL ou ABCL.

## **Metodologia da Análise Estatística**

O processamento e análise dos dados, provenientes dos diversos instrumentos, foi realizado, através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics), versão 22.

Num primeiro momento, foram realizadas análises descritivas para caracterizar as amostras do grupo experimental e do grupo de controlo, bem como, entre os sub grupos

principais (TF; TGV e CIV). Recorremos ao teste Qui-quadrado ( $\chi^2$  test) para uma comparação mais precisa da prevalência de psicopatologia, tendo em conta os valores de referência da população em geral e do grupo de participantes.

As diferenças para as variáveis paramétricas foram estabelecidas através do teste T-Student.

O teste paramétrico *One-way ANOVA* foi usado, para avaliar os três principais subgrupos considerados de CC (TF; TGV e CIV) e as médias dos resultados obtidos nos instrumentos de qualidade de vida, de ajustamento psicossocial, de traços de personalidade e provas de desempenho neuropsicológico.

Neste estudo, foram utilizadas correlações de *Spearman* para correlacionar as variáveis demográficas, clínicas, de ajustamento psicossocial em forma de auto-relato e relato dos cuidadores, traços de personalidade e de desempenho cognitivo com os domínios da qualidade de vida.

Por último, foram sugeridas regressões lineares para determinar quais as variáveis com impacto (variáveis demográficas, clínicas, de ajustamento psicossocial, morbidade psiquiátrica, traços de personalidade e desempenho neurocognitivo) sobre a qualidade de vida que pudessem predizer um Perfil de Risco. Foi então realizada uma Regressão Linear, tendo sido escolhido o método *Enter*, em que a variável dependente foi a Qualidade de Vida geral e as variáveis independentes foram a idade e o número de reprovações. E também foi realizada uma regressão linear para a QV domínio Físico (variável dependente) e como variáveis independentes o suporte social; atividade física; isolamento; ansiedade/depressão e problemas sociais.

### Capítulo III - Resultados

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos através dos diversos instrumentos utilizados. Primeiramente, serão apresentados os resultados referentes à caracterização da amostra entre o grupo de CC e o grupo controlo, depois entre o grupo de CC e entre os sub grupos principais de CC (TF; TGV e CIV). Seguidamente, serão apresentados e explanados os resultados obtidos entre as variáveis clínicas, fetais, neonatias e psicossociais, bem como as referentes ao desempenho neuropsicológico e a Qualidade de Vida.

Nas tabelas 1, 2 e 3 constam os resultados referentes à caracterização das amostras nas seguintes variáveis demográficas: idade, género e anos de escolaridade.

Grupo CC (n = 335)						Grupo controlo (n = 80)					
Género (n)		Idade		Anos Escolaridade		Género (n)		Idade		Anos Escolaridade	
Masc.	Fem.	M	DP	M	DP	Masc.	Fem.	M	DP	M	DP
187	148	16.36	3.124	9.61	2.131	35	45	16.76	2.218	10.13	2.234

**Tabela 1** – Caracterização demográfica dos participantes.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participantes e grupo de controlo no que respeita a variáveis demográficas (género, idade e anos de escolaridade).

Na tabela 2, encontram-se as diferenças entre o sub grupo de CC cianótico (TF; TGV) e acianótico (CIV) relativamente às variáveis demográficas (e.g. idade), educacionais (e.g. anos de escolaridade; número de reprovações escolares), clínicas (e.g. imagem corporal; número de intervenções cirúrgicas) e sociais (e.g. número de suporte social). Encontramos resultados estatisticamente significativos na idade, atividade física e número de intervenções cirúrgicas.

	TF			TGV			CIV			<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	71	17.27	.439	36	15.78	.401	288	16.03	.334	4.114	<b>.017</b>
Anos de Escolaridade	71	9.70	.281	360	9.56	.362	288	9.34	.200	.084	.919
Atividade Física	30	1.63		30	1.37		118	1.62		3.407	<b>.035</b>
Imagem corporal	64	1.44		34	1.59		210	1.61		2.247	.107
N.º intervenções cirúrgicas	71	1.56		36	1.58		228	.78		18.59	<b>.000</b>
N.º de reprovações	64	.92		34	.59		210	.60		2.986	.052
N.º Suporte Social	29	8.10		30	10.20		118	10.11		.704	.496

**Tabela 2** - Diferenças entre o sub grupo de CC cianótico (TF; TGV) e acianótico (CIV) relativamente às variáveis demográficas (e.g. idade), educacionais (e.g. anos de escolaridade; número de reprovações escolares), clínicas (e.g. imagem corporal; número de intervenções cirúrgicas) e sociais (e.g. número de suporte social).

**Negritos:** valores com significância estatística

### Prevalência de Psicopatologia

Como foi referido, verificamos uma prevalência de psicopatologia de 18.4% nos nossos participantes (24.1% nas mulheres e 13.9% nos homens) quando comparados com os da população em geral (22.9%). Assim, foi analisada a distribuição de psicopatologia, entre géneros. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas. Os participantes com CC do género feminino evidenciam uma maior predisposição para desenvolver um diagnóstico psiquiátrico  $\chi^2 (1) = 5.316; p = .021$ .

	Teste Qui-quadrado			
	<i>n</i> (57)	%	$\chi^2$	<i>p</i>
Feminino	33	24.1	5.316	<b>.021</b>
Masculino	24	13.9		

**Tabela 3** - Prevalência de Psicopatologia nos participantes do nosso estudo considerando os valores de referência da população em geral e diferenças entre género.

## Qualidade de Vida

Comparada a QV dos participantes em estudo com a da população geral, verificamos que existem diferenças, estatisticamente significativas, em todos os domínios da QV avaliados pelo WHOQOL-Bref. Na tabela 4, verificamos que os participantes com CC apresentam melhor QV geral e nos domínios relações sociais e meio ambiente quando comparados com indivíduos saudáveis. No entanto, os participantes com CC mostram pior QV no domínio físico e psicológico.

	<i>M</i> (VR*)	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
QOL Geral	74.11 (71.51)	13.646	3.279	<b>.001</b>
Físico	66.74 (77.49)	14.000	-13.235	<b>.000</b>
Psicológico	69.82 (72.38)	11.830	-3.730	<b>.000</b>
Relações sociais	75.01 (70.42)	13.351	5.922	<b>.000</b>
Meio ambiente	71.60 (64.89)	13.648	8.471	<b>.000</b>

\*VR Valores de Referência População Portuguesa

**Tabela 4** - Média e desvio padrão para domínios da qualidade de vida nos participantes e qualidade de vida da população portuguesa em geral.

A comparação de médias do grupo de CC (cianótico e acianótico) indica diferenças, estatisticamente significativas, relativamente às classificações médias dos resultados obtidos nos domínios relações sociais ( $t = -2.131$ ;  $p = .034$ ) e domínio meio ambiente da QV ( $t = -2.069$ ;  $p = .039$ ), sendo os cianóticos os que apresentam pior QV.

	CC Cianótica ( $n=106$ )		CC Acianótica ( $n=191$ )		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
QOL Geral	72.21	14.574	75.16	13.023	-1.793	.074
Físico	66.15	13.979	67.06	14.038	-.537	.591
Psicológico	69.23	10.738	70.15	12.410	-.643	.521
Relações Sociais	72.81	13.478	76.23	13.157	-2.131	<b>.034</b>
Meio ambiente	69.41	14.091	72.81	13.278	-2.069	<b>.039</b>

**Tabela 5** - Diferenças entre o tipo de CC cianótica e acianótica relativamente às classificações médias dos domínios da QV.

Não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, para a QV quanto à presença / ausência de diagnóstico psiquiátrico.

Verificamos que, a QV domínio Físico ( $t = -3.407$ ,  $p = .001$ ) é pior nas formas complexas da cardiopatia do que nas formas moderada/leve.

	Complexa/Grave ( $n = 69$ )		Moderada/Leve ( $n = 228$ )		$t$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
QOL Geral	74.32	14.365	74.04	13.453	.148	.883
Físico	61.80	13.116	68.23	13.942	-3.407	<b>.001</b>
Psicológico	69.16	9.765	70.02	12.393	-.528	.598
Relações Sociais	74.78	15.604	75.08	12.628	-.144	.886
Meio ambiente	69.76	14.169	72.15	13.469	-1.276	.203

**Tabela 6** - Diferenças entre a gravidade relativamente às classificações médias dos domínios da QV.

Relativamente ao número de cirurgias, a que os participantes foram submetidos, aqueles com menos de duas intervenções cirúrgicas apresentam melhor QV nos domínios geral ( $t = -2.034$ ;  $p = .045$ ), físico ( $t = -3.099$ ;  $p = .002$ ), psicológico ( $t = -2.127$ ;  $p = .035$ ) e relações sociais ( $t = -2.846$ ;  $p = .005$ ). Participantes, com duas ou mais cirurgias, têm uma pior percepção da sua QV nos domínios referidos.

	$\geq 2$ ( $n = 70$ )		$< 2$ ( $n = 227$ )		$t$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
QOL Geral	70.91	15.622	75.09	12.855	-2.034	<b>.045</b>
Físico	62.27	12.668	68.12	14.129	-3.099	<b>.002</b>
Psicológico	67.52	9.633	70.53	12.362	-2.127	<b>.035</b>
Relações Sociais	71.08	12.317	76.22	13.450	-2.846	<b>.005</b>
Meio ambiente	69.52	13.446	72.24	13.675	-1.460	.145

**Tabela 7** - Diferenças entre número de intervenções cirúrgicas relativamente às classificações médias dos domínios da QV.

Na nossa amostra de participantes, aqueles sujeitos a lesões residuais leves têm melhor QV ao nível do domínio físico, sendo que, os que apresentam lesões moderadas/ Graves ( $t = -2.434$ ;  $p = .016$ ) têm pior QV, sendo as diferenças estatisticamente significativas como mostra a tabela 8.

	Leves ( $n = 237$ )		Graves/Moderadas ( $n = 56$ )		$t$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
QOL Geral	74.14	13.712	73.68	13.431	-.227	.821
Físico	67.68	13.822	62.64	13.352	-2.434	<b>.016</b>
Psicológico	69.65	12.032	70.62	10.815	.545	.586
Relações Sociais	74.62	12.740	76.22	15.707	.711	.479
Meio ambiente	71.82	13.652	71.00	13.971	-.406	.685

**Tabela 8** - Diferenças entre as Lesões Residuais relativamente às classificações médias dos domínios da QV.

O que sugere a tendência, de que participantes que foram submetidos a duas ou mais cirurgias, com graves lesões residuais, e que têm competência física limitada, apresentam uma pior percepção da sua QV no domínio físico ( $t = -2.217$ ;  $p = .028$ ) como mostra a tabela 9 congruente com o desajustamento psicossocial que evidenciam.

	Competência física limitada ( $n = 72$ )		Competência física satisfatória ( $n = 95$ )		$t$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
QOL Geral	72.94	14.394	73.46	13.048	-.247	.806
Físico	64.31	12.284	68.93	14.589	-2.217	<b>.028</b>
Psicológico	64.31	12.284	68.93	14.589	.510	.611
Relações Sociais	73.92	11.737	74.93	11.994	-.542	.588
Meio ambiente	70.01	13.889	71.19	13.359	-.553	.581

**Tabela 9** – Comparação da Competência Física em relação aos domínios da QV.

De acordo com os resultados obtidos, verificamos que relativamente aos grupos etários, encontram-se resultados, estatisticamente significativos, para o domínio Físico, sendo a faixa etária dos mais novos a que apresenta melhor QV e a faixa etária adulta revela pior percepção da QV no mesmo domínio ( $t = 3.682$ ;  $p = .000$ ).

	12-18 ( $n = 238$ )		19-26 ( $n = 59$ )		$t$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
QOL Geral	73.72	13.509	75.65	14.200	-.972	.332
Físico	67.98	14.410	61.71	10.941	3.682	<b>.000</b>
Psicológico	69.26	12.306	72.08	9.433	-1.642	.102
Relações Sociais	74.66	13.366	76.43	13.310	-.913	.362
Meio ambiente	71.74	13.685	71.03	13.599	.360	.719

**Tabela 10** - Comparação dos grupos etários em relação aos domínios da QV.

Ao nível do suporte social, este tem um papel importante, nos nossos resultados, apenas no domínio físico da QV. Assim, participantes mais novos têm melhor QV no domínio físico, bem como no que respeita ao suporte social ( $t = 2.116$ ;  $p = .036$ ).

	Melhor Suporte Social ( $n = 102$ )		Pior Suporte Social ( $n = 64$ )		$t$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
QOL Geral	74.28	13.712	71.73	13.431	1.175	.242
Físico	68.62	13.822	64.02	13.352	2.116	<b>.036</b>
Psicológico	70.37	12.032	67.35	10.815	1.639	.103
Relações Sociais	75.73	11.510	72.66	12.301	1.630	.105
Meio ambiente	71.74	13.709	68.83	13.275	1.345	.181

**Tabela 11** - Diferenças entre o Suporte Social relativamente às classificações médias dos domínios da QV.

Não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, nos resultados obtidos para a QV em fatores relacionados com o género, percurso escolar, número de reprovações, participantes submetidos a intervenção cirúrgica vs não submetidos e terapêutica farmacológica. Não obstante, quando comparados, os sujeitos que reprovaram e os que não reprovaram, relativamente aos domínios da QV, aqueles que reprovaram tendem a ter pior QV nos domínios Geral ( $t = -2.320$ ;  $p = .021$ ) e meio ambiente ( $t = -2.147$ ;  $p = .033$ ) comparativamente aos que não reprovaram que revelam melhor QV.

	Sim ( $n = 127$ )		Não ( $n = 170$ )		$t$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
QOL Geral	72.00	13.632	75.68	13.482	-2.320	<b>.021</b>
Físico	65.74	13.944	67.49	14.036	-1.064	.288
Psicológico	69.00	12.216	70.43	11.531	-1.038	.300
Relações Sociais	74.05	13.279	75.72	13.399	-1.069	.286
Meio ambiente	69.64	12.821	73.06	14.094	-2.147	<b>.033</b>

**Tabela 12** - Comparação entre participantes que reprovaram e os que não reprovaram em relação aos domínios da QV.

Analisando os sub grupos principais de CC cianótico (TF; TGV) e acianótico (CIV), foram encontradas diferenças entre os sub grupos de CC, relativamente as médias dos domínios da QV, nas relações sociais ( $F(2) = 3.171$ ;  $p = .043$ ) e meio ambiente ( $F(2) = 4.373$ ;  $p = .013$ ), sendo os acianóticos os que apresentam melhor QV, comparativamente aos cianóticos que revelam pior QV.

	TF (n = 71) M	TGV (n = 36) M	CIV (n = 228) M	F	p
QOL Geral	73.87	68.98	75.03	2.824	.061
Físico	65.57	68.02	66.90	0.374	.688
Psicológico	70.48	68.26	69.87	0.387	.680
Relações Sociais	73.04	70.99	76.30	3.171	<b>.043</b>
Meio ambiente	71.32	65.25	72.74	4.373	<b>.013</b>

**Tabela 13** - Diferenças entre o sub grupo de CC cianótico (TF; TGV) e acianótico (CIV) relativamente as médias dos domínios de QV (e.g. Domínio geral; Domínio físico; Domínio psicológico; Domínio relações sociais e Domínio meio ambiente).

### Correlações entre a QV e variáveis em estudo

Seguidamente, fomos analisar possíveis correlações entre os resultados dos domínios da QV e as variáveis demográficas (idade; anos de escolaridade; grupo etário (12-18 anos), clínicas (n.º de intervenções cirúrgicas; n.º de reprovações, cardiopatia e atividade física), psicossociais (suporte social; imagem corporal; estilo educacional), neonatais (perímetro cefálico, peso e comprimento) e fetais (Índice Apgar (1) e (5)). Entre os resultados do teste de QV e as dimensões do ajustamento psicossocial relato do cuidador dos adolescentes e jovens adultos (CBCL/ABCL) e auto relato dos adolescentes e jovens adultos (YSR/ASR); entre os resultados dos domínios da QV e dos Traços de Personalidade e, por fim, entre os resultados dos domínios da QV e os dos testes neuropsicológicos do grupo de CC.

Como se pode verificar, na tabela 14, estão explanadas as correlações com as variáveis demográficas. Podemos verificar que existe uma correlação negativa entre o n.º de reprovações e a QV geral ( $r_s = -.141$ ;  $p = .015$ ), sugerindo que quanto menos reprovações melhor a QV. No entanto, é o domínio físico da QV que mais correlações evidencia nas variáveis consideradas. Assim, este correlaciona-se negativamente com a idade ( $r_s = -.229$ ;  $p = .000$ ), anos de escolaridade ( $r_s = -.165$ ;  $p = .004$ ) e n.º de intervenções cirúrgicas ( $r_s = -.168$ ;  $p = .006$ ). De forma positiva correlaciona-se com o suporte social ( $r_s = .167$ ;  $p = .032$ ) e a atividade física ( $r_s = .160$ ;  $p = .038$ ), ou seja, quando aumentados melhor a QV no respetivo domínio. Analisando o domínio psicológico, este apenas se correlaciona de forma negativa com os anos de escolaridade ( $r_s = -.121$ ;  $p = .037$ ). No domínio das relações sociais existe uma correlação negativa com o n.º de intervenções cirúrgicas ( $r_s = -.199$ ;  $p = .001$ ). Por fim são encontradas três correlações negativas entre a idade ( $r_s = -.137$ ;  $p =$

.018), a imagem corporal ( $r_s = -.119$ ;  $p = .041$ ) e o n.º de reprovações ( $r_s = -.132$ ;  $p = .023$ ) com o domínio meio ambiente da QV.

		Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Idade	<i>r<sub>s</sub></i>	-.129*	-.095	-.110	.113	.060
	<i>p</i>	.027	.104	.058	.052	.442
Anos E.	<i>r<sub>s</sub></i>	-.229**	-.165**	-.158**	.024	.167*
	<i>p</i>	<b>.000</b>	<b>.004</b>	<b>.006</b>	.686	<b>.032</b>
N.º I.C.	<i>r<sub>s</sub></i>	-.039	-.121*	-.109	.055	.208**
	<i>p</i>	.506	<b>.037</b>	.060	.344	<b>.007</b>
Cardiopatia	<i>r<sub>s</sub></i>	-.042	-.068	-.199**	.109	.106
	<i>p</i>	.476	.241	<b>.001</b>	.061	.175
SS.	<i>r<sub>s</sub></i>	-.137*	-.071	-.087	.104	.080
	<i>p</i>	<b>.018</b>	.220	.133	.074	.308
Imagem C.	<i>r<sub>s</sub></i>	-.074	.023	-.063	-.067	-.119*
	<i>p</i>	.206	.697	.282	.251	<b>.041</b>
A.F.	<i>r<sub>s</sub></i>	.028	.160*	-.021	.005	.041
	<i>p</i>	.722	<b>.038</b>	.784	.948	.598
Grupo Etário (12-18)	<i>r<sub>s</sub></i>	.058	-.201	.082	.073	-.029
	<i>p</i>	.318	.001	.159	.212	.619
N.º Rep.	<i>r<sub>s</sub></i>	-.141*	-.086	-.072	-.062	-.132*
	<i>p</i>	<b>.015</b>	.138	.215	.284	<b>.023</b>
E. E.	<i>r<sub>s</sub></i>	.001	.036	.018	.124*	.024
	<i>p</i>	.980	.541	.751	<b>.033</b>	.685

\*A correlação é significativa no nível 0.01

\*\*A correlação é significativa no nível 0.05

**Tabela 14-** Correlações de Spearman entre os resultados dos domínios da QV e as variáveis demográficas (idade; anos de escolaridade (Anos E.); grupo etário (12-18 anos), clínicas (n.º de intervenções cirúrgicas (N.º I.C.); cardiopatia; gravidade; n.º de reprovações (N.º Rep.) e atividade física (A.F.) e psicossociais (suporte social (SS.); imagem corporal (Imagem C.); estilo educacional (E.E.) do grupo com CC.

Quando correlacionados os resultados da QV, com variáveis neonatais e fetais, verifica-se que existe uma correlação negativa entre o domínio das relações sociais e o perímetro ( $r_s = -.129$ ;  $p = .010$ ) e entre o domínio meio ambiente e o índice apgar (1) e ( $r_s = -.196$ ;  $p = .021$ ).

	Perímetro cefálico		Peso		Comprimento		Índice Apgar (1)		Índice Apgar (5)	
	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$
Domínio Geral	-.052	.544	-.090	.272	-.064	.440	-.085	.321	-.057	.508
Domínio Físico	-.001	.991	.011	.893	-.011	.898	-.155	.070	-.069	.418
Domínio Psicológico	-.047	.586	-.040	.623	-.009	.911	-.082	.341	-.062	.471
Domínio Relações Sociais	-.219**	<b>.010</b>	-.043	.598	-.010	.909	.011	.899	-.048	.574
Domínio Meio Ambiente	-.113	.187	-.060	.468	.004	.966	-.196*	<b>.021</b>	-.041	.633

\*A correlação é significativa no nível 0.01

\*\*A correlação é significativa no nível 0.05

**Tabela 15** - Correlações de Spearman entre os resultados dos domínios da QV e variáveis fetais (Perímetro cefálico; Peso; Comprimento) e neonatais (Apgar1 e 5).

Analiseemos agora as dimensões do ajustamento psicossocial.

Relativamente ao relato dos cuidadores dos participantes adolescentes (CBCL) a tabela 16 mostra que, o fator isolamento correlaciona-se, de forma negativa, com todos os domínios da QV: geral ( $r_s = -.132$ ;  $p = .049$ ); físico ( $r_s = -.341$ ;  $p = .000$ ); psicológico ( $r_s = -.252$ ;  $p = .000$ ); relações sociais ( $r_s = -.163$ ;  $p = .015$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.345$ ;  $p = .000$ ). O domínio psicológico correlaciona-se, de forma negativa, com as queixas somáticas, ( $r_s = -.145$ ;  $p = .032$ ). O domínio físico correlaciona-se, de forma negativa, ( $r_s = -.229$ ;  $p = .001$ ) com a ansiedade/depressão, relações sociais ( $r_s = -.136$ ;  $p = .043$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.135$ ;  $p = .045$ ). Quanto aos problemas sociais, existem correlações negativas com o domínio geral ( $r_s = -.154$ ;  $p = .022$ ), físico ( $r_s = -.278$ ;  $p = .000$ ), psicológico ( $r_s = -.185$ ;  $p = .006$ ) e meio ambiente da QV ( $r_s = -.224$ ;  $p = .001$ ). O domínio geral correlaciona-se, de forma negativa com as alterações do pensamento ( $r_s = -.207$ ;  $p = .002$ ) e psicológico ( $r_s = -.202$ ;  $p = .003$ ). Todos os domínios da QV: geral ( $r_s = -.191$ ;  $p = .004$ ), físico ( $r_s = -.185$ ;  $p = .006$ ), psicológico ( $r_s = -.218$ ;  $p = .001$ ), relações sociais ( $r_s = -.167$ ;  $p = .013$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.263$ ;  $p = .000$ ) correlacionam-se, de forma negativa, com os problemas de atenção O comportamento delinquento correlaciona-se, estatisticamente de forma negativa, com todos os domínios: geral ( $r_s = -.191$ ;  $p = .004$ ), físico ( $r_s = -.172$ ;  $p = .010$ ), psicológico ( $r_s = -.147$ ;  $p = .029$ ) à exceção do das relações sociais. O domínio psicológico ( $r_s = -.143$ ;  $p = .034$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.180$ ;  $p = .007$ ). correlaciona-se, de forma negativa, com o comportamento agressivo. Verificamos que as dimensões relativas à internalização se correlaciona com todos os domínios da QV: geral ( $r_s = -.143$ ;  $p = .034$ ), físico ( $r_s = -.344$ ;  $p = .000$ ), psicológico ( $r_s = -.217$ ;  $p = .001$ ), relações sociais ( $r_s = -.139$ ;

$p = .038$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.232$ ;  $p = .000$ ). Quanto à dimensão externalização existem correlações negativas com o domínio geral ( $r_s = -.188$ ;  $p = .005$ ), psicológico ( $r_s = -.160$ ;  $p = .017$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.222$ ;  $p = .001$ ).

Relato cuidadores		Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações sociais	Domínio Meio Ambiente
Isolamento	$r_s$	-.132*	-.341**	-.252**	-.163*	-.345**
	$P$	<b>.049</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.015</b>	<b>.000</b>
Queixas Somáticas	$r_s$	-.073	-.108	-.145*	-.042	-.023
	$P$	.282	.108	<b>.032</b>	.530	.733
Ansiedade/Depressão	$r_s$	-.073	-.229**	-.117	-.136*	-.135*
	$P$	.282	<b>.001</b>	.083	<b>.043</b>	<b>.045</b>
Problemas sociais	$r_s$	-.154*	-.278**	-.185**	-.073	-.224**
	$P$	<b>.022</b>	<b>.000</b>	<b>.006</b>	.281	<b>.001</b>
Alterações do Pensamento	$r_s$	-.207**	-.207	-.202**	-.113	-.117
	$P$	<b>.002</b>	.002	<b>.003</b>	.093	.084
Problemas de Atenção	$r_s$	-.191**	-.185**	-.218**	-.167*	-.263**
	$P$	<b>.004</b>	<b>.006</b>	<b>.001</b>	<b>.013</b>	<b>.000</b>
Comportamento Delinquentes	$r_s$	-.191**	-.172*	-.147*	-.060	-.191**
	$P$	<b>.004</b>	<b>.010</b>	<b>.029</b>	.378	<b>.004</b>
Comportamento Agressivo	$r_s$	-.087	-.087	-.143*	-.072	-.180**
	$P$	.197	.197	<b>.034</b>	.287	<b>.007</b>
Internalização	$r_s$	-.143*	-.344**	-.217**	-.139*	-.232**
	$P$	<b>.034</b>	<b>.000</b>	<b>.001</b>	<b>.038</b>	<b>.000</b>
Externalização	$r_s$	-.188**	-.127	-.160*	-.102	-.222**
	$P$	<b>.005</b>	.059	<b>.017</b>	.129	<b>.001</b>

\*A correlação é significativa no nível 0.01

\*\*A correlação é significativa no nível 0.05

**Tabela 16** - Correlações de Spearman entre as dimensões do ajustamento psicossocial relato cuidador (CBCL) (e.g. Isolamento; Queixas Somáticas; Ansiedade/Depressão; Problemas Sociais; Alterações de Pensamento; Comportamento Delinquentes; Comportamento Agressivo; Internalização; Externalização) e os resultados do teste de QV do grupo com CC.

Quando correlacionados os resultados do teste de QV com os do ajustamento psicossocial relato cuidadores dos participantes adultos (ABCL), verificamos que existem correlações, entre o domínio relações sociais e o isolamento ( $r_s = -.361$ ;  $p = .003$ ), ansiedade/depressão ( $r_s = -.327$ ;  $p = .007$ ), problemas de atenção ( $r_s = -.251$ ;  $p = .039$ ), comportamento agressivo ( $r_s = -.293$ ;  $p = .015$ ), internalização ( $r_s = -.286$ ;  $p = .019$ ) e externalização ( $r_s = -.300$ ;  $p = .013$ ). O domínio físico relaciona-se de forma negativa com as queixas somáticas ( $r_s = -.257$ ;  $p = .034$ ), ansiedade/depressão ( $r_s = -.268$ ;  $p = .027$ ), comportamento intrusivo ( $r_s = -.280$ ;  $p = .021$ ) e com a dimensão internalização ( $r_s = -.259$ ;  $p = .034$ ).

Relato Cuidadores		Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações sociais	Domínio Meio Ambiente
Isolamento	$r_s$	-.185	-.143	-.129	-.361**	-.056
	$p$	.131	.246	.295	<b>.003</b>	.652
Queixas Somáticas	$r_s$	-.130	-.257*	-.232	-.188	-.049
	$p$	.292	<b>.034</b>	.057	.125	.694
Ansiedade/Depressão	$r_s$	-.069	-.268*	-.044	-.327**	-.046
	$p$	.576	<b>.027</b>	.719	<b>.007</b>	.710
Alterações do Pensamento	$r_s$	.000	.135	.017	-.168	-.042
	$p$	.997	.273	.891	.170	.731
Problemas de Atenção	$r_s$	-.095	-.154	-.238	-.251*	.052
	$p$	.442	.209	.051	<b>.039</b>	.674
Comportamento Agressivo	$r_s$	-.159	-.176	-.187	-.293*	-.122
	$p$	.196	.150	.126	<b>.015</b>	.321
Comportamento Desviante	$r_s$	-.027	-.177	-.056	-.184	.111
	$p$	.830	.149	.652	.132	.368
Comportamento Intrusivo	$r_s$	-.129	-.280*	-.132	-.201	-.156
	$p$	.295	<b>.021</b>	.285	.100	.204
Internalização	$r_s$	-.121	-.259*	-.160	-.286*	-.016
	$p$	.330	<b>.034</b>	.196	<b>.019</b>	.898
Externalização	$r_s$	-.114	-.220	-.232	-.300*	.049
	$p$	.357	.074	.059	<b>.013</b>	.697

\*A correlação é significativa no nível 0.01

\*\*A correlação é significativa no nível 0.05

**Tabela 17** - Correlações de Spearman entre os domínios do ajustamento psicossocial relato cuidador (ABCL) (e.g. Isolamento; Queixas Somáticas; Ansiedade/Depressão; Problemas Sociais; Alterações de Pensamento; Comportamento Delinquente; Comportamento Agressivo; Internalização; Externalização) e os resultados do teste de QV do grupo com CC.

Ao correlacionar os resultados da QV com o auto relato dos participantes jovens, (YSR) existem correlações, no sentido negativo entre todos os domínios da QV e o isolamento: domínio geral ( $r_s = -.240$ ;  $p = .000$ ), físico ( $r_s = -.293$ ;  $p = .000$ ), psicológico ( $r_s = -.267$ ;  $p = .000$ ), relações sociais ( $r_s = -.143$ ;  $p = .035$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.178$ ;  $p = .008$ ). As queixas somáticas correlacionam-se, de forma negativa, com o domínio geral ( $r_s = -.254$ ;  $p = .000$ ), psicológico ( $r_s = -.198$ ;  $p = .003$ ) e relações sociais ( $r_s = -.204$ ;  $p = .002$ ). O domínio geral ( $r_s = -.205$ ;  $p = .002$ ), físico ( $r_s = -.156$ ;  $p = .019$ ), psicológico ( $r_s = -.265$ ;  $p = .000$ ) e relações sociais ( $r_s = -.230$ ;  $p = .001$ ) correlacionam-se, de forma negativa, com a ansiedade/depressão. Assim como, com os problemas sociais: geral ( $r_s = -.170$ ;  $p = .012$ ), físico ( $r_s = -.289$ ;  $p = .000$ ), psicológico ( $r_s = -.334$ ;  $p = .000$ ) e relações sociais ( $r_s = -.134$ ;  $p = .048$ ). As alterações do pensamento apenas se correlacionam com o domínio psicológico ( $r_s = -.245$ ;  $p = .000$ ). Os problemas de atenção correlacionam-se, de forma negativa, com o domínio geral ( $r_s = -.257$ ;  $p = .000$ ), físico ( $r_s = -.250$ ;  $p = .000$ ), psicológico ( $r_s = -.323$ ;  $p = .000$ ) e relações sociais ( $r_s = -.262$ ;  $p = .000$ ). O comportamento delinquente correlaciona-se, de forma negativa com os domínios geral ( $r_s = -.232$ ;  $p = .001$ ), físico ( $r_s = -.136$ ;  $p = .044$ ) e relações sociais ( $r_s = -.156$ ;  $p = .021$ ). A QV domínio

geral ( $r_s = -.236$ ;  $p = .000$ ), psicológico ( $r_s = -.188$ ;  $p = .005$ ) e relações sociais ( $r_s = -.192$ ;  $p = .004$ ) correlaciona-se, de forma negativa, com o comportamento agressivo. Existem correlações negativas e estatisticamente significativas entre todos os domínios da QV e dimensão internalização: geral ( $r_s = -.302$ ;  $p = .000$ ), físico ( $r_s = -.221$ ;  $p = .001$ ), psicológico ( $r_s = -.328$ ;  $p = .000$ ), relações sociais ( $r_s = -.306$ ;  $p = .000$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.136$ ;  $p = .043$ ). Com a externalização encontramos correlações negativas com o domínio geral ( $r_s = -.259$ ;  $p = .000$ ), psicológico ( $r_s = -.152$ ;  $p = .024$ ), e relações sociais ( $r_s = -.177$ ;  $p = .008$ ).

Auto Relato		Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações sociais	Domínio Meio Ambiente
Isolamento	$r_s$	-.240**	-.293**	-.267**	-.143*	-.178**
	$p$	.000	.000	.000	.035	.008
Queixas Somáticas	$r_s$	-.254**	-.106	-.198**	-.204**	-.071
	$p$	.000	.117	.003	.002	.298
Ansiedade/Depressão	$r_s$	-.205**	-.158*	-.265**	-.230**	-.075
	$p$	.002	.019	.000	.001	.268
Problemas Sociais	$r_s$	-.170*	-.289**	-.334**	-.134*	-.106
	$p$	.012	.000	.000	.048	.118
Alterações do Pensamento	$r_s$	-.082	-.096	-.245**	-.121	-.003
	$p$	.223	.155	.000	.074	.967
Problemas de Atenção	$r_s$	-.257**	-.250**	-.323**	-.262**	-.126
	$p$	.000	.000	.000	.000	.062
Comportamento Delinquente	$r_s$	-.232**	-.136*	-.131	-.156*	-.126
	$p$	.001	.044	.052	.021	.062
Comportamento Agressivo	$r_s$	-.236**	-.100	-.188**	-.192**	-.086
	$p$	.000	.139	.005	.004	.206
Internalização	$r_s$	-.302**	-.221**	-.328**	-.306**	-.136*
	$p$	.000	.001	.000	.000	.043
Externalização	$r_s$	-.259**	-.090	-.152*	-.177**	-.088
	$p$	.000	.184	.024	.008	.191

\*A correlação é significativa no nível 0.01

\*\*A correlação é significativa no nível 0.05

**Tabela 18** - Correlações de Spearman entre os domínios do ajustamento psicossocial auto-relato (YSR) (e.g. Isolamento; Queixas Somáticas; Ansiedade/Depressão; Problemas Sociais; Alterações de Pensamento; Comportamento Delinquente; Comportamento Agressivo; Internalização; Externalização) e os resultados do teste de QV do grupo com CC.

Por fim, quando analisadas as correlações entre a QV e os domínios do ajustamento psicossocial auto-relato dos participantes adultos (ASR), verificamos que os domínios geral ( $r_s = -.314$ ;  $p = .006$ ), relações sociais ( $r_s = -.350$ ;  $p = .002$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.262$ ;  $p = .023$ ) se relacionam de forma negativa com o isolamento. Tanto as queixas somáticas como os problemas de atenção se correlacionam apenas com o domínio físico respetivamente ( $r_s = -.272$ ;  $p = .018$ ;  $r_s = -.234$ ;  $p = .043$ ). Existem correlações entre o domínio geral ( $r_s = -.291$ ;  $p = .011$ ), físico ( $r_s = -.422$ ;  $p = .000$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.325$ ;  $p = .004$ ) com a ansiedade/depressão. O domínio geral ( $r_s = -.285$ ;  $p = .013$ ), físico

( $r_s = -.370$ ;  $p = .001$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.325$ ;  $p = .004$ ) correlacionam-se, de forma negativa, com as alterações do pensamento, assim como os mesmos domínios geral ( $r_s = -.265$ ;  $p = .022$ ), físico ( $r_s = -.336$ ;  $p = .003$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.295$ ;  $p = .010$ ) com o comportamento agressivo. Por último, temos uma correlação negativa entre o domínio físico e a externalização ( $r_s = -.286$ ;  $p = .014$ ).

Auto relato		Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações sociais	Domínio Meio Ambiente
Isolamento	$r_s$	-.314**	-.207	-.305**	-.350**	-.262*
	$p$	<b>.006</b>	.075	<b>.008</b>	<b>.002</b>	<b>.023</b>
Queixas Somáticas	$r_s$	-.180	-.272*	-.191	-.178	-.346**
	$p$	.123	<b>.018</b>	.100	.127	<b>.002</b>
Ansiedade/Depressão	$r_s$	-.291*	-.422**	-.199	-.211	-.348**
	$p$	<b>.011</b>	<b>.000</b>	.085	.068	<b>.002</b>
Alterações do Pensamento	$r_s$	-.285*	-.370**	-.037	-.057	-.325**
	$p$	<b>.013</b>	<b>.001</b>	.754	.624	<b>.004</b>
Problemas de Atenção	$r_s$	-.139	-.234*	-.143	-.181	-.129
	$p$	.234	<b>.043</b>	.219	.120	.270
Comportamento Agressivo	$r_s$	-.264*	-.336**	-.148	-.203	-.295*
	$p$	<b>.022</b>	<b>.003</b>	.204	.081	<b>.010</b>
Comportamento Desviante	$r_s$	-.125	-.220	-.134	-.107	-.126
	$p$	.192	.058	.250	.362	.282
Comportamento Intrusivo	$r_s$	-.015	-.104	.023	.019	-.211
	$p$	.898	.376	.848	.869	.070
Internalização	$r_s$	-.172	-.212	-.096	-.084	-.227
	$p$	.141	.068	.411	.471	.050
Externalização	$r_s$	-.173	-.286*	-.113	-.163	-.161
	$p$	.137	<b>.014</b>	.334	.161	.166

\*A correlação é significativa no nível 0.01

\*\*A correlação é significativa no nível 0.05

**Tabela 19** - Correlações de Spearman entre os domínios do ajustamento psicossocial auto-relato (ASR) (e.g. Isolamento; Queixas Somáticas; Ansiedade/Depressão; Problemas Sociais; Alterações de Pensamento; Comportamento Delinquent; Comportamento Agressivo; Internalização; Externalização) e os resultados do teste de QV do grupo com CC.

Ao correlacionar os domínios da QV com os traços de personalidade, verificou-se que existem correlações positivas e negativas, estatisticamente significativas, entre os traços de personalidade com todos os domínios. Deste modo, aqueles com valores de neuroticismo baixos têm melhor percepção da sua QV geral ( $r_s = -.180$ ;  $p = .011$ ), física ( $r_s = -.160$ ;  $p = .023$ ), psicológica ( $r_s = -.202$ ;  $p = .004$ ) e meio ambiente ( $r_s = -.222$ ;  $p = .002$ ). Podemos verificar que quanto menores os valores de traços de amabilidade, melhor a percepção da QV no domínio físico ( $r_s = -.263$ ;  $p = .000$ ) e à medida que os valores de amabilidade se elevam melhor QV no domínio das relações sociais ( $r_s = .141$ ;  $p = .047$ ).

	Neuroticismo		Extraversão		Abertura à Experiência		Amabilidade		Responsabilidade	
	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$
Domínio Geral	-.180*	<b>.011</b>	-.031	.666	-.027	.707	-.020	.783	.016	.826
Domínio Físico	-.160*	<b>.023</b>	-.051	.474	-.027	.704	-.263**	<b>.000</b>	-.087	.222
Domínio Psicológico	-.202**	<b>.004</b>	.051	.477	.061	.391	-.075	.289	.030	.669
Domínio Relações Sociais	-.119	.095	.060	.401	-.006	.928	.141*	<b>.047</b>	.122	.085
Domínio Meio Ambiente	-.222**	<b>.002</b>	.055	.437	-.017	.814	.068	.337	.026	.712

\*A correlação é significativa no nível 0.01

\*\*A correlação é significativa no nível 0.05

**Tabela 20** - Correlações de Spearman entre os resultados dos domínios da QV e dos Traços de Personalidade (Neuroticismo; Extraversão; Abertura à experiência; Amabilidade; Responsabilidade) em participantes com CC.

Quando correlacionados os resultados do teste de QV com os das provas neuopsicológicas (tabela 21), encontramos correlações positivas entre o Domínio físico e provas de código ( $r_s = .162$ ;  $p = .024$ ). Entre o domínio psicológico e o Stroop-C ( $r_s = .141$ ;  $p = .050$ ) e o Stroop-PC ( $r_s = .153$ ;  $p = .033$ ). Por fim uma outra correlação de forma positiva é encontrada entre o domínio meio ambiente e o TMTB ( $r_s = .161$ ;  $p = .025$ ), sugerindo que quanto melhor é o resultado obtido na prova, maior é a tendência a melhor QV no domínio meio ambiente.

		Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
DD	<i>rs</i>	-.004	.061	.116	.004	-.021
	<i>p</i>	.956	.399	.108	.960	.770
DI	<i>rs</i>	.058	.123	.108	-.005	.061
	<i>p</i>	.420	.087	.132	.944	.398
ReyC	<i>rs</i>	.125	.123	.108	-.005	.061
	<i>p</i>	.082	.087	.132	.944	.398
ReyM	<i>rs</i>	.083	.009	.031	.049	.071
	<i>p</i>	.251	.903	.671	.498	.321
Código	<i>rs</i>	-.022	.162*	.113	.050	.117
	<i>p</i>	.765	<b>.024</b>	.116	.491	.104
Pro.Chave	<i>rs</i>	.078	.009	.120	.190	.111
	<i>p</i>	.281	.906	.095	.008	.123
Stroop-P	<i>rs</i>	.029	.038	.016	.041	.028
	<i>p</i>	.692	.601	.827	.573	.699
Stroop-C	<i>rs</i>	.035	.105	.141*	.129	.072
	<i>p</i>	.628	.144	<b>.050</b>	.074	.317
Stroop-PC	<i>rs</i>	.089	.112	.153*	.128	.102
	<i>p</i>	.218	.119	<b>.033</b>	.076	.157
TMTA	<i>rs</i>	-.021	.094	.080	.063	.096
	<i>p</i>	.770	.192	.267	.381	.180
TMTB	<i>rs</i>	-.004	.081	.120	.045	.161*
	<i>p</i>	.956	.262	.094	.528	<b>.025</b>
ML	<i>rs</i>	.061	.042	.124	.031	.084
	<i>p</i>	.399	.564	.085	.670	.246

\*A correlação é significativa no nível 0.01

\*\*A correlação é significativa no nível 0.05

**Tabela 21** - Correlações de Spearman entre os resultados dos domínios da QV e dos testes neuropsicológicos (Memória de dígitos diretos (MDD) memória de dígitos indiretos (MDI), Figura Complexa de Rey Cópia (ReyC), Figura Complexa de Rey Memória (ReyM), Código, Procura da Chave (Pro.Chave), Teste de Cores e Palavras (Stroop P; Stroop C; Stroop PC), *Trail Making Test* versão A e B (TMTA; TMTB) e Memória Lógica (ML) do grupo com CC

Numa última etapa, foram realizadas regressões lineares, para dois dos domínios da QV para determinar quais as variáveis com impacto na perceção da QV (variável dependente) e assim, poder determinar um perfil de risco da mesma. As variáveis independentes foram selecionadas, tendo em conta o estado da arte, os resultados, estatisticamente significativos, decorrentes das análises paramétricas e correlações com todas as variáveis do estudo (demográficas; clínicas; psicossociais; neonatais; fetais e neuropsicológicas).

Observando a tabela 22 foi determinado um modelo preditor da QV geral (variável dependente) e como variáveis independentes a idade e o n.º de reparações. O modelo no

seu todo é significativo ( $R = 0.149$ ;  $R^2 = 0.022$ ;  $F = 3.334$ ;  $p = .037$ ) contudo, apenas o n.º de reprovações é estatisticamente significativo ( $\beta = -1.865$ ;  $t = -2.241$ ;  $p = .026$ ) predizendo a percepção da QV. Um outro modelo (tabela 23) foi determinado desta vez para a QV domínio físico (variável dependente) ( $R = 0.356$ ;  $R^2 = 0.127$ ;  $F = 3.731$ ;  $p = .000$ ) e como variáveis independentes o suporte social ( $\beta = 1.033$ ;  $t = 2.425$ ;  $p = .017$ ) e variáveis de ajustamento psicossocial, nomeadamente o isolamento ( $\beta = -1.134$ ;  $t = -2.298$ ;  $p = .023$ ) e problemas sociais ( $\beta = -1.356$ ;  $t = -2.402$ ;  $p = .018$ ).

Modelo	R	R <sup>2</sup>	F	<i>p</i>	B	<i>t</i>	<i>p</i>
N.º de reprovações	0.149	0.022	3.334	0.037	-1.865	-2.241	<b>.026</b>

**Tabela 22** - Modelo Preditivo da Qualidade de Vida Geral.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	F	<i>p</i>	B	<i>t</i>	<i>p</i>
Suporte Social	0.409	0.168	9.197	0.000	1.033	2.425	<b>.017</b>
Isolamento					-1.134	-2.298	<b>.023</b>
Problemas Sociais					-1.356	-2.402	<b>.018</b>

**Tabela 23** - Modelo Preditivo da Qualidade de Vida domínio físico.

## Capítulo IV – Discussão e Conclusões

---

A nossa população de participantes, com CC, reporta melhor QV nos domínios geral, relações sociais e meio ambiente, quando comparado com os valores de referência, para a população em geral, comprovando em parte a nossa hipótese 1. Tal é consistente em alguns estudos que corroboram referindo que a natureza congénita da doença leva a que participantes com CC tenham melhor percepção da QV, comparativamente a indivíduos saudáveis <sup>(46,11)</sup>. Estes resultados podem ser explicados pela presença de algumas variáveis protetoras, como o suporte social, ambiente e a coesão familiar.

Em outros estudos, apenas os domínios relações sociais e meio ambiente são melhores, quando comparado com a população em geral <sup>(68)</sup>. Noutros, com exceção do domínio psicológico, o que vai em parte de acordo com os nossos resultados, todos os domínios restantes são melhores, quando comparado com a população portuguesa <sup>(67)</sup>. Contudo, existem investigações que divergem dos nossos resultados, referindo que em comparação com a população em geral, participantes com CC têm pior QV, nomeadamente nos domínios psicológico, relações sociais, físico e QV geral <sup>(45)</sup>.

Tendo em conta os resultados, apresentados no Programa Nacional para a Saúde Mental com prevalência de psicopatologia de 22.9% da população em geral, podemos concluir que comparado com a população em geral o grupo dos nossos participantes está ligeiramente abaixo em termos de morbilidade psiquiátrica. Sendo estatisticamente significativa, a diferença entre géneros, verificamos que há uma maior prevalência no género feminino, o que é consistente com o fato de que o sexo feminino está mais predisposto a sofrer com os efeitos do desajustamento psicossocial e com a prevalência de perturbações mentais, especificamente ansiedade e depressão, tal como indicam os estudos desta população em vários países, bem como, estudos anteriores de CC <sup>(67, 68)</sup>. Confirma-se assim, a nossa segunda hipótese.

Confirmando a nossa hipótese 2, participantes com CC complexa, evidenciam resultados mais baixos na QV no domínio físico, tal como é sugerido em outros estudos como o de Latal et al. <sup>(5)</sup>.

Participantes, com duas ou mais cirurgias, têm uma pior percepção da sua QV nos domínios geral, físico, psicológico e das relações sociais refletindo-se no planeamento, a longo prazo, das suas vidas e como tal, da percepção da QV <sup>(69)</sup>. O que sugere a tendência de que participantes que foram submetidos a cirurgia, nomeadamente duas ou mais, com maior gravidade e que têm competência física limitada, têm pior percepção da sua QV no

domínio físico, congruente com o desajustamento psicossocial que evidenciam. Segundo os estudos, sabe-se que durante a adolescência, os relacionamentos, entre pessoas com CC e o grupo de pares, encontram-se comprometidos, uma vez que os adolescentes apresentam limitações físicas, bem como, faltas escolares que os impedem de participar sem quaisquer preocupações nas várias atividades levando a um maior isolamento e a constrangimentos a nível social <sup>(4)</sup>, podendo ser uma possível explicação para os nossos resultados comprovando-se a nossa hipótese 2.

Assim, tendo em consideração que as cardiopatias complexas apresentam um maior risco para os indivíduos, quando comparadas com as cardiopatias menores ou moderadas, é compreensível que os adolescentes e jovens adultos, que têm uma forma complexa, também apresentem mais queixas somáticas (percecionadas pelo próprio) quando associadas à QV, podendo estas estarem associadas ao fato de os participantes se encontrarem mais vigis para os sinais emitidos pelo seu corpo.

Segundo a literatura, os resultados não são consistentes, no que respeita à idade e percepção da QV. Os nossos resultados vão de encontro aos obtidos aos de alguns autores, como Saliba et al. <sup>(17)</sup> que sugerem que participantes de maior idade, nomeadamente no domínio físico, percecionam uma diminuição da sua QV. Como hipóteses prováveis os mesmos autores sugerem a influência da CC, o emprego, sustentabilidade financeira, a autonomia à medida que a vida continua e lidar com um sentimento forte de vulnerabilidade.

As inconsistências, encontradas na literatura, poderão, a nosso ver, estar também relacionadas com os avanços nos tratamentos e procedimentos implementados <sup>(20)</sup>, mas sobretudo, e provavelmente porque os adolescentes com CC, são ainda muito pequenos, quando os procedimentos mais desgastantes e complicados de suplantar são vividos, sendo os cuidadores os que vivenciam de forma mais intensa. Poderá assim, haver uma associação entre o avanço das técnicas implementadas e o decréscimo de mortalidade infantil <sup>(14,20)</sup> com o fato de que na idade da adolescência a QV e percepção dos participantes da mesma, quando avaliada, seja melhor.

Possíveis explicações decorrentes de outros estudos, que também nos podiam levantar hipóteses como, sendo faixa etária mais nova caracterizada por uma irreverência e ímpeto a experimentar novas sensações e sentimentos, muito focadas nas atividades de grupo e que quando nesta idade se confrontam com uma doença congênita do coração se vêem limitados em termos físicos, bem como, a sua vida diária fica no geral comprometida de alguma forma (médicos, superproteção parental...), estes teriam tendência a expressar

baixa auto estima e experimentar sentimentos de isolamento, solidão e conseqüentemente pior QV<sup>(1)</sup>, não são em parte consistentes com os nossos resultados. Ou seja, os fatores de internalização continuam a mostrar como verificamos uma relação forte e significativa com impacto nestes indivíduos, contudo, nos nossos resultados, a QV entre os diferentes grupos etários e apenas no domínio físico, encontra-se de forma, estatisticamente significativa, comprometida na faixa etária mais velha (19-30). Vendo por outro lado e, face também ao relato das entrevistas, aquando da avaliação, este sentimento irreverente e de experimentar novos sentimentos continua muito presente, é típico sem dúvida da adolescência. Contudo, na nossa perceção, para além da evolução, nos tratamentos com o intuito de dar uma vida mais normal possível a estes indivíduos, como já referido, os participantes sobretudo os mais novos têm uma perceção das suas limitações muito mais positiva, possivelmente, pelo que foi supracitado, tendo o suporte social papel importante na adaptação à doença e melhoria na QV, o que vai ao encontro dos nossos resultados, obtidos no suporte social – em que participantes com melhor suporte social apresentam melhor QV no domínio físico. Apesar de este ser importante, para diminuir os efeitos do stress, a nível dos problemas de saúde, quer físicos ou psicológicos, o nosso estudo diverge de outros em que o suporte social é primordial em todos os domínios da QV<sup>(68, 70)</sup>.

Nos nossos participantes, aqueles com maior número de reprovações têm pior QV geral e ao nível do meio ambiente. Como tal, pode ser indicador que, de fato, as faltas escolares, a que muitas destas pessoas são sujeitas, decorrentes da maior ou menor gravidade da doença, têm impacto no desempenho escolar, o que vai de encontro ao que a literatura reporta<sup>1</sup>, confirmando assim a nossa segunda hipótese.

Participantes com CC cianótica, apresentam pior QV, quando comparados com aqueles que têm CC acianótica e, mais especificamente, nos domínios meio ambiente e relações sociais, o que vai de encontro à segunda hipótese colocada.

Concluimos também que, quanto mais baixos os valores de externalização, mas sobretudo de internalização quer sejam percecionados pelo próprio, quer pelos cuidadores, e na idade jovem, no geral, melhor é a QV, o que faz sentido, quando analisamos os fatores associados às dimensões. Por outro lado, à medida que os valores aumentam pior é a QV, o que vai de encontro aos estudos<sup>(1, 4)</sup> comprovando a nossa hipótese 2.

Quando analisado o desempenho neurocognitivo, verificamos que, nos domínios da QV, são encontradas correlações positivas, com algumas provas do desempenho cognitivo. Encontramos uma correlação positiva entre o domínio físico e a sub-prova de código, o que sugere que resultados elevados na perceção, do domínio físico, estão

associados a um melhor desempenho na capacidade de organização perceptiva e velocidade de processamento executivo. Depois temos duas correlações entre o domínio psicológico e o teste Stroop-C e o Stroop-PC, que coloca em hipótese que uma melhor percepção deste domínio se associa a um melhor desempenho nestas provas. Por fim, existe uma correlação positiva entre o domínio das relações sociais e a prova TMTB, sugerindo que uma melhor percepção da QV neste domínio poderá estar associada a menos problemas, ao nível da atenção dividida.

A maioria das crianças com CC são diagnosticadas, ainda dentro do útero ou na infância e espera-se que sejam submetidas a procedimentos cirúrgicos, segundo os estudos de Karsdrop et al. e Latal et al., o que poderá implicar a sua performance neurocognitiva (7,32,33, 34, 35, 37,41). Tendo em conta a percepção da QV, os nossos resultados sugerem que uma melhor percepção da QV, em alguns domínios, poderá levar a uma melhor performance neurocognitiva em algumas provas indo de encontro à nossa segunda hipótese no sentido positivo.

Por fim, foi determinado um modelo preditor da QV geral, sendo esta a variável dependente e como variáveis independentes a idade e o número de reprovações. Ambas explicam um modelo estatisticamente significativo. No entanto, é o número de reprovações, de acordo com os nossos resultados e com estudos que têm sido feitos, que prediz, de forma estatisticamente significativa, a QV geral. Foi igualmente, possível, determinar um modelo preditor da QV domínio físico. Sendo que, as variáveis que o explicam se relacionam com o suporte social, o isolamento e problemas sociais, estes dois últimos quando percecionados pelo próprio.

Podemos então concluir, que um perfil de risco da QV, nestes participantes, está associado a um maior número de reprovações, pior suporte social e a um maior desajustamento psicossocial, sobretudo isolamento e problemas sociais, o que comprova a nossa hipótese 2.

Neste estudo, não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, nos resultados obtidos para a QV em fatores relacionados com o género, percurso escolar, número de reprovações, participantes submetidos a intervenção cirurgica vs não submetidos e terapêutica farmacológica. Nem quanto à presença ou ausência de diagnóstico psiquiátrico.

Contudo, na literatura é referido que aqueles que foram submetidos a intervenções cirúrgicas vivem problemas relacionados com a sua imagem corporal, tendo uma maior

probabilidade de sofrer com o desajustamento psicossocial o que acarreta a longo prazo implicações ao nível da QV <sup>(57)</sup>.

Como pontos fortes do estudo, a abrangência da amostra em termos de dados socio demográficos permitiu-nos ter um bom aporte desses mesmos aspetos, tanto em adolescentes como nos jovens adultos. Este estudo comporta também, uma amostra significativa de participantes com CC, comparativamente com outros estudos.

Dada a grande extensão do protocolo de avaliação e outros aspetos como o tempo disponível dos participantes, foram excluídos alguns participantes, pois não foi possível completar a avaliação, sobretudo neuropsicológica, uma vez que esta exigia a presença dos mesmos. Como tal, poderá ser considerada uma limitação do estudo.

## Referências Bibliográficas

---

- 1 Nousi D., & Christou (2010). A. Factores affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science journal*.vol. 2, pp. 94-100.
- 2 Van Rijen E., Utens E., Ross-Hesselink J., Meijboom F., Van Domburg R., Roelandt J., Verhulst F. (2004). Styles of coping and social support in a cohort of adults with congenital heart disease. *Cardiol Young*; 14: 122–130.
- 3 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.
- 4 Kovacs A. H., Sears, S. F., & Saidi, A. S. (2005). Biopsychosocial experiences of adults with congenital heart disease: review of the literature. *Am Heart J*, 150, 191-203.
- 5 Latal B., Helfricht, S., Fischer, J. E., Bauersfeld, U., & Landolt, M. A. (2009). Psychological adjustment and quality of life in children and adolescents following open-heart surgery for congenital heart disease: a systematic review. *BMC Pediatr*; 9, 6.
- 6 Caitlin K. Rollins & Jane W. Newburger (2014). *Circulation*. Vol. 130, pp. 124-126, doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008556.
- 7 Miatton M., De Wolf, D., François, K., et al (2007a). Neuropsychological Performance in School-Aged Children with Surgically Corrected Congenital Heart Disease. *J Pediatr*, 151:73-88.
- 8 Berghammer M., Dellborg M., Ekman I. (2006). Young adults experiences of living with congenital heart disease. *Int J Cardiol*, 110:340-347.
- 9 Kovacs A., Saidi A., Kuhl E et al. (2009). Depression and anxiety in adult congenital heart disease: predictors and prevalence. *Int J Cardiol*, 137:158-164.

10 Lee, S., Yoo, J.-S., & Yoo, I.-Y. (2007). Parenting stress in mothers of children with congenital heart disease. *Asian Nursing Research*, 1(2), 116–124.

11 Moons P., Van Deyk K., Marquet K., De Bleser L., et al. (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(2): 151-157.

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

13 Sparacino PS., Tong EM., Messias DK., Foote D., Chesla CA., Gilliss CL. (1997). The dilemmas of parents of adolescents and young adults with congenital heart disease. *Hurt Lung*, 26: 187-195.

14 Spijkerboer A., Utens E., Koning W., et al. (2006). Health-related quality of life children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease. *Qual Life Res.*, 15: 663-73.

15 Marelli AJ., Mackie AS., Ionescu-Ittu R., et al. (2007). Congenital heart disease in the general population: changing prevalence and age distribution. *Circulation*, 115:163-72.

16 Immer FF., Althaus SM., Berdat PA., Saner H., Carrel TP. (2005). Quality of life and specific problems after cardiac surgery in adolescents and adults with congenital heart diseases. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.*, 12: 138-143.

17 Saliba Z., Butera G., Bonnet D., et al. (2001). Quality of life and Perceived health status in surviving adults with univentricular heart. *Heart*, 86: 69-73.

18 Rivera IR., Silva MAM., Fernandes JMG., Thomaz ACP., Soriano CFR., Souza MGB (2007). Cardiopatia congênita no recém-nascido: da solicitação do pediatra à avaliação do cardiologista. *Arq Bras Cardiol*, 89 (1):6-10. 2.

19 Pinto VC., Daher CV., Sallum FS., Jatene MB., Croti, (2004). Sociodemographic and clinical profile of children with congenital heart disease assisted at a hospital institution cit in Frota MA., Andrade IS., Santos ZMSA., Silva CAB., Fernandes AFC. (2014).

20 Direcção Geral de Saúde. Diagnóstico Pré-Natal de Cardiopatias Congénitas, Circular Normativa de 26/09/06. Acedido em 9 de Março de 2011 disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>.

21 Moons P., De Geest S., Budts W. (2002). Comprehensive care for adults with congenital heart disease: expanding roles for nurses. *Eur J Cardiovasc Nurs.*, 1:23–8. [[PubMed](#)].

22 Karsdorp PA., Everaerd W., Kindt M., et al. (2007). Psychological and cognitive functioning in children and adolescences with congenital heart disease: a meta analysis. *J Pediatr Psychology*, 32:527-41.

23 Frota MA., Andrade IS., Santos ZMSA., Silva CAB., Fernandes AFC. (2014). Sociodemographic and clinical profile of children with congenital heart disease assisted at a hospital institution.

24 Brickner, M., Hillis, D. & Lange, R. (2000). *Congenital Heart Disease in Adults Second of two parts*. The New England Journal of Medicine.

25 Brickner, M. E., Hillis, L. D., & Lange, R. A. (2000a). Congenital Heart Disease in Adults - First of Two Parts (2000a); *The New England Journal of Medicine*, 342 (4), 256-263.

26 Adult Congenital Heart Association: [www.achaheart.org](http://www.achaheart.org). (888) 921-ACHA.

27 Van der Linde, D., Konings, E.E.M., Slager, M.A, Witsenburg, M., Helbing, W.A, Takkenberg, J.J.M., & Roos-Hesselink, J.W. (2011). Birth prevalence of congenital heart disease worldwide. *Journal of the American College of Cardiology*, 58, 2241-2247.

28 Moons, P. (2004). Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. vol. 3, pp. 275-277.

29 Packer M., McMurray J.J., Desai A.S., Gong J., Lefkowitz M.P., Rizkala A.R., Rouleau J.L., Shi V.C., Solomon S.D., Swedberg K., Zile M., Andersen K., Arango J.L., Arnold J.M., Böhlhávek J., Böhm M., Boytsov S., Burgess L.J., Cabrera W., Calvo C., Chen C.H., Dukat A., Duarte Y.C., Erglis A., Fu M., Gomez E., González-Medina A., Hagège A.A., Huang J., Katova T., Kiatchoosakun S., Kim K.S., Kozan Ö., Llamas E.B., Martinez F., Merkely B., Mendoza I., Mosterd A., Negrusz-Kawecka M., Peuhkurinen K., Ramires F.J., Refsgaard J., Rosenthal A., Senni M., Sibulo A.S., Jr, Silva-Cardoso, J, Squire I.B., Starling R.C., Teerlink J.R., Vanhaecke J., Vinereanu D, Wong (2015). Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibition Compared With Enalapril on the Risk of Clinical Progression in Surviving Patients With Heart Failure. *Circulation*. 114:137- 48. doi: 10.1161/ CIRCULATIONAHA.114.013748.

30 Moons, P., van Deyk, K., Marquet, K., Raes, E., de Bleser, L., Budts, W., & de Geest, S. (2006). Individual quality of life in adults with congenital heart disease: A paradigm shift. *European Heart Journal*. vol. 26, pp. 298-307.

31 Moons P., Van Deyk K., Marquet K., et al. (2005). Individual quality of life in adults with congenital heart disease: a paradigm shift[J]. *European Heart Journal*. vol. 26, pp. 298-307.

32 Donofrio M.T., Massaro N. (2010). Impact of Congenital Heart Disease on Brain Development and Neurodevelopmental. *International Journal of Pediatrics*: dx.doi.org/10.1155/2010/359390.

33 Donofrio M.T., Bremer Y.A., Schieken R.M., Gennings C., Morton L.D., Eidem B.W., Cetta F., Falkensammer C.B., Huhta J.C., Kleinman C.S. (2003). Autoregulation of cerebral blood flow in fetuses with congenital heart disease: The brain sparing effect. *Pediatr Cardiol.*, 24:436-443. [PubMed]

34 Limperopoulos C., W. Tworetzky, and W. Tworetzky (2010). “Brain volume and metabolism in fetuses with congenital heart disease: evaluation with quantitative magnetic resonance imaging and spectroscopy,”*Circulation*, vol. 121, no. 1, pp. 26-33. [[PubMed](#)]

35 Bellinger, D., Wypij, D., Kuban, K., Rappaport, L., Hickey, P., Wernovsky, G., Jonas, R. & Newburger, J. (1999). Developmental and Neurological Status of Children at 4 Years of Age After Heart Surgery With Hypothermic Circulatory Arrest or Low-Flow. *Circulation*, 100:526-532.

36 Miatton, M., De Wolf, D., François, K., et al. (2007a). Neuropsychological Performance in School-Aged Children with Surgically Corrected Congenital Heart Disease. *J Pediatr*, 151:73.

37 D'Aliento, D., Mapelli, D., Russo, G., Scarso, P., Limongi, F., Iannizzi, P., Melendugno, A., Mazzotti, E & Volpe, B. (2005). Health related quality of life in adults with repaired tetralogy of Fallot: psychosocial and cognitive outcomes. *Heart*, 91:213-218.

38 Brosig, C., Mussatto, K., Kuhn, E. & Tweddell, J. (2007). Neurodevelopmental Outcome in Preschool Survivors of Complex Congenital Heart Disease: Implications for Clinical Practice. *Journal of Pediatric Health Care*, 21:3-12.

39 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.

40 Fuller, S., Nord, A., Gerdes, M., Wernovsky, G., Jarvik, G., Bernbaum, J., Zackai, E. & Gaynor, J. (2009). Predictors of impaired neurodevelopmental outcomes at one year of age after infant cardiac surgery. *Europ J Cardio-Thoracic Surgery*, 36:40-48.

41 Hövels-Gürich, H. H., Konrad, K., Skorzenski, D., et al. (2007). Long-term behavior and quality of life after corrective cardiac surgery in infancy for tetralogy of Fallot or ventricular septal defect. *Pediatric Cardiology*, 28:346-354.

42 Brosig, C., Mussatto, K., Kuhn, E. & Tweddell, J. (2007). Neurodevelopmental Outcome in Preschool Survivors of Complex Congenital Heart Disease: Implications for Clinical Practice. *Journal of Pediatric Health Care*, 21:3-12.

43 Krol Y., Grootenhuis M., Destre'e-Vonk A., Lubbers L., Koopman H., Last B. (2003). Health-related quality of life in children with congenital heart disease, *Psychol Health* 18:251-260.

44 Spijkerboer A., Utens E., Koning W., et al. (2006). Health-related quality of life in children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease. *Qual Life Res.*, 15:663-73. [Medline](#)

45 Rose M., Köhler K., Köhler F., et al. (2005). Determinants of quality of life of patients with congenital heart disease. *Qual Life Res.*, 14:35-43. [Medline](#)

46 Fekkes M., Kamphuis R.P., Ottenkamp J., et al. (2001). Health-related quality of life in young adults with minor congenital heart disease. *Psychol Health*, 16:239-50.

47 Moons P., Van Deyk K., Marquet K., et al. (2005). Individual quality of life in adults with congenital heart disease: a paradigm shift. *Eur Heart J.*, 26:298-307. [Medline](#)

48 Rijen E., Utens E., Roos-Hesselink J., et al. (2004). Medical predictors for psychopathology in adults with operated congenital heart disease. *Eur Heart J.*, 25:1605-13. [Medline](#)

49 Rijen E., Utens E., Roos-Hesselink J., et al. (2005). Longitudinal development of psychopathology in an adult congenital heart disease cohort. *Int J Cardiol*, 99:315-23. [Medline](#)

50 Birkeland A., Rydberg A., Hägglö B. (2005). The complexity of the psychosocial situation in children and adolescents with heart disease. *Ata Paediatr*, 94:1495-501.

51 Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Vilagut, G. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project; *Acta Psychiatrica Scand*, 109 (420), 21-27.

52 Nakou S. (2001). Measurement of quality of life in the health care field. Applications in child birth. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(3):254-266.

53 Dalieno L., Mapelli D., Volpe B. (2006). Measurement of cognitive outcome and quality of life in congenital heart disease. *Heart*, 92:569-574.

54 Wright M., Nolan T. (1994). Impact of cyanotic heart disease on school performance. *Arch Dis Child*, 71(1):64-70.

55 Goldbeck L., Melches J. (2006). The impact of the severity of disease and social disadvantage on quality of life in families with congenital cardiac disease. *Cardiol Young*, 16:67-75.

56 Moons P., Deyk K., Marquet K., Bleser L., Geest S., Budts W. (2009). Profile of adults with congenital heart disease having a good, moderate, or poor quality of life: A cluster analytic study. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 8:151-157.

57 Christopher G. McCusker, Mark P. (2012). Armstrong, Mairead Mullen, Nicola N. Doherty and Frank A. Casey. A sibling-controlled, prospective study of outcomes at home and school in children with severe congenital heart disease. *Cardiology in the Young*; pp. 1-10.

58 Liqun Sun, Christopher K. Macgowan, John G. Sled, Shi-Joon Yoo, Cedric Manlhiot, Prashob Porayette, Lars Grosse-Wortmann, Edgar Jaeggi, Brian W. McCrindle, John Kingdom, Edward Hickey, Steven Miller, Mike Seed (2015). Reduced Fetal Cerebral Oxygen Consumption Is Associated With Smaller Brain Size in Fetuses With Congenital Heart Disease. *Circulation*, 131:1313-1323. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.013051.

59 Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Centre for Children, Youth, & Families.

60 Achenbach T. M. & Rescorla L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, pp. 1-12.

61 Canavarro M., Simões A., Vaz Serra A., Pereira M., Rijo D., Quartilho M., et al. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In: Simões M, Machado C, Gonçalves M, Almeida L. (2007). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. 3 ed. Coimbra: Quarteto Editora.

62 Magalhães E., Lima, M. P., Salgueira, A., Gonzalez, A., Costa, J.J., Costa, M.J., Costa, P. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in a Portuguese contexto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4).

63 Rey A. (1988). *Manual do Teste de Cópia de Figuras Complexas Figura de Rey* 1ed. Lisboa: CEGOC-TEA.

64 Wechsler D. (2004). *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - III*. Lisboa: CEGOC-TEA.

65 Barbosa M.F., Peixoto B., Silveira C. (2011). Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADs): dados normativos portugueses e indicadores psicométricos - Saúde Mental.

66 Strauss E., Sherman E., Spreen O. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary*. 3 ed. London: Oxford University Press.

67 Areias M. E. G., Pinto C. I., Vieira P. F., Teixeira F., Coelho, R., Freitas I., Matos S., Castro M., Sarmiento S., Viana V., Quintas J., Areias J. C. (2013). Long term psychosocial outcomes of congenital heart disease (CHD) in adolescents and young adults.

68 Coelho, R., Teixeira F., Silva A. M., Vaz C., Vieira D., Proença C., Moura C., Viana V., Areias J. C., Areias M. E. G. (2013). Psychosocial adjustment, psychiatric morbidity and quality of life in adolescents and young adults with congenital herat disease.

69 Foster E., Graham T., Reid G., et al. (2001). Task Force 2: Special health care needs of adults with congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol*, 37:1161-98.

70 Tak Y., McCubbin M. (2002). Family stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *J Adv Nurs*, 39:190-8.

71 Matza L. S., Swensen A. R., Flood E. M., Secnik K., Leidy NK. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value Health*, 7(1):79-92.

# Anexos

---

## **Anexo I**

---

### **Instrumentos Clínicos**

## Consentimento Informado

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

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Assinatura

---

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**

**Código:** □□□□ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Entrevistador:**

\_\_\_\_\_

(Dados a recolher diretamente com os doentes em entrevista)

**Nome:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Morada:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Localidade:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_

**Telemóvel:** \_\_\_\_\_

**Nome da mãe:** \_\_\_\_\_

**Nome do pai:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil** \_\_\_\_\_

**Agregado Familiar** \_\_\_\_\_

**Fratrã:** \_\_\_\_\_

**Sexos:**  Masculino  Feminino

**Idades:** \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade do próprio:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade do pai:** \_\_\_\_\_

**Profissão do pai:** \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade da mãe:** \_\_\_\_\_

**Profissão da mãe:** \_\_\_\_\_

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

**Diagnóstico primário:** \_\_\_\_\_ **Diagnósticos secundários** \_\_\_\_\_

**Cardiopatia:** Cianótico  Acianótico  Fluxo pulmonar aumentado  Fluxo pulmonar reduzido

**Gravidade:** Menor/Leve  Significativa/Moderada  Complexa/Grave

**Idade de Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Terapêutica Médica:** Diurético  IECA  Aspirina  Beta-bloqueador

**Outro:** \_\_\_\_\_

**Período de tempo com terapêutica médica:**

\_\_\_\_\_

**Internamentos frequentes:** Sim  Não

Necessidade de cuidados intensivos: Sim  Não

**Cirurgias (dados a recolher nos registos da cirurgia torácica)**

**Intervenção Cirúrgica:** Correção Anatómica  Data: \_\_\_\_\_

Correção Paliativa  Data: \_\_\_\_\_

Reintervenção/ões Cirúrgica(s)  Data(s): \_\_\_\_\_

**Lesões Residuais:** Leves  Moderadas  Graves

**Mantém actualmente tratamento médico:** Sim  Não

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

**Peso ao nascimento:** \_\_\_\_\_

**Comprimento ao nascimento:** \_\_\_\_\_

**Perímetro cefálico ao nascimento:** \_\_\_\_\_

**APGAR ao 1º minuto:** \_\_\_\_\_

**APGAR ao 5º minuto:** \_\_\_\_\_



## 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). Explique.

Sim    Não

---

---

---

## 2. Ambiente Familiar/Estilo Educativo

2.1. Alguma vez sentiu que os seus pais influenciaram/afetaram a sua capacidade de se relacionar com as outras pessoas (ex.: num grupo de amigos)? De que forma?

---

---

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?

- Positivas    Negativas    Razoáveis

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

- Autoritário    Permissivo    Super 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 (são).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.3. Foram sugeridas alternativas?

---

---

---

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

Sim  Não

---

---

---

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

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?

Sim     Não

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

Nenhum  Algum  Bastante  Muito

---

---

---

---

5. Auto conceito

5.1. Sente que a sua doença influênciava 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 aspeto físico?

Sim  Não

---

---

---

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

Satisfeito  Conformado  Desagradoado  Muito Insatisfeito

5.3.1. Descreva qualquer aspeto que o (a) preocupa ou deixa insatisfeito (a) (cicatrizes, cor, estatura/ compleição, traços físicos, etc.)

---

---

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

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

**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

<p>Até onde foi a sua escolaridade?</p> <p>(Teve alguma formação especial?)</p>	<p>0 Sem informação</p> <p>1 Licenciatura completa</p> <p>2 Bacharelato</p> <p>3 Fac.1-3 anos, curso comercial</p> <p>4 Liceu completo</p> <p>5 Dez a onze anos de escola</p> <p>6 Seis a nove anos de escola</p> <p>7 Menos de seis anos de escola</p>
---	---

**A2. PADRÕES DE AMIZADE ADOLESCENTE**

214

<p>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”?)</p>	<p>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</p>
---	--

A2. ESTADO CIVIL	215
------------------	-----

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

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

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

pessoais?)  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?	6 Até Três Anos (60% Do Tempo) 7 Até Quatro Anos (80% Do Tempo) 8 Até Quase Cinco Anos 9 Não Trabalhou
--	---

**PARTE B – VISÃO GERAL DO 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?)

<b>B1. TRATAMENTO EM CONSULTA EXTERNA (INCLUIR MEDICAÇÃO PARA OS “NERVOS”</b>	<b>217</b>
---	------------

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

<b>B2. NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS</b>
--

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

<b>B3. TEMPO TOTAL DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS</b>	<b>224</b>
---	------------

<p>Alguma vez (outras) achou ou outras pessoas acharam que necessitava de ajuda devido aos seus sentimentos, nervos ou maneira como se comportava?</p>	<p>0 Sem Informação</p> <p>1 Nunca Hospitalizado</p> <p>2 Menos De 3 Meses</p>
--	--

Determinar idade, duração, circunstâncias e sintomas...	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

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

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

	Sem	Não	Sim	
--	-----	-----	-----	--

Durante o período mais grave...	Informação			
...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 (distratibilidade)?...	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?	O Sem Informação 1 Não, Avance Para D 2 Sim
Isso causou problemas com as pessoas, com a sua família, no seu trabalho, ou nas suas outras actividades habituais?	

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

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

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

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

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

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

Teve visões ou viu coisas não visíveis às outras pessoas?

Teve cheiros estranhos ou sensações estranhas no seu corpo?

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

- Se não existem outros sinais de outras fontes de informação que 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	Não	Sim

	informação			
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
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 SÍNDROME MANÍACO

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

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

	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 maniáco... Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?			248-49-50-51
Idade no último período de síndrome maniáco, se existiu mais do que um... Quando foi a última vez que esteve...?			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 maniáco			258-60-61-63
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?			264-66-67-69
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTESE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISODIOS			
Durante estes episódios... Hospitalizações...	Sim	Sim	270-71
...Esteve hospitalizado? ECT recebidos...	Sim	Sim	272-73
...Recebeu tratamentos de choques? Medicação recebida...	Sim	Sim	274-75
...Recebeu medicação? Imediatamente antes, durante ou a seguir a um episódio teve um pelo menos alguns dias em que se sentiu deprimido...	Sim	Sim	313-14
...Esteve deprimido ou em baixo durante alguns dias antes, durante ou após o período em que esteve eufórico? Delírios (de inquérito prévio)...	Sim	Sim	315-16
Alucinações (de inquérito prévio)...	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
...Esteve incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) porquê? Gestos suicidas ou tentativas..... Tentou matar-se?	Sim	Sim	321-22
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTESE 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...)	Sim	Sim	323-24
...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?			

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

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?	0 Sem Informação, Inseguro, Reacção 1 Não Avance Para E 2 Sim
Sentiu-se irritadiço ou facilmente perturbado?	

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	O Sem Informação 1 Não Avance Para E
--	---

escola?	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	
...Perda de apetite ou peso, aumento de apetite ou peso?				328
...Problemas em adormecer ou dormir demasiado?..				329
...Perda de energia, facilmente cansado, muito cansado?				330
...Perda de interesse ou prazer nas actividades habituais ou sexo?. .				331
...Sensação de culpa ou auto-desvalorização?..				332
...Problemas de concentração, a pensar ou a tomar decisões?..				333
...Pensamentos acerca de morte ou suicídio?(Tentou suicidar-se?)...				334
...Ser incapaz de se sentar quieto e ter que se movimentar continuamente ou o oposto?..				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 (Apêndix) durante algum dos episódios do Síndrome Depressivo Major (não pontuar se parece ocorrer como manifestação de sistemas de crenças religiosas e subculturais). Se SIM determinar o conteúdo, duração e outros detalhes necessários para futuras decisões.

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

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

Se não existem sinais de nenhuma das fontes de informação que sugeriram Delírios, Alucinações ou Distúrbio acentuado do Pensamento Formal durante os Episódios de Síndrome Depressivo Major, marque aqui e avance para Outras Características de Episódios de Síndrome de Depressão Major.  
340

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

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

DURANTE PELO MENOS UM PERÍODO DE SÍNDROME MANÍACO:				
	Sem Informação	Não	Sim	
<p>Delírio de ser controlado, difusão de pensamento, inserção...</p> <p>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?</p> <p>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?</p>	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... Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?			351-52-53-54
Idade no último episódio, se existiu mais do que um... Quando foi a última vez que esteve...?			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... Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?			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
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?..	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
Esteve incapaz de trabalhar (ir a escola, tomar conta de casa) alimentar-se, vestir-se ou limpar-se?  Gestos suicidas ou tentativas...Durante...tentou alguma vez matar-se?	Sim	Sim	424-25
Associação com gravidez ou nascimento (no espaço de 2 meses)...  Estava grávida ou tinha acabado de dar à luz?	Sim	Sim	426-27

<p>Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona)...</p> <p>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</p> <p>Se SIM descreva o tratamento somático e as drogas usadas:...</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>	<p>430-31</p>
<p>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)...</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>	<p>432-33</p>
<p>Se <b>SIM</b> descreva a doença física:...</p> <p>(Se episodio Esquizo-afectivo note o curso dos sintomas que surgiram Esquizofrenia ate ao presente)</p> <p>O Sem Informação Ou Não Aplicavel</p> <p>1 Desordem Esquizo-Afectiva Grave</p> <p>2 Desordem Esquizo-Afectiva Sub-Aguda</p> <p>3 Desordem Esquizo-Afectiva Sub-Cronica</p> <p>4 Desordem Esquizo-Afectiva Crónica</p>			<p>434</p>

**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 evidência, 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 início, 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 SEGUINTE SINTOMAS DURANTE PELO MENOS UM PERÍODO DE PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGÂNICA

	Sem Informação	Não	Sim	
Difusão de pensamento, inserção, afastamento... 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?	X	1	2	438
Delírios de ser controlado (ou influenciado), delírios múltiplos ou outros delírios bizarros...	X	1	2	439
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? 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...	X	1	2	440
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 continuo 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-AFECTIVA NÃO-ORGÂNICA**

Para qualquer episódio em que ocorreu pelo menos um dos sintomas enumerados no critério 1 e que durou pelo menos 2 semanas, o diagnóstico é de esquizofrenia. Para qualquer episódio que não obedeça a estes 2 critérios, o diagnóstico é de Psicose Funcional Inespecífica. Anote a seguinte informação para episódios de Esquizofrenia ou de Psicose Funcional Inespecífica (ou ambos). Escreva um número ou faça um circulo em torno do SIM, quando se, aplique. Se um sujeito claramente obedece aos critérios de Esquizofrenia durante anos, não e 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?	Si m	Sim	475-513
Recebeu tratamento somático (ECT, medicação)...recebeu algum tratamento para...?	Si m	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 Agudo

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 crónico 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

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.

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

<p>Alguma vez tomou alguma coisa por iniciativa própria para dormir, para o humor ou para ficar mais "alto" como: dexedrina, seconal ou outros barbitúricos?</p> <p>Alguma vez usou marijuana, narcóticos, LSD ou coisas desse tipo?</p> <p>(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?)</p>	<p>0 Sem Informação ou Não Clara</p> <p>1 De Modo Algum Avance Para Psi.Não Associada</p> <p>2 Clinicamente Insignificante (Marij., Ou Anfetaminas)</p> <p>3 Interferencia Menor no Comportamento</p> <p>4 Droga Resulta Em Modificações Importantes Na Vida</p> <p>5 Droga Resulta Em Grandes Modificações Na Vida</p> <p>6 Droga Resulta Numa Disrupção Na Vida</p>
---	---

Tipo de droga:	<input type="checkbox"/> Narcóticos: Heroína, Morfina, Ou Outros 618
	<input type="checkbox"/> Substâncias Tipo Anfetamina 619
	<input type="checkbox"/> Cocaina 620
	<input type="checkbox"/> Sedativos, Hipnóticos, Tranquilizantes 621
	<input type="checkbox"/> Derivados De Cannabis 622
	<input type="checkbox"/> Alucinogêneos (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-AFECTIVA 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 HIPOMANÍACOS**

Se o sujeito teve 2 ou mais episódios de desordem maníacos incluindo o presente, marque aqui e avance

para Personalidade Ciclotímica

632

Existem 2 critérios:

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

<p><u>Se teve Síndrome Maníaco:</u> Alguma vez teve outros períodos em que se sentiu extremamente bem, alto ou irritável mas não tão grave como nos outros episódios que discutimos? Durou pelo menos 2 dias?</p> <p><u>Se não teve Síndrome Maníaco:</u> Alguma vez teve um período que durasse pelo menos 2 dias em que sentiu extremamente bem, ou alto - claramente diferente do seu normal? Os seus amigos ou família acharam que era algo mais do que sentir-se bem? E acerca de períodos em que se sentiu muito irritável ou facilmente aborrecida?</p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</p> <p>1 Não Avance Para K</p> <p>2 Teve Período (s) Quando o Humor Estava</p> <p style="padding-left: 20px;">Irritável Mas Nunca Com Humor Elevado</p> <p>3 Teve Período (s) Com Humor Elevado</p>
--	--

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

	Sem Informação	Não	Sim	
Durante o período mais grave...esteve mais activo que o habitual socialmente, no trabalho, sexualmente, ou fisicamente cansada?..	X	1	2	634
Esteve mais falador que o habitual ou sentiu alguma pressão para continuar a falar?	X	1	2	635
Os seus pensamentos corriam-lhe ou falava tão depressa que era difícil para as pessoas seguir o que dizia?..	X	1	2	636
Sentiu que era uma pessoa muito importante, com planos especiais, poderes, talentos ou capacidades (grandiosidade)?	X	1	2	637
Precisou menos de sono que o habitual?	X	1	2	638
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	639
Fez alguma coisa errada que o pode ter levado a sarilhos como comprar coisas, investimentos financeiros, indiscrições sexuais, condução	X	1	2	640

descuidada?				
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 hipomaníaco				645-46
Duração do período hipomaníaco 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
--	-----

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

K2- FREQUENTEMENTE NÃO NO HUMOR NORMAL	655
--	-----

Isso significa que a maioria do tempo está quer bem quer mal?	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

O seu humor muda frequentemente sem razão aparente?	0 Sem Informação Ou Sem Certeza
	1 Não Avance Para L
	2 Sim

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

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

**PARTE L- DISTÚRBIOS DE SOMATIZAÇÃO**

Existem 2 critérios:

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

Como tem estado a sua saúde física? Tem tido muitas doenças? E operações?	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	
--	----------------	-----	-----	--

<p><b>GRUPO I</b> - Sujeito acredita que tem estado doente a maior parte da sua vida</p> <p>Diria que tem estado doente uma grande parte da sua vida?</p>	X	1	2	659
<p><b>GRUPO II</b> - Perda de sensações, perda de voz e incapaz de murmurar, problemas em caminhar, ou outras conversões pseudo-neurológicas, ou reacções dissociativas...</p> <p>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)?</p>	X	1	2	660
<p><b>GRUPO III</b> - Dores abdominais ou vômitos (sem gravidez)...</p> <p>Alguma vez teve dores abdominais ou vômitos?</p>	X	1	2	661
<p><b>GRUPO IV</b> - Dismenorreia, irregularidade menstrual, excesso de fluxo menstrual (julgados pelo sujeito como ocorrendo mais frequentemente ou com mais gravidade do que na maioria das mulheres)...</p> <p>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)?</p> <p>Faltaram-lhe mais do que dois períodos seguidos várias vezes (excluindo gravidez, ou primeiro ano depois da menarca ou menopausa)?</p> <p>Sentiu-se alguma vez perturbada por excessivo fluxo sanguíneo?</p>	X	1	2	662
<p><b>GRUPO V</b> - 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)...</p> <p>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?</p>	X	1	2	663

<b>GRUPO VI</b> - Dores nas costas, dores nas articulações, dores nas extremidades, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas				
Tem-se sentido incomodado por dores nas costas, nas articulações, nas pernas e nos braços, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas?	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 acerca daquelas (número) vezes em que esteve (descrição dos períodos de Síndrome Depressivo Major)]	
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)?	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N 2 Sim

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

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

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

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

Existem 3 critérios:

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

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

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

<p>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?</p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</p> <p>1 Não Avance Para N</p> <p>2 Sim</p>
--	--

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

	Sem Informação	Não	Sim	
Durante o período mais grave for ainda perturbado por:				
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 inadapatado?	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 Avance para O	1 NÃO			735
Se SIM rever critério de Desordem Depressiva Major e Desordem Depressiva Intermitente para certificar que o episódio não deve ser ai classificado.	2 SIM			
Durante quanto tempo se sentiu assim ao longo dos últimos 2 anos?				
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
Episódio 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**

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

**O2-PERÍODOS INTERMITENTES FREQUENTES DE HUMOR NORMAL DURANTE ALGUMAS HORAS, DIAS OU SEMANAS 750**

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?	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**

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

**O4-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMIL.OU EMPG.DURANTE PERIODO DPR. 752**

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 P 2 Sim
Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem Depressiva Intermitente e 753 não vai de encontro ao critério de ,Personalidade Ciclotímica	SIM
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	
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?)	X	1	2	758
Falta de ar (dispneia)?	X	1	2	
Palpitações?	X	1	2	759
Dores no peito ou desconforto?	X	1	2	760
Sensações de choques?	X	1	2	761

Tonturas ou a sensação de que andasse tudo à volta (vertigens) ou como se as coisas fossem irreais?	X	1	2	762
Tremores (parastesias)?	X	1	2	763
Suores?	X	1	2	764
Desmaios?	X	1	2	765
Tremer ou abanar?	X	1	2	766
Medo de morrer, ficar louco, ou perder o controle durante um ataque?	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

Esteve muito nervoso a maior parte do tempo entre os ataques?	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

Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?.. tomou medicação?..	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para Q
---	--

Os (ataques de pânico) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?	2 Sim
Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem de Pânico 772	SIM
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... maioria dos ataques 820	1 Igual situação ou tipo na
Situações estimuladoras para evocar ataques de pânico... situação	2 Não claramente 1 ou 3 3 Sem tipo particular de
<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

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

Q2-HUMOR ANSIOSO ASSOCIADO COM PELO MENOS UM DOS SINTOMAS

Qualidade de Vida na Cardiopatia Congénita

Durante o período mais grave foi perturbado por:	Sem Informação	Não	Sim	
Dificuldade em adormecer?	X	1	2	823
Suores, corar, tonturas, palpitações ou falta de ar?	X	1	2	824
Tensão muscular ou tremores?	X	1	2	825
Grande preocupação a maior parte do tempo acerca de coisas que podem acontecer?	X	1	2	826
Agitação contínua ou incapacidade de se sentar quieto?	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

Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?.. tomou medicação?..	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para R 2 Sim
O (humor ansioso) afectou de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?	
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**

<p>Sentiu-se perturbado por pensamentos que lhe apareciam continuamente, sem qualquer sentido, e que não conseguia ver-se livre deles ou pô-los fora da sua mente?</p> <p>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?</p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</p> <p>1 Não Avance Para S</p> <p>2 Sim</p>
---	--

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

<p>Que efeito tiveram estas (obsessões, compulsões) em si? Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?</p> <p>As (obsessões, compulsões) afectaram de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?</p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</p> <p>1 NÃO Avance Para S</p> <p>2 SIM</p>	
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, ATIVIDADES OU SIT.COM TENDÊNCIA A EVITAR 854

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

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

Que efeito teve isto em si?  Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?  Os (sintomas fóbicos) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?	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 FOBIAS SOCIAIS
3 FOBIAS SIMPLES
4 FOBIAS MISTAS

**PARTE T- PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL**

Existem 4 critérios

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

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

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

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

Qualidade de Vida na Cardiopatia Congénita

Fugia de casa à noite?	X	1	2	913
Mentia muito?	X	1	2	914
Começou a beber muito antes dos outros rapazes ou raparigas da sua idade?	X	1	2	915
Roubava coisas?	X	1	2	916
Partia janelas ou destruía coisas (vandalismo)?	X	1	2	917
Começou a ter sexo antes dos outros rapazes ou raparigas da sua idade (SIM, se muito precoce ou se comportamento sexual agressivo)?	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

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

<p>Existe alguém de quem se sente muito próximo? Mais alguém?</p> <p>Durante quanto tempo se sentiu assim?</p> <p>Ajuda-os quando eles têm problemas?</p> <p>Mantém os mesmos amigos durante muito tempo?</p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza</p> <p>1 NÃO Avance para U</p> <p>2 SIM</p>
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.</p> <p>Como se descreveria como pessoa...</p> <p>Sente que as pessoas estão a criticá-lo?..que há pessoas que lhe estão a fazer a vida difícil?..</p> <p>Tem tendência a ser uma pessoa ciumenta ou invejosa?..</p> <p>Desconfia com frequência dos outros ou tem medo que se aproveitem de si?</p> <p>Teve fases de grandes suspeitas ou sentiu que tinha que estar alerta?</p>	<p>0 sem informação</p> <p>1 de modo algum</p> <p>2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços)</p> <p>3 em alguma extensão</p> <p>4 numa considerável extensão</p> <p>5 numa extensão marcada</p> <p>6 num grau extremo</p>
--	--

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

<p>Tem tendência geralmente a ser cuidadoso na expressão de sentimentos fortes?</p> <p>Fica no lado mais calmo ou é considerado o tipo de pessoa séria?</p> <p>Tem um sentido muito forte do certo ou errado?..ser mais honesto que a maioria das pessoas?..</p>	<p>0 sem informação</p> <p>1 de modo algum</p> <p>2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços)</p> <p>3 em alguma extensão</p>
--	---

As pessoas chamar-lhe-iam teimoso?	4 numa considerável extensão
Tem tendência a ter certas maneiras para fazer as coisas e fica aborrecido se as rotinas têm de ser mudadas?	5 numa extensão marcada
O trabalho é mais importante do que divertir-se pelo que lhe é difícil pô-lo de lado para relaxar ou ir de férias?..	6 num grau extremo

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

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?..	0 sem informação
	1 de modo algum
	2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços)
	3 em alguma extensão
Gosta mais de se envolver com pessoas e actividades que maioria das pessoas?..	4 numa considerável extensão
	5 numa extensão marcada
	6 num grau extremo

**PARTE V- OUTRAS DESORDENS PSIQUIÁTRICAS**

Esta categoria é para condições psiquiátricas que não podem ser classificadas em nenhum dos diagnósticos anteriores e que não parecem ser parte de um período prodromico ou sintomas residuais de uma desordem específica. É possível que um sujeito tenha um período de doença que seja considerado Outras Desordens Psiquiátricas seguido ou precedido por um episódio que possa ser diagnosticado como um dos outros diagnósticos específicos.

Existem 2 critérios:

V1-

	Sim	
O quadro clínico sugere um distúrbio específico não coberto por este instrumento (ex: Anorexia Nervosa, Transexualismo, Personalidade Paranóide)		932

Especificar _____		
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 2 Sim	Passar para Traços Esquizofrénicos	

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	X	1	2

está comigo”), suspeita de alucinações, ou períodos de dissociações severas, despersonalização, ou desrealização (que não seja ataque de pânico)  Sentiu com frequência que o mundo parece diferente ou que de alguma forma mudou?  Sentiu que estava fora do seu próprio corpo, ou como se uma parte não lhe pertencesse? Ou que estava fisicamente desligado das pessoas... ou sentiu como se estivesse num sonho...ou alguma experiência estranha?			
Ideação estranha ou bizarra, ou pensamento mágico ex: superstição, clarividência, telepatia, sexto sentido, “que os outros poderem sentir os seus sentimentos”, ou delírios (falsas crenças) suspeitos	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 restrito ex: indiferente,, distante, frio, superficial, pateta	X	1	2
Comunicação estranha (sem desordem formal do pensamento) ex: discurso tangencial, divagante (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):

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esquizofrenia (não agora mas Tipo Residual)</li> <li>2. Perturbação Esquizo-afectiva</li> <li>3. Perturbação de Pânico</li> <li>4. Perturbação Fóbica</li> <li>5. Perturbação Obsessivo-Compulsiva</li> <li>6. Perturbação de Briquet (Perturbação de</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Sem informação, sem certeza, ou nunca teve uma Desordem Depressiva Major 953  <input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major <u>não</u> foi precedido pelas desordens listadas ao lado 954
--	--

<p>Somatização)</p> <p>7. Personalidade anti-social</p> <p>8. Alcoolismo</p> <p>9. Abuso de drogas</p> <p>10. Preferência Homossexual (perguntar se necessário)</p> <p>11. Anorexia Nervosa</p> <p>12. Transsexualismo</p> <p>13. Síndrome Cerebral Orgânico</p>	<p><input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado 955</p> <p>___ Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se desenvolveu primeiro) 956-7</p> <p><input type="checkbox"/> O mais recente Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado 958</p> <p>___ Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se desenvolveu primeiro) 959-60</p>
--	--

**PARTE Y- COMPORTAMENTO SUICIDA**

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

**Y1- Tentativa de suicídio no período de tentativa mais séria**

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

	<p>5 Muito a sério</p> <p>6 Extremo (cuidadosamente planeado e com expectativa de morte)</p>
--	--

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

<p>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</p>	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

<p>Durante os 5 anos passados, quando foi o período em que mais se relacionou socialmente com as outras pessoas?</p> <p>Até que ponto se relacionou socialmente com amigos ou com outras pessoas?</p> <p>E visitas ou receber pessoas em casa?</p> <p>E atividades na igreja, clube ou jogos?</p> <p>Com quem se encontra?</p> <p>Até que ponto lhes é próximo?</p> <p>Consideraria algum deles como amigo íntimo - alguém que pudesse realmente confiar?</p>	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	
	<input type="checkbox"/> características de funcionamento durante a maior parte da sua vida	966

	<input type="checkbox"/> aparentemente como resultado da deterioração do funcionamento 967
--	---

<b>Z2- FUNCIONAMENTO GERAL MAIS SAUDÁVEL DO SUJEITO DURANTE PELO MENOS ALGUNS MESES NOS PASSADOS 5 ANOS</b> 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 mínimos; bom func. 2 ausente ou sintomas mínimos; func. diminuído 3 alguns sintomas médios; algumas dificuldades func. 4 sintomas moderados; func.com dificuldade 5 alguns sintomas sérios; grande diminuição de func. 6 diminuição grave em várias áreas
--	---

<b>Z3- FUNCIONAMENTO GERAL MENOS SAUDAVE DO SUJEITO DURANTE O MÊS PASSADO</b> 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 dificuldade 5 alguns sintomas sérios de disfuncionamento 6 disfuncionamento major em várias áreas
---	---

<b>RESULTADOS DE DOENÇAS ANTERIORES</b>	<b>970</b>
---	------------

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

## 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 Choraminga
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			
	<i>Não sei</i>	<i>Menos</i>	<i>Médio</i>	<i>Mais</i>	<i>Não sei</i>	<i>Pior</i>	<i>Médio</i>	<i>Melhor</i>
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			
	<i>Não sei</i>	<i>Menos</i>	<i>Médio</i>	<i>Mais</i>	<i>Não sei</i>	<i>Pior</i>	<i>Médio</i>	<i>Melhor</i>
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			
	<i>Não sei</i>	<i>Menos</i>	<i>Médio</i>	<i>Mais</i>
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 \_\_\_\_\_)

## Questionário de descrição do comportamento para adultos (ABCL)

(18-59 ANOS)

Por favor marque as suas respostas

<b>NOME</b> <b>PRIMEIRO</b> <b>MEIO</b> <b>ÚLTIMO</b>  <b>COMPLETO</b>  <b>ADULTO</b>				<b>TIPO DE TRABALHO USUAL DO ADULTO, mesmo que não esteja a trabalhar actualmente.</b> 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)
<b>GÉNERO</b>  <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		<b>IDADE</b>  	<b>ÉTNIA</b>  <b>GRUPO</b>  <b>OU RAÇA</b>	
<b>DATA ACTUAL</b>  Mês _____ Dia _____ Ano _____		<b>DATA DE NASCIMENTO</b>  Mês _____ Dia _____ Ano _____		<b>ESTA PARTE FOI PREENCHIDA POR</b> (escreva o nome completo):  _____
<b>POR FAVOR ESCOLHA A FORMAÇÃO ACADÉMICA DO ADULTO</b>				A sua relação com o Adulto:  <input type="checkbox"/> Cónjuge <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____
<input type="checkbox"/> 1 Sem frequência escolar <input type="checkbox"/> 7 Bacharelato <input type="checkbox"/> 2 Até 4 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 8 Licenciatura <input type="checkbox"/> 3 5 a 6 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 9 Mestrado <input type="checkbox"/> 4 7 a 9 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 10 Doutoramento <input type="checkbox"/> 5 10 a 12 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 11 Outras: <input type="checkbox"/> 6 Frequência universitária                      _____				Por favor, preencha esta parte de modo a reflectir os <b>seus</b> 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. <b>Certifique-se de que responde a todas as questões.</b>

**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

0 1 2 A. Dá-se bem com o conjugue ou companheiro

0 1 2 E. Discorda do cônjuge ou companheiro acerca do local onde viver

0 1 2 B. Tem problemas em partilhar responsabilidades com o cônjuge ou companheiro

0 1 2 F. Tem problemas com a família do cônjuge ou companheiro

0 1 2 C. Parece satisfeito com o cônjuge ou companheiro

0 1 2 G. Gosta dos amigos do cônjuge ou companheiro

0 1 2 D. Aprecia as mesmas actividades que o cônjuge ou companheiro

0 1 2 H. Aborrece-o o comportamento do cônjuge ou companheiro

*Certifique-se de que responde a todas as questões.*

III. Ele/ela tem alguma doença, incapacidade ou deficiência?

Não  Sim – por favor descreva:

---

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

Não tem preocupações

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

**Certifique-se de que responde a todos os itens.**

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

0= Não Verdadeiro

1= Por Vezes Verdadeiro

2= Muito ou Quase Sempre Verdade

0 1 2 1. É muito esquecido(a)

0 1 2 2. Aproveita as oportunidades quando surgem

0 1 2 3. Discute

0 1 2 4. Dá o melhor de si, esforça-se ao máximo

0 1 2 36. Magoa-se muito, é propenso a acidentes

0 1 2 37. Envolve-se em muitos conflitos/lutas

0 1 2 38. As relações com os vizinhos são fracas

0 1 2 39. Dá-se com pessoas que se metem em sarilhos

## Qualidade de Vida na Cardiopatia Congénita

- 0 1 2 5. Culpa os outros pelos seus próprios problemas.
- 0 1 2 6. Usa drogas (não considerar o tabaco) para fins não medicinais (descreva):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 0 1 2 7. É fanfarrão
- 0 1 2 8. Não se consegue concentrar, não presta atenção por muito tempo
- 0 1 2 9. Não consegue afastar alguns pensamentos; obsessões  
(descreva): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 10. Não consegue estar sentado, é irrequieto, hiperactivo
- 0 1 2 11. Muito dependente dos outros
- 0 1 2 12. Queixa-se de solidão
- 0 1 2 13. Fica confuso ou parece estar com pensamento “enevoado/turvado”
- 0 1 2 14. Chora muito
- 0 1 2 15. É muito honesto
- 0 1 2 16. É cruel, intimidada ou mal trata os outros
- 0 1 2 17. Sonha acordado/ perde-se nos seus pensamentos
- 0 1 2 18. Auto-injuria-se ou tenta o suicídio
- 0 1 2 19. Exige muita atenção
- 0 1 2 20. Estraga ou destrói coisas que lhe pertencem
- 0 1 2 21. Estraga ou destrói coisas que pertencem a outros
- 0 1 2 22. Preocupa-se com o seu futuro
- 0 1 2 23. Não cumpre regras no local de trabalho ou noutras locais
- 0 1 2 24. Não se alimenta bem
- 0 1 2 25. Não se dá bem com as outras pessoas
- 0 1 2 26. Não parece sentir-se culpado depois de se comportar mal
- 0 1 2 27. Fica facilmente ciumento
- 0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):  
\_\_\_\_\_
- 0 1 2 41. Impulsivo ou age sem pensar
- 0 1 2 42. Prefere estar sozinho do que com outras pessoas
- 0 1 2 43. Mentira ou engana/aldraba (faz batota)
- 0 1 2 44. Sente-se sufocado com as responsabilidades
- 0 1 2 45. Nervoso, excitável, tenso
- 0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou contracções  
(descreva): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 47. Tem falta de auto-confiança
- 0 1 2 48. Não gostam dele
- 0 1 2 49. Consegue fazer algumas coisas melhor que os outros
- 0 1 2 50. Muito medroso ou ansioso
- 0 1 2 51. Sente-se tonto ou de cabeça vazia
- 0 1 2 52. Sente-se demasiado culpado
- 0 1 2 53. Tem dificuldades em planear o futuro
- 0 1 2 54. Sente-se cansado sem motivo para tal
- 0 1 2 55. O humor varia entre exaltação e depressão
- 0 1 2 56. Problemas físicos sem cauda médica conhecida:
- 0 1 2 a. dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça)
- 0 1 2 b. dores de cabeça
- 0 1 2 c. náusea, sensação de enjojo
- 0 1 2 d. problemas visuais (não incluir aqueles corrigíveis com óculos)  
(descreva): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 e. erupções na pele ou outros problemas de pele
- 0 1 2 f. dores de estômago
- 0 1 2 g. vômitos

## Qualidade de Vida na Cardiopatia Congénita

- |   |   |
|---|---|
| <p>0 1 2 28. Dá-se mal com a família</p> <p>0 1 2 29. Receia alguns animais, situações ou locais (descreva): _____<br/>_____</p> <p>0 1 2 30. Relaciona-se mal com o sexo oposto</p> <p>0 1 2 31. Receia pensar ou fazer algo mal</p> <p>0 1 2 32. Sente que tem de ser perfeito(a)</p> <p>0 1 2 33. Sente ou queixa-se/ tem a sensação que ninguém gosta dele</p> <p>0 1 2 34. Sente que estão sempre a tentar apanhá-lo em falta</p> <p>0 1 2 35. Sente-se inútil ou inferior</p> | <p>0 1 2 57. Agridе fisicamente as pessoas</p> <p>0 1 2 58. Tira/arranca pele ou outras partes do corpo (descreva): _____<br/>_____</p> <p>0 1 2 59. Não termina as tarefas</p> <p>0 1 2 60. Há poucas coisas de que ele(a) gosta</p> <p>0 1 2 61. Baixa performance no trabalho</p> <p>0 1 2 62. Fraca coordenação motora ou desajeitado</p> <p>0 1 2 63. Prefere estar com pessoas mais velhas do que com pessoas da sua idade</p> <p>0 1 2 64. Tem dificuldades em estabelecer prioridades</p> |
|---|---|

*Certifique-se de que responde a todos os itens.*

**0= Não Verdadeiro**

**1= Por Vezes Verdadeiro**

**2= Muito ou Quase Sempre Verdadeiro**

- |   |   |
|---|---|
| <p>0 1 2 65. Recusa-se a falar</p> <p>0 1 2 66. Repete alguns actos vezes sem conta, compulsões (descreva): _____<br/>_____</p> <p>0 1 2 67. Tem problemas em fazer ou manter amigos</p> <p>0 1 2 68. Grita ou berra muito</p> <p>0 1 2 69. É reservado, guarda as coisas para si</p> <p>0 1 2 70. Vê coisas que não existem (descreva): _____<br/>_____</p> <p>0 1 2 71. Sente-se constrangido ou embaraçado facilmente</p> <p>0 1 2 72. Preocupa-se com a sua família</p> <p>0 1 2 73. Corresponde às responsabilidades para com a família</p> <p>0 1 2 74. Exibe-se ou faz palhaçadas</p> <p>0 1 2 75. É muito envergonhado, tímido</p> <p>0 1 2 76. Tem comportamentos irresponsáveis</p> | <p>0 1 2 95. Tem acessos de mau génio, mau feitio</p> <p>0 1 2 96. É passivo ou tem falta de iniciativa</p> <p>0 1 2 97. Ameaça fisicamente as pessoas</p> <p>0 1 2 98. Gosta de ajudar as pessoas</p> <p>0 1 2 99. Não gosta de permanecer no mesmo local por muito tempo</p> <p>0 1 2 100. Tem dificuldades em dormir</p> <p>0 1 2 101. Falta ao trabalho mesmo que não esteja doente ou de férias</p> <p>0 1 2 102. É hipoactivo, tem movimentos lentos, falta de energia</p> <p>0 1 2 103. É infeliz, triste ou depressivo</p> <p>0 1 2 104. É muito barulhento</p> <p>0 1 2 105. É desorganizado</p> <p>0 1 2 106. Tenta ser honesto com os outros</p> <p>0 1 2 107. Acha que não consegue obter sucesso em nada</p> |
|---|---|

0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite (descreva): \_\_\_\_\_

0 1 2 78. Tem dificuldades em tomar decisões

0 1 2 79. Tem problemas de fala/ comunicação (descreva): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

0 1 2 80. Olha fixamente no vazio

0 1 2 81. Tem comportamento muito instável

0 1 2 82. Rouba

0 1 2 83. Aborrece-se com facilidade

0 1 2 84. Tem comportamentos estranhos (descreva): \_\_\_\_\_

0 1 2 85. Tem ideias/ pensamentos estranhos (descreva): \_\_\_\_\_

0 1 2 86. É teimoso(a)/obstinado(a), rabugento(a), amuado(a) ou irritável

0 1 2 87. Tem Mudanças repentinas de humor ou sentimentos

0 1 2 88. Gosta de conviver com as pessoas

0 1 2 89. Age sem pensar/ sem ter em conta riscos

0 1 2 90. Bebe muito álcool ou fica embriagado

0 1 2 91. Fala sobre suicidar-se

0 1 2 92. Faz coisas que podem causar problemas com a lei (descreva): \_\_\_\_\_

0 1 2 93. Fala demasiado

0 1 2 94. É muito implicativo

0 1 2 108. Tende a perder objectos

0 1 2 109. Gosta de experimentar coisas novas

0 1 2 110. Toma boas decisões

0 1 2 111. É tímido/retraído; não gosta de conviver

0 1 2 112. Preocupa-se muito

0 1 2 113. Amua muito

0 1 2 114. Não paga as suas contas, nem assume outras responsabilidades financeiras

0 1 2 115. É Irrequieto e nervoso

0 1 2 116. Aborrece-se facilmente

0 1 2 117. Tem dificuldades em gerir dinheiro ou cartões de crédito

0 1 2 118. É muito impaciente

0 1 2 119. Não é bom no que toca a pormenores/ detalhes

0 1 2 120. Conduz demasiado rápido

0 1 2 121. Costuma atrasar-se para reuniões/ encontros

0 1 2 122. Tem dificuldades em manter o emprego

0 1 2 123. Ele(a) é uma pessoa feliz

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.*

## 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	Vómitos
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	Conseguo trabalhar bem com as minhas mãos; faço bem trabalhos manuais
0	1	2	74	Gosto de me "exibir" ou de fazer palhaçadas
0	1	2	75	Sou envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76	Durmo menos que a maior parte dos rapazes ou raparigas
0	1	2	77	Durmo mais do que a maior parte dos rapazes ou raparigas, durante o dia e/ou durante a noite (descreve): _____
0	1	2	78	Tenho boa imaginação
0	1	2	79	Tenho problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreve): _____
0	1	2	80	Luto pelos meus direitos
0	1	2	81	Roubo coisas em casa
0	1	2	82	Roubo coisas fora de casa
0	1	2	83	Acumulo coisas de que não preciso (descreve): _____
0	1	2	84	Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreve): _____ -
0	1	2	85	Tenho pensamentos ou ideias que as outras pessoas acham estranhas (descreve): _____
0	1	2	86	Sou teimoso(a)
0	1	2	87	Tenho mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88	Gosto de estar com outras pessoas
0	1	2	89	Sou desconfiado(a)
0	1	2	90	Digo palavrões ou uso linguagem obscena

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

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

---

## II PARTE

### I

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

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

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

Não pratico nenhum desporto

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

## II

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

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

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

Não faço nenhum passatempo, actividade ou jogo

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

c.	1	2	3	1	2	3
----	---	---	---	---	---	---

III

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

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

Não pertença a nenhuma organização, clube ou grupo

Organização, clube ou grupo	Atividade		
	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

---



---



---

**Questionário de auto-avaliação para adultos (ASR)**

(18-59 ANOS)

Por favor marque as suas respostas

PRIMEIRO	MEIO	ÚLTIMO	<b>O SEU TIPO DE TRABALHO USUAL, mesmo que não esteja a trabalhar actualmente.</b> 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)
<b>O SEU NOME COMPLETO</b>			
<b>O SEU GÉNERO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>A SUA IDADE</b>	<b>GRUPO ÉTNICO OU RAÇA</b>	<b>O seu trabalho/ profissão</b> _____  <b>O trabalho/profissão do seu Cônjuge/Companheiro</b> _____
<b>A DATA DE HOJE</b> Mês _____ Dia _____ Ano _____	<b>A SUA DATA DE NASCIMENTO</b> Mês _____ Dia _____ Ano _____		<b>POR FAVOR MARQUE COM UMA CRUZ A SUA FORMAÇÃO ACADÉMICA</b>
Por favor, preencha este questionário de modo a reflectir os <b>seus</b> pontos de vista, mesmo que outras pessoas possam não concordar com eles. Não precisa de gastar muito tempo em cada questão. Pode acrescentar comentários. <b>Certifique-se de que responde a todas as questões.</b>			<input type="checkbox"/> 1 Sem Frequência Escolar <input type="checkbox"/> 7 Frequência Universitária <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

*Por favor marque as suas respostas. Assegure-se de que responde a todas as questões*

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"/>

Qualidade de Vida na Cardiopatia Congénita

4. Outros filhos  Não se aplica
- F. Os seus enteados?  Não se aplica
- Não tenho enteados

**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

Qualidade de Vida na Cardiopatia Congénita

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. Envolver-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. Oíço 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	0 1 2 45. Sou nervoso, excitável, tenso
	0 1 2 46. Tenho movimentos nervosos ou contracções corporais (descreva): _____
	0 1 2 47. Tenho baixa auto-confiança

(descreva): \_\_\_\_\_

0 1 2 10. Não consigo estar sentado, quieto, durante muito tempo

0 1 2 11. Dependo muito dos outros

0 1 2 12. Sinto-me só

0 1 2 13. Sinto-me confuso / não consigo pensar claramente

0 1 2 14. Choro muito

0 1 2 15. Sou muito honesto

0 1 2 16. Sou mesquinho, mau para com os outros

0 1 2 17. Sou muito sonhador

0 1 2 18. Auto-injuro-me ou tento suicidar-me

0 1 2 19. Tento que me dêem muita atenção

0 1 2 20. Destruo ou estrago os meus pertences

0 1 2 21. Destruo ou estrago os pertences dos outros

0 1 2 22. Preocupo-me com o meu futuro

0 1 2 23. Não cumpro regras no meu local de trabalho ou noutras locais

0 1 2 24. Não me alimento tão bem quanto devia

0 1 2 25. Não me dou bem com as outras pessoas

0 1 2 26. Não me sinto culpado após ter feito algo que não devia

0 1 2 27. Tenho ciúmes dos outros

0 1 2 28. Dou-me mal com a minha família

0 1 2 29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares

(descreva): \_\_\_\_\_

0 1 2 30. As minhas relações com o sexo oposto são más

0 1 2 31. Receio pensar ou fazer algo de mau ou errado

0 1 2 32. Sinto que devo ser perfeito

0 1 2 33. Sinto que ninguém gosta de mim

0 1 2 34. Sinto que estão sempre a tentar apanhar-me em falta

0 1 2 48. As pessoas não gostam de mim

0 1 2 49. Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros

0 1 2 50. Sinto-me ansioso e amedrontado

0 1 2 51. Sinto-me tonto ou com a cabeça vazia

0 1 2 52. Sinto-me muito culpado

0 1 2 53. Tenho dificuldades em planear o futuro

0 1 2 54. Sinto-me cansado sem razão

0 1 2 55. O meu humor varia entre exaltação e depressão

56. Problemas físicos **sem causa médica conhecida:**

0 1 2 a. dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça)

0 1 2 b. dores de cabeça

0 1 2 c. náusea, sensação de enjojo

0 1 2 d. problemas de visão (não incluir os corrigíveis com óculos)  
(descreva): \_\_\_\_\_

0 1 2 e. erupções na pele ou outros problemas de pele

f. dores de estômago

0 1 2 g. vômitos

0 1 2 h. coração aos saltos, acelerado

0 1 2 i. formigueiros, adormecimento em diferentes partes do corpo

0 1 2 57. Agrido fisicamente as pessoas

0 1 2 58. Tiro/arranco pele ou outras partes do corpo

0 1 2 59. Não consigo terminar as tarefas

0 1 2 60. Há poucas coisas de que goste

0 1 2 61. A minha produtividade no trabalho é baixa

0 1 2 62. Sou descoordenado ou desajeitado em termos motores

0 1 2 63. Prefiro as pessoas mais velhas às da minha idade

0 1 2 35. Sinto-me inútil ou inferior

0 1 2 36. Magoo-me muito, sou propenso a acidentes

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 67. Tenho problemas em fazer ou manter amizades

0 1 2 68. Grito ou berro muito

0 1 2 69. Sou reservado, guardo as coisas para mim mesmo

0 1 2 70. Vejo coisas que não existem (descreva): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

0 1 2 71. Sinto-me constrangido ou embaraçado facilmente

0 1 2 72. Preocupo-me com a minha família

0 1 2 73. Cumpro as responsabilidades para com a minha família

0 1 2 74. Exibo-me muito ou faço palhaçadas

0 1 2 75. Sou muito tímido ou envergonhado

0 1 2 76. Tenho um comportamento irresponsável

0 1 2 77. Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite

(descreva): \_\_\_\_\_

0 1 2 78. Tenho dificuldades em tomar decisões

0 1 2 79. Tenho problemas de fala / comunicação

(descreva): \_\_\_\_\_

0 1 2 80. Luto pelos meus direitos

0 1 2 81. O meu comportamento é inconstante, instável

0 1 2 82. Roubo

0 1 2 95. Tenho mau feitio, mau génio

0 1 2 96. Penso muito em sexo

0 1 2 97. Ameaço fisicamente as pessoas

0 1 2 98. Gosto de ajudar as pessoas

0 1 2 99. Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio

0 1 2 100. Tenho problemas de sono

0 1 2 101. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias

0 1 2 102. Não tenho muita energia

0 1 2 103. Sinto-me triste, infeliz, deprimido

0 1 2 104. Sou muito barulhento

0 1 2 105. As pessoas acham-me desorganizado

0 1 2 106. Tento ser honesto com os outros

0 1 2 107. Sinto que não consigo obter sucesso em nada

0 1 2 108. Tenho tendência a perder coisas

0 1 2 109. Gosto de experimentar coisas novas

0 1 2 110. Quem me dera ser do sexo oposto

0 1 2 111. Afasto-me do convívio com outras pessoas

0 1 2 112. Preocupo-me muito

0 1 2 113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto

0 1 2 114. Não pago as minhas contas nem assumo responsabilidades financeiras

## Qualidade de Vida na Cardiopatia Congénita

- 0 1 2 83. Aborreço-me, sinto tédio com facilidade
- 0 1 2 84. Faço coisas que os outros acham estranhas  
(descreva): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 85. Tenho pensamentos que os outros acham estranhos  
(descreva): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 86. Sou teimoso/obstinado, rabugento, amuado ou irritável
- 0 1 2 87. Os meus sentimentos ou o meu humor mudam repentinamente
- 0 1 2 88. Gosto de conviver
- 0 1 2 89. Ajo sem pensar nos riscos
- 0 1 2 90. Bebo muito álcool ou fico embriagado
- 0 1 2 91. Penso em suicidar-me
- 0 1 2 92. Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei  
(descreva): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 93. Falo demasiado
- 0 1 2 94. Implico muito com os outros

- 0 1 2 115. Sinto-me inquieto ou irrequieto
- 0 1 2 116. Aborreço-me, entedio-me facilmente
- 0 1 2 117. Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito
- 0 1 2 118. Sou demasiado impaciente
- 0 1 2 119. Não sou bom com pormenores
- 0 1 2 120. Conduzo demasiado rápido
- 0 1 2 121. Costumo atrasar-me para reuniões/encontros
- 0 1 2 122. Tenho dificuldade em manter um emprego
- 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*

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

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

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

19. Prefiro colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as suas obrigações.					
21. Muitas vezes, sinto-me tensa(o) e enervada(o).					
22. Gosto de estar onde está a acção.					
23. A poesia pouco ou nada lhe diz.					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
25. Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de forma ordenada.					
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.					
27. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinha (o).					
28. Frequente experimento comidas novas e desconhecidas.					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa dela se a deixar.					
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.					
31. Raramente me sinto amedrontada (o) ou nervosa.					
32. Muitas vezes, sinto-me a arrebentar de energia.					
33. Poucas vezes, me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
34. A maioria das pessoas que conheço gosta de mim.					
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.					
36. Muitas vezes aborrece-me a maneira que as pessoas me tratam.					
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
39. Algumas pessoas consideram-me fria (o) e calculista.					
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra.					
41. Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.					

42. Não sou um (a) grande optimista.					
43. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepijo ou uma onda de emoção.					
44. Sou inflexível e dura (o) nas minhas atitudes.					
45. Às vezes não sou tão segura (o) ou digna (o) de confiança como deveria ser.					
46. Raramente estou triste ou deprimida (o).					
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido.					
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
49. Geralmente, procuro ser atenciosa (o) e delicada (o).					
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparada (o), desejando que alguém resolva os meus problemas.					
52. Sou uma pessoa muito activa.					
53. Tenho muita curiosidade intelectual.					
54. Quando não gosto das pessoas faço-o saber.					
55. Parece que nunca consigo ser organizada (o).					
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhada(o) que desejava meter-me num buraco.					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.					
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstratas.					
59. Se for necessário, não hesito manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
60. Esforça-me por ser excelente em tudo o que faço.					

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

# WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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



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

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

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

**DADOS PESSOAIS**

**A1 Idade**  anos **A2 Data de Nascimento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**A3 Sexo**  Masculino  Feminino **A4 Escolaridade**

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
1º-4º anos	<input type="checkbox"/>
5º-6º anos	<input type="checkbox"/>
7º-9º anos	<input type="checkbox"/>
10º-12º anos	<input type="checkbox"/>
Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

**A5 Profissão**

**A6.1 Freguesia**   
**A6.2 Concelho**   
**A6.3 Distrito**

**A7 Estado Civil**

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

**B1a** Está actualmente doente? Sim  Não

**B1b** Que doença é que tem? \_\_\_\_\_

**B2** Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**B3** Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

**C. Forma de administração do questionário**

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

**D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

**Instruções**

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

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

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

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

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

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

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

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

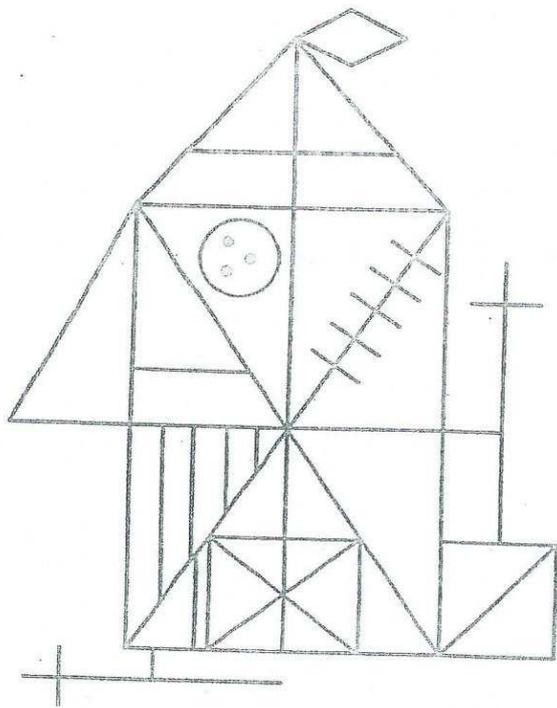
As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

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

## **Anexo II**

---

### Instrumentos Neuropsicológicos



**B**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
÷	)	+	┌	└	∨	⊂	÷	└

Exemplo							1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3		
2	1	4	6	3	5	2																

1	2	5	1	3	1	5	4	2	7	4	6	9	2	5	8	4	7	6	1	8		

7	5	4	8	6	9	4	3	1	8	2	9	7	6	2	5	8	7	3	6	4		

5	9	4	1	6	8	9	3	7	5	1	4	9	1	5	8	7	6	9	7	8		

2	4	8	3	5	6	7	1	9	4	3	6	2	7	9	3	5	6	7	4	5		

2	7	8	1	3	9	2	6	8	4	1	3	2	6	4	9	3	8	5	1	8		





VERMELHO	AZUL	VERDE	VERMELHO	AZUL
VERDE	VERDE	VERMELHO	AZUL	VERDE
AZUL	VERMELHO	AZUL	VERDE	VERMELHO
VERDE	AZUL	VERMELHO	VERMELHO	AZUL
VERMELHO	VERMELHO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	VERMELHO
VERMELHO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	VERMELHO	VERDE	VERMELHO
VERDE	VERMELHO	AZUL	VERMELHO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	VERMELHO	AZUL	VERMELHO	VERMELHO
VERMELHO	AZUL	VERMELHO	VERDE	AZUL
VERDE	VERMELHO	AZUL	VERMELHO	VERDE
AZUL	AZUL	VERMELHO	VERDE	VERMELHO
VERMELHO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	VERMELHO	VERDE	VERMELHO
VERMELHO	VERDE	AZUL	VERMELHO	VERDE
VERDE	VERMELHO	VERDE	AZUL	AZUL
VERMELHO	AZUL	VERMELHO	VERDE	VERMELHO
VERDE	VERMELHO	VERDE	AZUL	VERDE

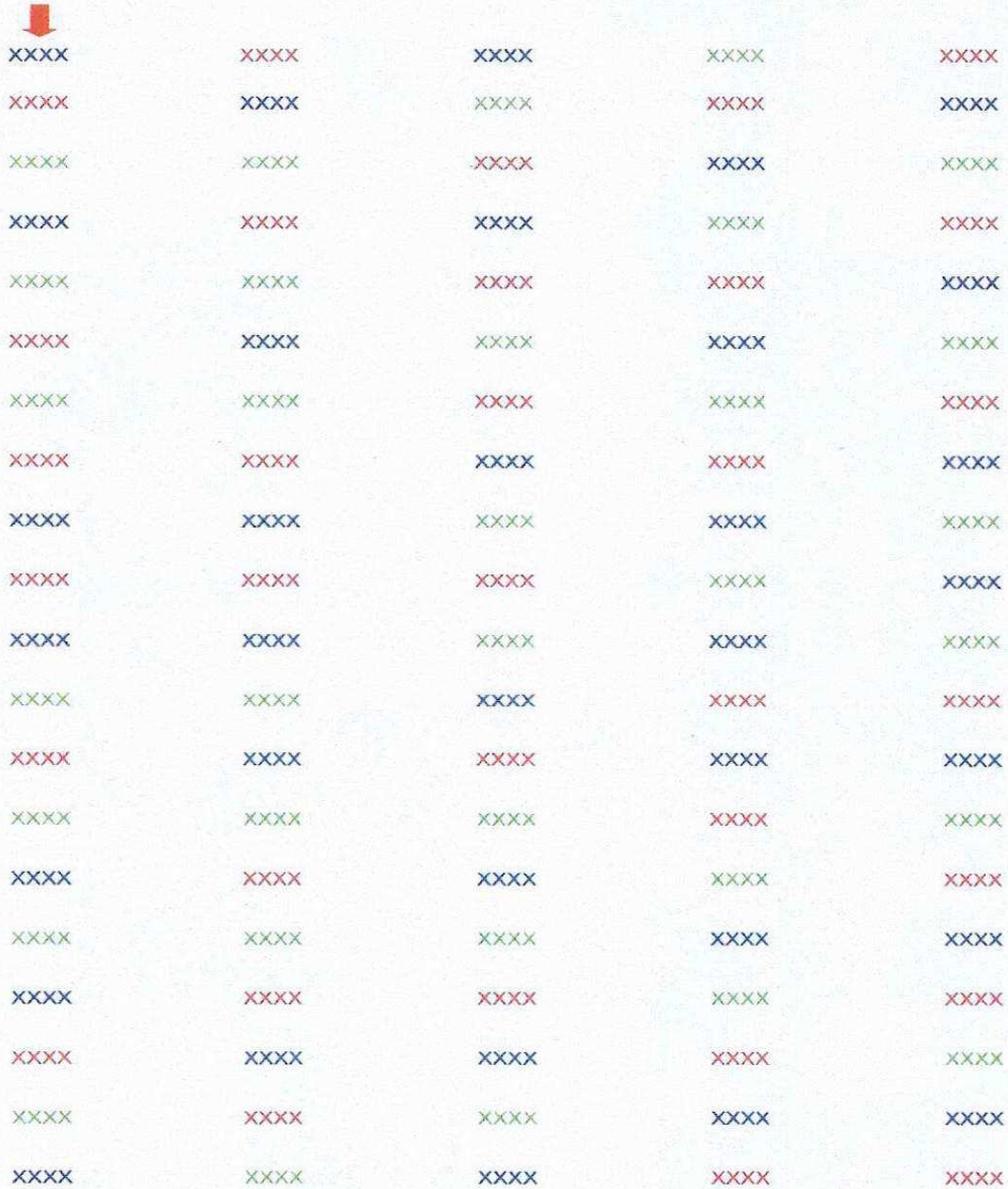


Copyright © 1994 by Stoelting Co., 620 Wheat Lane, Wood Dale, Illinois 60191 USA.  
 Copyright da adaptação portuguesa © 2013 by CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.  
 PROIBIDA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação, sem autorização escrita do editor. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.  
 ESTE EXEMPLAR ESTÁ IMPRESSO A CORES, SE LHE APRESENTAREM UM EXEMPLAR A NEGRO É UMA REPRODUÇÃO ILEGAL. NÃO A UTILIZE.

↓				
VERMELHO	AZUL	VERDE	VERMELHO	AZUL
VERDE	VERDE	VERMELHO	AZUL	VERDE
AZUL	VERMELHO	AZUL	VERDE	VERMELHO
VERDE	AZUL	VERMELHO	VERMELHO	AZUL
VERMELHO	VERMELHO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	VERMELHO
VERMELHO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	VERMELHO	VERDE	VERMELHO
VERDE	VERMELHO	AZUL	VERMELHO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	VERMELHO	AZUL	VERMELHO	VERMELHO
VERMELHO	AZUL	VERMELHO	VERDE	AZUL
VERDE	VERMELHO	AZUL	VERMELHO	VERDE
AZUL	AZUL	VERMELHO	VERDE	VERMELHO
VERMELHO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	VERMELHO	VERDE	VERMELHO
VERMELHO	VERDE	AZUL	VERMELHO	VERDE
VERDE	VERMELHO	VERDE	AZUL	AZUL
VERMELHO	AZUL	VERMELHO	VERDE	VERMELHO
VERDE	VERMELHO	VERDE	AZUL	VERDE

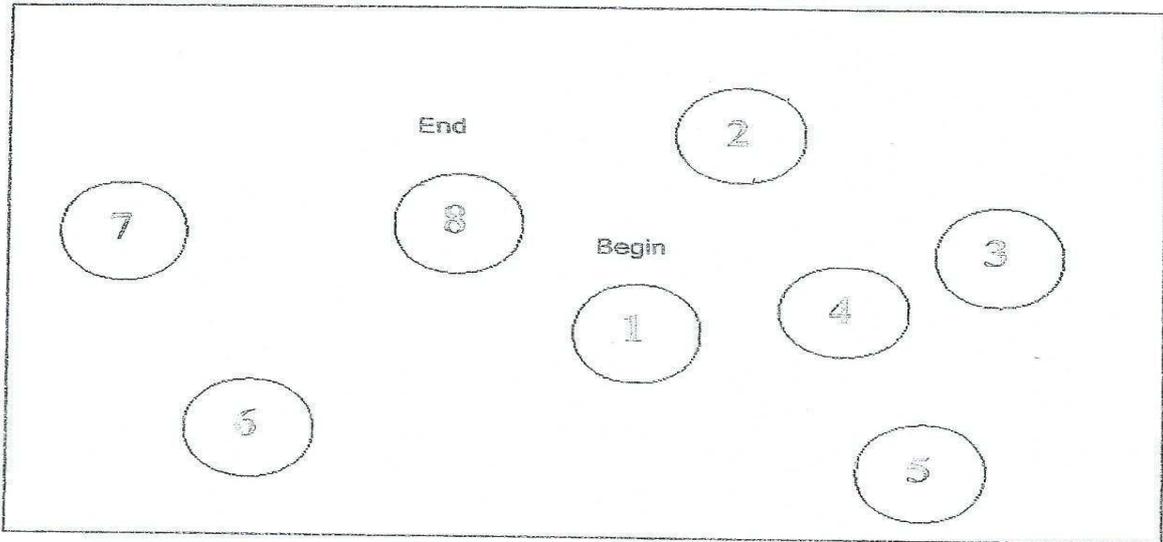


Copyright © 1994 by Stoelling Co., 620 Wheat Lane, Wood Dale, Illinois 60191 USA.  
 Copyright da adaptação portuguesa © 2013 by CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.  
 PROIBIDA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação, sem autorização escrita do editor. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.  
 ESTE EXEMPLAR ESTÁ IMPRESSO A CORES. SE LHE APRESENTAREM UM EXEMPLAR A NEGRO É UMA REPRODUÇÃO ILEGAL. NÃO A UTILIZE.



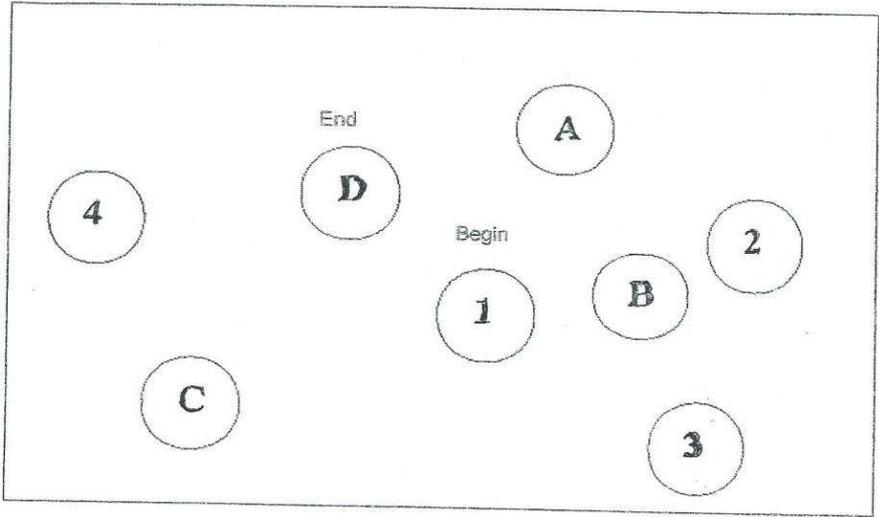
Copyright © 1994 by Stoelling Co., 620 Wheat Lane, Wood Dale, Illinois 60191 USA.  
 Copyright da adaptação portuguesa © 2013 by CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.  
 PROIBIDA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação, sem autorização escrita do editor. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.  
 ESTE EXEMPLAR ESTÁ IMPRESSO A CORES. SE LHE APRESENTAREM UM EXEMPLAR A NEGRO É UMA REPRODUÇÃO ILEGAL. NÃO A UTILIZE.

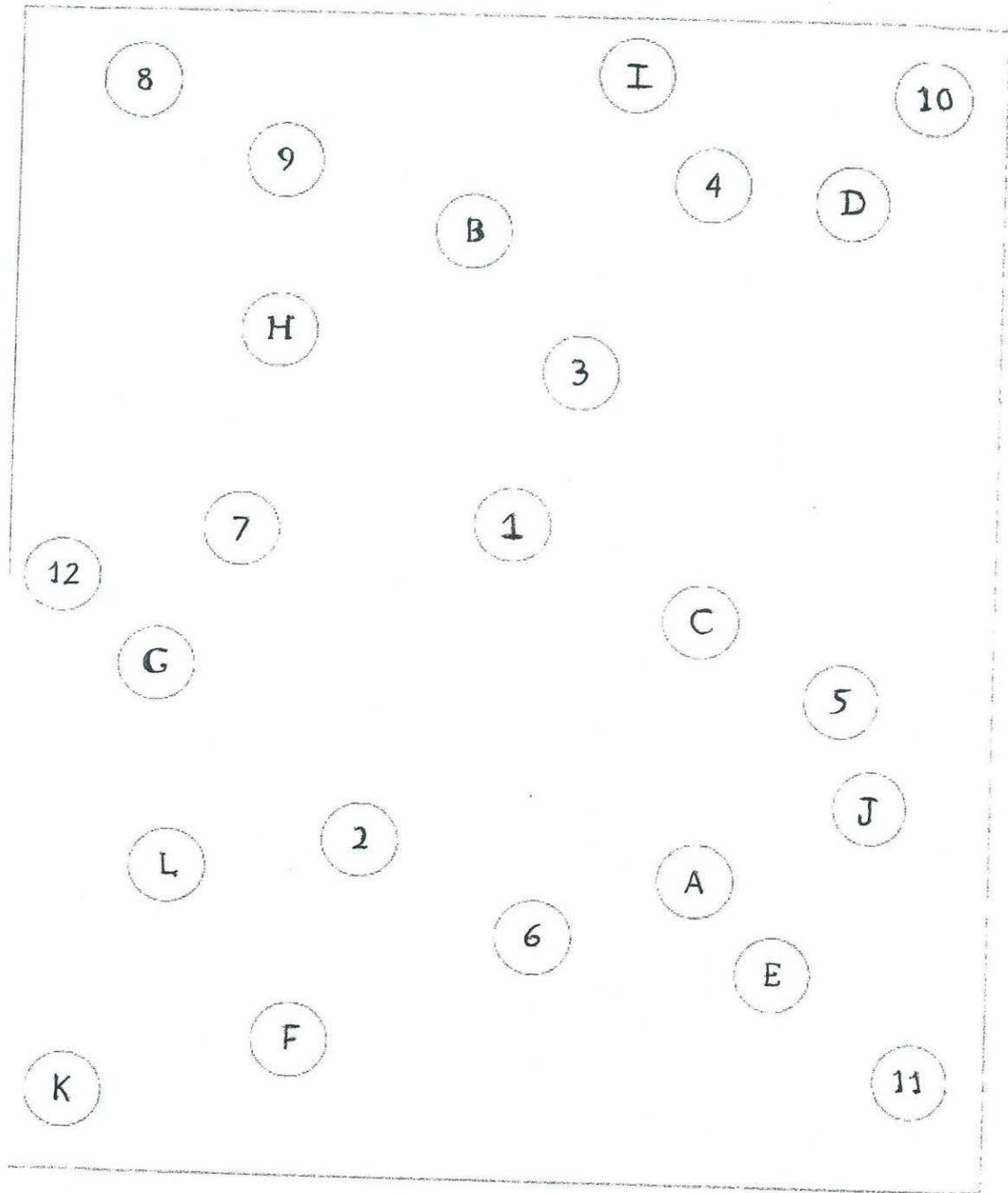
Trail Making Test Part A - SAMPLE





Trail Making Test Part B – *SAMPLE*





2

Memória Lógica I



**Registo:**  
Assinalar (✓) cada Unidade de História literalmente evocada. Em cada Unidade de História, registar as respostas não literais.



**Cotação:**  
0 ou 1 ponto por cada unidade, de História ou Temática. Consultar os critérios de cotação descritos no Manual de Administração e Cotação (Capítulo 4 e Anexo A).

História



Maria Lopes, que vive no Lumiar em Lisboa e que trabalha como cozinheira no refeitório de uma escola, queixou-se na esquadra da polícia de ter sido assaltada na Avenida da Liberdade, na noite anterior, e de lhe terem roubado cinquenta e seis euros. Tinha quatro filhos pequenos, a renda por pagar e não comiam há dois dias. A polícia, comovida com a história desta mulher, organizou um peditério em seu favor.

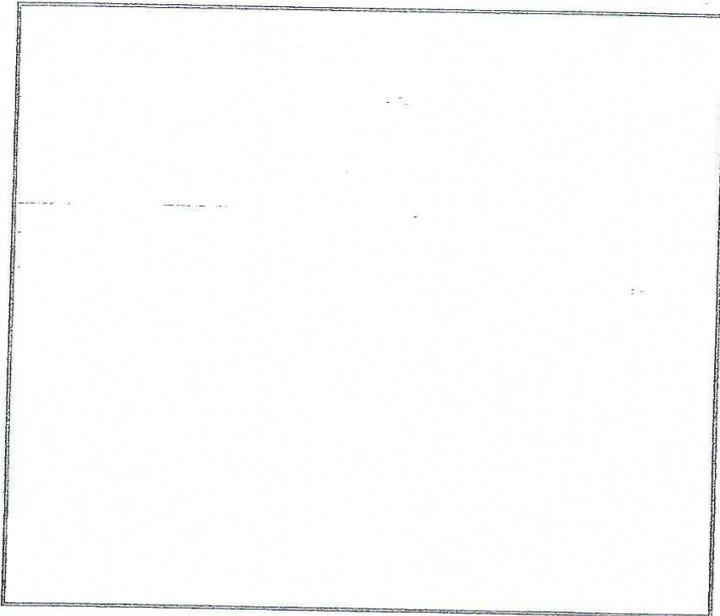
História A	Cotação		Critério de Cotação	
	Unidade de História	Unidade Temática		
Maria	0	1	É necessário referir Maria.	
Lopes,	0	1	É necessário referir Lopes.	
que vive no Lumiar	0	1	Lumiar (em qualquer contexto).	
em Lisboa	0	1	Lisboa (em qualquer contexto).	
		0	1	Indicação de que a protagonista é do sexo feminino.
e que trabalha	0	1	Indicação de que tem um trabalho.	
como cozinheira	0	1	É necessário referir cozinheira, ou outra forma da palavra.	
no refeitório	0	1	É necessário referir refeitório ou sinónimo.	
de uma escola,	0	1	É necessário referir escola ou sinónimo.	
		0	1	Indicação de que a protagonista está empregada ou a trabalhar.
queixou-se	0	1	Indicação de que foi feita uma queixa formal a autoridade (em qualquer contexto).	
na esquadra	0	1	Esquadra (em qualquer contexto) ou uma palavra ou frase que indique que é uma esquadra da polícia.	
da polícia	0	1	Polícia (em qualquer contexto).	
de ter sido assaltada	0	1	Indicação de que foi assaltada.	
na Avenida da Liberdade,	0	1	Na Avenida da Liberdade (em qualquer contexto).	
na noite anterior,	0	1	Indicação de que o assalto ocorreu numa noite anterior.	
e de lhe terem roubado	0	1	Indicação de que foi roubada.	
cinquenta e seis euros.	0	1	Indicação de um valor em dinheiro superior a 49 e inferior a 60 euros.	
		0	1	Indicação de que a protagonista queixou-se de ter sido roubada.
Tinha quatro	0	1	É necessário referir o número quatro, juntamente com a indicação de que as crianças eram suas.	
filhos pequenos,	0	1	É necessário referir filhos pequenos ou sinónimos.	
		0	1	Indicação de que a protagonista tem filhos.
a renda por pagar	0	1	Uma frase indicando que tem a renda da casa por pagar.	
e não comiam	0	1	Indicação de que as crianças ou família estavam sem comer (sem comida).	
há dois dias.	0	1	É necessário referir dois dias, ou uma frase que indique cerca de dois dias.	
		0	1	Indicação de que as personagens encontram-se necessitadas e precisam de ajuda.
A polícia,	0	1	Uma palavra ou frase indicando um ou mais elementos de polícia (em qualquer contexto).	
comovida com a história desta mulher,	0	1	Indicação de que a sua história provocou empatia nos outros.	
		0	1	Indicação de que a polícia se comoveu com a história da mulher.
organizou um peditério	0	1	Uma frase indicando que houve recolha de dinheiro.	
em seu favor.	0	1	Indicação de que o dinheiro era para a mulher e/ou para os seus filhos.	
		0	1	Indicação de que a polícia respondeu de imediato/directamente às necessidades da protagonista.

História A  
Pont. Evocação Unid. História  
Mínimo = 0 Máximo = 25

História A  
Pont. Evocação Unid. Temáticas  
Mínimo = 0 Máximo = 7

Key Search Test

Subject's name



2008-10-10  
09:48

### 11. Pesquisa de Símbolos



Interromper após 120 segundos.

	6-7 Parte A	8-16 Parte B
Tempo limite	120"	120"
Tempo Despendido		
N.º de itens correctos		
N.º de itens incorrectos		
Pontuação Total Obtida (máximo = 45)		

Nome .....  
Data .....

Copyright © 1992, 1991 by The Psychological Corporation, U.S.A.  
Copyright da adaptação Portuguesa © 2003 by CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal.  
Traduzida e adaptada com autorização.  
Edição CEGOC-TEA: Av. António Augusto Aguiar n.º 21, 2º 1050-012 Lisboa.  
Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, nomeadamente fotocópia, sem autorização do proprietário do Copyright português. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor. Este exemplar está impresso em tinta verde, se lhe apresentarem um exemplar a negro ou noutra cor é uma reprodução ilegal.  
ISBN: 972-8817-01-0



Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição

### 12. Memória de Dígitos

Administrar ambos os ensaios de cada item, inclusive quando o Ensaio 1 é bem sucedido. Interromper após 2 insucessos consecutivos. Administar os Dígitos em Sentido Inverso inclusive quando o sujeito obteve uma pontuação de 0 nos Dígitos em Sentido Directo

Dígitos em Sentido Directo		Cotação	Ensaio 2 / Resposta		Cotação	Pontuação final 0, 1 ou 2
Ensaio 1 / Resposta			Ensaio 2 / Resposta			
1	2-9		4-6			
2	3-8-6		6-1-2			
3	3-4-1-7		6-1-5-8			
4	8-4-2-3-9		5-2-1-8-6			
5	3-8-9-1-7-4		7-9-6-4-8-3			
6	5-1-7-4-2-3-8		9-8-5-2-1-6-3			
7	1-6-4-5-9-7-6-3		2-9-7-6-3-1-5-4			
8	5-3-8-7-1-2-4-6-9		4-2-6-9-1-7-8-3-5			
Total Dígitos em Sentido Directo (máximo = 16)						<input type="text"/>

Dígitos em Sentido Inverso		Cotação	Ensaio 2 / Resposta		Cotação	Pontuação final 0, 1 ou 2
Ensaio 1 / Resposta			Ensaio 2 / Resposta			
Exemplo: 8-2			Exemplo: 5-6			
1	2-5		6-3			
2	5-7-4		2-5-9			
3	7-2-9-6		8-4-9-3			
4	4-1-3-5-7		9-7-8-5-2			
5	1-6-5-2-9-8		3-6-7-1-9-4			
6	8-5-9-2-3-4-2		4-5-7-9-2-8-1			
7	6-9-1-6-3-2-5-8		3-1-7-9-5-4-8-2			
Total Dígitos em Sentido Inverso (máximo = 14)						<input type="text"/>

Pontuação Total Obtida (máximo = 30)

### 13. Labirintos



Interromper após 2 insucessos consecutivos, excluindo o Labirinto 1. Aos sujeitos com idades entre 8 e 16 anos administrar os Labirintos 1 a 3 em caso de insucesso ou sucesso parcial no Labirinto 4. Caso o sujeito obtenha 0 pontos no Labirinto 4, fazer a demonstração do Labirinto Exemplo e administrar os Labirintos 1 a 3.

Labirintos	Tempo Limite	Tempo Despendido	Número de erros	Cotação Rodear com um círculo a pontuação obtida.			Pontuação
6-7							
Exemplo							
1	30"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2	
2	30"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2	
3	30"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2	
8-16							
4	30"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2	
5	45"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2	
6	60"			2+ erros 0	1 erro 1	0 erros 2	
7	120"			3+ erros 0	2 erros 1	1 erro 3	
8	120"			4+ erros 0	3 erros 2	1 erro 4	
9	150"			4+ erros 0	3 erros 2	1 erro 4	
10	150"			5+ erros 0	4 erros 3	2 erros 5	

Pontuação Total Obtida

Recomendações para o subteste Labirintos (ver Capítulo 6 do Manual) (máximo = 28)

- As seguintes recomendações podem ser fornecidas, caso sejam necessárias, mas cada uma delas só poderá ser feita **uma vez** no decurso da administração do subteste.
1. "Deves começar aqui." (apontar para o centro do quadrado).
  2. "Não podes passar através de uma parede."
  3. "Não pares. Continua até encontrares a saída. Podes voltar para trás."
  4. "Não comeces outra vez. Continua a partir daqui (apontar para o ponto atingido) e tenta encontrar o caminho certo para saíres."
  5. "Tens que ir mesmo até à saída".

## **Anexo III**

---

Comunicação Oral do Congresso do *American Heart Association*

## Predictors of Neurocognitive Performance in Adolescents and Young Adults with Congenital Heart Disease (CHD): Different Neuropsychological Phenotypes and their relation to Fetal, Demographic and Clinical Variables

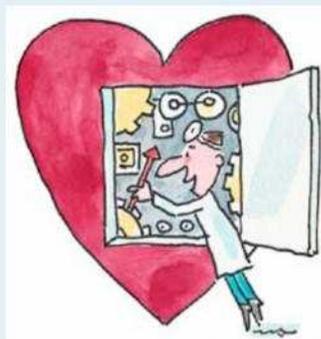


MEG Areias, B Peixoto, AC Pinheiro, H Monteiro, S Araújo, T Carvalho, S Melo, JP Lopes, F Rodrigues, AC Nascimento, J Miranda, F Vilacova, C Moura, J Soares, V Viana, J Quintas, JC Areias

Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS, CESPU); Cardiovascular Research and Development Unit (FMUP), IINFACTS (CESPU)

### Author Disclosure Information

- None of the authors of this study has conflicting interests to disclose



Corresponding author: Maria Emília G. Areias, [metega@sapo.pt](mailto:metega@sapo.pt)

## Introduction

- CHD may be defined as structural defects of the heart and the great vessels that stem from malformations occurring during embryological development between the 3rd and the 6th weeks of gestation. They also may be caused by disruption or deformation during pregnancy.

Karsdorp, Everaerd, Kindt & Mulder, 2007; Brennan & Young, 2001; Fasnacht & Jaeggi, 2001; Bajolle, Zaffran & Bonnet, 2009

- Because of better conditions of diagnosis and early medical and surgical treatment, patients have survival rates of 90% and go further and further in life, facing different challenges in the life cycle. Nowadays, in the world population, there are more adults affected with CHD than children and an increasing number of them are being followed up in tertiary care centers, generating interest in adult CHD, on the standpoint of a new subspecialty of cardiology.

Marelli AJ, Mackie AS, Ionescu-Ittu R, Rahme E, Pilote L, 2007

- The increasing longevity of this population led to an increase of medical, psychosocial and behavioural lifelong problems, which led to concerns about well-being and perceived quality of life of the patients.

Moons, et al., 2002; Reid, et al., 2006

## Introduction

- Many of these patients also have deficits in neurocognitive development that lead to greater difficulty to adapt to academic and professional tasks.
- There are many well-known reasons for neurocognitive impairment in CHD (hypoxia, surgical conditions).
- However, recent observations indicate that cerebral damage may occur during fetal life in certain CHD (reduced delivery of glucose and oxygen, responsible for cerebral insult, mostly during the third trimester of pregnancy) and tried to study the parameters of cardiac and circulatory dysfunction that influence the brain development of the fetus.

Donofrio MT and Massaro AN, 2010

Donofrio MT, Bremer YA, Schiecken M et al, 2003;

Hinton RB et al, 2008

Limperopoulos C et al, 2010

- Thus, it is getting very important to study the psychosocial and emotional status of this population of patients, their psychiatric morbidity, their perception on quality of life, their school and job achievements and their neurocognitive performance.

## Objectives

- to assess selected parameters of fetal development, such as head circumference (HC), weight (W) and length (L) measured at birth, some neonatal indexes (APGAR 1, 5) and some postnatal parameters such as the anoxia episodes, the age of palliative and corrective interventions and the conditions that occurred before and after surgeries, analysing their relation to neurocognitive performance (NP) in adolescents/ young adults with CHD.
- to determine the predictors of neurocognitive performance in patients with CHD.
- to identify different phenotypes of NP in CHD patients, studying their relation to demographic, clinical and fetal parameters.
- to assess the patients' perception on quality of life (QOL), psychiatric morbidity (PM), psychosocial adjustment (PSA) and traits of personality (TP).

## Participants

### **335 patients with CHD (187 male, 148 female)**

- Considering the patients that were fully studied on neurocognitive development, 82 were cyanotic and 135 acyanotic.
- aged 12 to 30 years old (mean= $16.36 \pm 3.12$ )
- Mean of years completed at school =  $9.61 \pm 2.13$

### **80 participants in control group (35 male, 45 female)**

- aged 12 to 19 years old (mean= $16.76 \pm 2.22$ )
- Mean of years completed at school =  $10.13 \pm 2.23$
- We didn't find any statistically significant differences in demographic variables (age, gender or years completed at school) neither between the CHD patients and the control group, nor between the groups of pathology.

## Methods – Assessment Instruments

- To assess the different neurocognitive functions and performance, we used the following assessment instruments:
  - a. for auditory and verbal immediate attention – digits test, in direct form, Weschler scale
  - b. for working memory – digits test, in reverse form, Weschler scale
  - c. for psychomotor performance, speed of execution, perceptual organization and persistence – code test, Weschler scale
  - d. for visual-constructive ability and visual-constructive memory – Rey complex figure test, copy and reproduction after 3 minutes
  - e. for executive functions and capacity for effective planning – BADS key-searching test
  - f. for efficiency of attention – Stroop test (colour-word)
  - g. for spatial orientation and psychomotor speed – trail making test, part A
  - h. for divided attention – trail making test, part B
  - i. for verbal memory – logical memory task, Weschler

## Methods – Assessment Instruments

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

## Results

	CHD Group (N=217)		Control Group (N=80)		u	p
	Mean Rank		Mean Rank			
Direct Digits	134.41		198.94		12675.000	<0.001
Reverse Digits	136.11		194.19		12295.500	<0.001
Rey Complex F copy	136.92		215.50		14086.500	<0.001
Rey C F memory	141.89		196.74		12499.000	<0.001
Code	136.09		198.45		12636.000	< 0.001
BADS Key Search	141.48		179.31		11105.000	0.001
Stroop words	139.38		194.77		12111.000	<0.001
Stroop colours	141.90		194.59		12327.000	<0.001
Stroop inverse	142.48		195.02		12362.000	<0.001
Trail Making Test - A	144.36		185.47		11597.500	<0.001
Trail Making Test - B	142.02		192.16		12133.000	<0.001
Logical Memory	140.83		179.11		11088.500	0.001

- We found statistically significant differences in all areas of neurocognitive performance between the CHD and the Control groups, with better results for the last.
- When comparing the subgroups of CHD, we found that the acyanotic performed better in all neurocognitive tasks than the cyanotic, and the differences were statistically significant, except for auditory and verbal immediate attention, divided attention and efficiency of attention.

## Results – Correlations in the CHD group

	Head circumference		Weight		Length		Apgar index (1)		Apgar index (2)
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	rho	p
Memory	0.056	0.487	0.024	0.756	0.012	0.872	-0.045	0.105	0.187
Processing speed	0.147	0.060	0.109	0.154	0.080	0.306	0.060	0.092	0.254
Attention	-0.021	0.792	-0.054	0.475	-0.009	0.908	0.025	0.085	0.287
Executive function	<b>0.191</b>	<b>0.016</b>	0.085	0.262	0.016	0.836	-0.113	-0.048	0.550
Visual constructive ability	<b>0.173</b>	<b>0.011</b>	<b>0.144</b>	<b>0.051</b>	<b>0.189</b>	<b>0.012</b>	0.011	-0.027	0.728

- Head circumference at birth correlated with executive function and visual constructive ability.
- Weight and length at birth correlated with visual constructive ability.
- There were no significant correlations of neonatal parameters with any dimension of neurocognitive performance

## Results – Predictive model for poorer neurocognitive performance

Model	R	R <sup>2</sup>	F	p	$\beta$	t	p
1	0.476	0.226	14.815	0.000			
Head circumference					0.061	2.495	0.014
Cyanotic CHD					0.247	2.596	0.010
Years at school					0.119	5.294	0.000

So, the predictive variables for poor neurocognitive performance are:

- having smaller head circumference at birth
- having a cyanotic CHD
- and having lower schooling

## Results – Three different neuropsychological phenotypes and their relationship with demographic, clinical and fetal variables

We identified 3 neurocognitive phenotypes in our CHD patients:

1. the non-impaired (N=96)
  2. the moderately impaired (N=89)
  3. and the globally impaired (N=32)
- The clusters differed in all the dimensions of neurocognitive performance studied, namely, memory, processing speed, attention, executive function and visual constructive abilities, but, in the last, only the differences between the globally impaired and the other two clusters were significant.
  - The clusters 2 and 3 have significantly more cyanotic patients than cluster 1 ( $p=0.01$ ).
  - The globally impaired phenotype had lower HC ( $p=0.003$ ;  $p=0.019$ ) and L ( $p=0.041$ ;  $p=0.014$ ) at birth than the patients in the other two clusters; this cluster showed also lower W ( $p=0.026$ ) at birth than the cluster 1 (non-impaired). The patients in cluster 1 completed more years at school than the moderately ( $p=0.007$ ) and the globally impaired ( $p=0.001$ ).
  - The globally impaired reported more aggressive behaviours than patients in the other two clusters ( $p=0.007$ ;  $p=0.006$ ) and more social problems than the non-impaired (cluster 1); their caregivers reported more anxiety and depression ( $p=0.036$ ), social ( $p=0.025$ ), thought ( $p=0.055$ ) and attention problems ( $p=0.045$ ;  $p=0.001$ ) in their children than the parents of the patients in cluster 1.
  - Patients in cluster 3 had significantly more retentions in school than those in cluster 1.

## Discussion

- Patients with CHD have poorer performance in all neurocognitive tasks than the group of healthy adolescents/ young adults of the same age, and the cyanotic worse than the acyanotic.
- The parameters of fetal development correlate with different neurocognitive functions: head circumference with executive function and visual-constructive ability, weight and length with visual constructive ability.
- Additionally, we were able to determine a predictive model (statistically significant) for poor neurocognitive performance. Thus, having low head circumference at birth, a cyanotic form of CHD and low schooling predict poor neurocognitive performance in adolescents and young adults with CHD.
- We were able to identify three different neurocognitive phenotypes in our patients, the non-impaired, the moderately and the globally impaired.

## **Anexo IV**

---

Co autora de um Poster apresentado no *American Heart Association 2015 Scientific Sessions 7 - 11 November, Orlando, U. S. A.*

# Predictors of Neurocognitive Performance in Adolescents and Young Adults with Congenital Heart Disease (CHD):

## Different Neuropsychological Phenotypes and their relation to Fetal, Demographic and Clinical Variables

MEG AREIAS<sup>1,2</sup>, B PEIXOTO<sup>1,3</sup>, AC PINHEIRO<sup>1,3</sup>, H MONTEIRO<sup>1,3</sup>, S ARAÚJO<sup>1,3</sup>, T CARVALHO<sup>1,3</sup>, S MELO<sup>1,3</sup>, JP LOPES<sup>1,3</sup>, F RODRIGUES<sup>1,3</sup>, AC NASCIMENTO<sup>1,3</sup>, J MIRANDA<sup>2,4</sup>, F VILACOVA<sup>2,4</sup>, C MOURA<sup>2,4</sup>, J SOARES<sup>1,3</sup>, V VIANA<sup>2</sup>, J QUINTAS<sup>5</sup>, JC AREIAS<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup> Department of Sports and Educational Sciences (DSES) (UEPSP)  
<sup>2</sup> Child Neurology Services and Development Unit, Hospital of Porto, Portugal

<sup>3</sup> IMPACTO (CHD)  
<sup>4</sup> Department of Pediatric Cardiology, Centro Hospitalar S. João, Porto, Portugal

<sup>5</sup> Faculty of Law, University of Porto, Portugal

Corresponding author: Maria Estela G. Areias, [maeg@uep.sp](mailto:maeg@uep.sp)

### Introduction

In the last decades, advances in pediatric cardiac care, resulted in survival rates around 90% in patients with CHD. Nowadays, in the world population, there are more adults affected by CHD than children and an increasing number of them are being followed up in tertiary care centers, generating interest in adult CHD, as a new subspecialty of cardiology (Marelli et al, 2007). The increasing longevity of this population led to an increase of medical, psychosocial and behavioural lifelong problems, which led to concerns about well-being and perceived quality of life of the patients (Moons, et al., 2002; Reid, et al., 2006). Many of these patients also have deficits in neurocognitive development that lead to greater difficulty to adapt to academic and professional tasks. There are many well-known reasons for neurocognitive impairment in CHD. However, recent observations indicate that cerebral damage may occur during fetal life in certain CHD (reduced delivery of glucose and oxygen, responsible for cerebral insult, mostly during the third trimester of pregnancy) and tried to study the parameters of cardiac and circulatory dysfunction that influence the brain development of the fetus (Donofrio and Massaro, 2010; Donofrio, Bremer, Schieken et al, 2003; Hinton et al, 2008; Limperopoulos et al, 2010).

### Objectives

- To assess selected parameters of fetal development, such as head circumference (HC), weight (W) and length (L) measured at birth, some neonatal indexes (APGAR at 1 and 5 minutes) and some postnatal parameters, such as, the anoxia episodes, the age of palliative and corrective interventions, the conditions that occurred before and after surgeries, analyzing their relation to neurocognitive performance (NP) of adolescents and young adults with CHD.
- To determine the predictors of neurocognitive performance in patients with CHD.
- To identify different phenotypes of NP in CHD patients, studying their relation to demographic, clinical and fetal parameters.
- To assess the patients' perception on quality of life, psychiatric morbidity, psychosocial adjustment and traits of personality.

### Methods

#### Participants:

335 patients with CHD (187 male, 148 female)

- Considering the patients with full neurocognitive evaluation, there are 82 cyanotic and 135 acyanotic patients
- aged 12 to 30 years old (mean=16.36 ± 3.12)
- Mean of years completed at school = 9.61 ± 2.13

80 participants in control group (35 male, 45 female)

- aged 12 to 26 years old (mean=16.76 ± 2.22)
- Mean of years completed at school = 10.13 ± 2.23

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

### Methods

#### Assessment Instruments:

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

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

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

### Results

We found statistically significant differences in all areas of neurocognitive performance between the CHD and the Control groups, with better results for the last. When comparing the subgroups of CHD, we found that the acyanotic group performed better in all neurocognitive tasks than the cyanotic, and the differences were statistically significant except for auditory and verbal immediate attention, divided attention and efficiency of attention.

The parameters of fetal development correlated with the performance on different neurocognitive functions; head circumference correlated with executive function ( $\rho=0.191$ ;  $p=0.016$ ) and visual-constructive ability ( $\rho=0.173$ ;  $p=0.011$ ); weight and length correlated with visual-constructive ability ( $\rho=0.144$ ;  $p=0.051$ ;  $\rho=0.189$ ;  $p=0.012$ ). Additionally, we were able to determine a statistically significant predictive model ( $r=0.476$ ;  $r^2=0.226$ ;  $F=14.815$ ;  $p=0.000$ ) for poor neurocognitive performance. Thus, having smaller HC at birth ( $\beta=0.061$ ;  $t=2.495$ ;  $p=0.014$ ), having a cyanotic form of CHD ( $\beta=0.247$ ;  $t=2.596$ ;  $p=0.010$ ) and having lower schooling ( $\beta=0.119$ ;  $t=5.294$ ;  $p=0.000$ ) predicts poor neurocognitive performance in adolescents and young adults with CHD.

We identified 3 different neurocognitive phenotypes in our CHD patients, the non-impaired (1), the moderately-impaired (2) and the globally-impaired (3). The 3 clusters differed in memory, processing speed, attention, and executive function; however, in visual constructive abilities, only the globally-impaired differed significantly from the other two clusters. The clusters 2 and 3 have significantly more cyanotic patients than cluster 1 ( $p=0.01$ ). The globally-impaired phenotype had lower HC ( $p=0.003$ ;  $p=0.019$ ) and L ( $p=0.041$ ;  $p=0.014$ ) at birth than the patients in the other two clusters; this cluster showed also lower W ( $p=0.026$ ) at birth than the cluster 1 (non-impaired). The patients in cluster 1 completed more years at school than the moderately ( $p=0.007$ ) and the globally impaired ( $p=0.001$ ). The globally impaired reported more aggressive behaviours than patients in the other two clusters ( $p=0.007$ ;  $p=0.006$ ) and more social problems than the non-impaired (cluster 1); their caregivers reported more anxiety and depression ( $p=0.036$ ), social ( $p=0.025$ ), thought ( $p=0.055$ ) and attention problems ( $p=0.045$ ;  $p=0.001$ ) in their children than the parents of the patients in cluster 1. Patients in cluster 3 had significantly more retentions in school than those in cluster 1.

### Conclusions

CHD patients show worse neurocognitive performance than controls, and cyanotic worse than acyanotic; smaller head circumference, the presence of a cyanotic condition, and lower schooling predict bad neurocognitive performance in CHD patients; we were able to identify 3 different neurocognitive phenotypes in our patients, a non-impaired, a moderately and a globally impaired.

American Heart Association 2015 Scientific Sessions

7 - 11 November, Orlando, U. S. A.



## **Anexo V**

---

Co autora de um artigo submetido ao “Canadian  
Journal of Cardiology”

## **Long-term Psychosocial Outcomes of Congenital Heart Diseases: An Adolescents/ Young Adult's Approach**

ME Areias<sup>1,2</sup>, B Peixoto<sup>1,3</sup>, C Pinheiro<sup>1,4</sup>, H Monteiro<sup>1,4</sup>, S Araújo<sup>1,4</sup>, T Carvalho<sup>1,4</sup>,  
S Melo<sup>1,4</sup>, JP Lopes<sup>1,4</sup>, F Rodrigues<sup>1,4</sup>, AC Nascimento<sup>1,4</sup>, J Miranda<sup>2,5</sup>, F Vilacova<sup>5</sup>,  
C Moura<sup>2,5</sup>, J Soares<sup>1,4</sup>, V Viana<sup>5,6</sup>, J Quintas<sup>7</sup>, JC Areias<sup>2,5</sup>

1. Department of Social and Behavior Sciences, Instituto Universitário de Ciências da Saúde (CESPU); 2. Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular, Faculty of Medicine, University of Porto; 3. NeuroGen - Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS); 4. IINFACTS (CESPU); 5. Department of Pediatric Cardiology, Hospital S. João, Porto, Portugal; 6. Faculty of Nutrition, University of Porto; 7. Faculty of Law, University of Porto

**Corresponding author:** Maria Emília Guimarães Areias, Ph.D., Associate Professor, Department of Social and Behavior Sciences, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, R. Central de Gandra, 1317, 4585-116 Gandra PRD, Portugal; telephone: +351224157177; fax: +351224157102; e-mail: metega@sapo.pt

The total word count of the manuscript= 6321 words

This work was partly presented in the Annual Meeting of the American Heart Association, November 2015, Orlando, U. S. A.

## **Abstract:**

**Introduction:** The objectives of this study were: to study the neurocognitive performance (NP) of CHD patients to determine whether it is related to parameters of fetal development; to study their quality of life (QOL), psychiatric morbidity (PM), psychosocial adjustment (PSA) and traits of personality (TP).

**Methods:** 335 CHD patients (187 male, 16.36 years  $\pm$  3.12) and 80 controls (35 male, 18.41 years  $\pm$  3.20) enrolled. All participants underwent an extensive neuropsychological assessment and completed a psychiatric interview and self-report questionnaires on QOL, PSA and TP.

**Results:** CHD patients had a significantly worse NP than healthy controls in all tests, and the cyanotic worse than the acyanotic patients. Several correlations were apparent between fetal parameters and neuropsychological abilities. We were able to identify a predictive model for bad NP in CHD patients. Thus, small head circumference at birth, cyanosis and fewer years completed at school are the main predictors of bad NP. Additionally, we identified 3 different phenotypes of NP in CHD patients, non-impaired (NI), moderately impaired (MI) and globally impaired (GI). They differed in all the dimensions of NP except in attention, in the number of years completed at school ( $p=0.037$ ), head circumference ( $p=0.019$ ) and length ( $p=0.033$ ) at birth. The GI also differed from the NI in weight at birth. The MI and GI also have more cyanotic forms of illness than the NI.

**Conclusion:** CHD patients have worse NP than controls; small head circumference at birth, the presence of cyanosis and fewer years at school predict poor NP in patients.

**Key words:** heart defects, congenital, neurodevelopmental disabilities, mental health, quality of life, psychosocial adjustment, psychiatric morbidity

## **Introduction**

Advances in pediatric cardiac care have resulted in an increasing number of adults with CHD being followed up in tertiary care centers. This fact generated interest in adult CHD, on the standpoint of a new subspecialty of cardiology. Nowadays, in the world population, there are more adults affected with CHD than children <sup>1, 2</sup>. The increasing longevity of this population led to an increase of medical, psychosocial and behavioural lifelong problems, which led to concerns about well-being and perceived quality of life of the patients. <sup>3, 4</sup>. Many of these patients also have deficits in neurocognitive development that lead to greater difficulty to adapt to academic and professional tasks.

There are many well-known reasons for neurocognitive impairment in CHD (hypoxia, surgical conditions). However, recent observations indicate that cerebral damage may occur during fetal life in certain CHD (reduced delivery of glucose and oxygen, responsible for cerebral insult, mostly during the third trimester of pregnancy, due to an abnormal cerebral circulation consequence of an altered flow pattern in the aortic arch) and tried to study the parameters of cardiac and circulatory dysfunction that influence the brain development of the fetus.<sup>5, 6, 7, 8</sup>

The conditions that enhance the risk for bad neurodevelopmental outcomes in children with CHD had been reviewed <sup>9</sup> in order to establish pertinent guidelines for surveillance and management and to create recommendations to optimize neurodevelopmental outcome in the pediatric CHD population. Some authors pointed out to possible differences in gender vulnerability for worse neurocognitive development in patients with CHD <sup>10</sup>.

In the North of Portugal, about 350 to 400 babies are born each year with a structural form of CHD. The first patients treated are now around 35 years old. Thus, it is getting very important to study the psychosocial and emotional status of this population of patients, their psychiatric morbidity, their perception on quality of life, their school and job achievements. Also very important is to study the neurocognitive performance of these patients.

Therefore, the main objectives of this study were to assess the neuropsychological performance of adolescents and young adults with CHD, comparing two cyanotic forms of the disease, Tetralogy of Fallot (TF) and Transposition of the Great Arteries (TGA) with a acyanotic form, Ventricular Septal Defect (VSD) and with a group of healthy controls; we also aimed to assess some parameters of fetal development (such as head circumference, weight and length measured at birth), neonatal indexes (like

the Apgar score), as well as some postnatal parameters (such as the anoxia episodes, the age of palliative and corrective interventions and the conditions that occurred before and after surgeries), and relate them to neuropsychological performance in adolescents/ young adults, attempting to determine a predictive model for poor performance; we aimed also to assess the patients' perception on quality of life, psychiatric morbidity, psychosocial adjustment and traits of personality; finally, we aimed to determine the neurocognitive phenotypes in CHD through the establishment of clusters of cognitive functioning in these patients, and identify the clinical, neonatal and psychosocial variables associated to each cluster.

## **Methods**

### **Participants**

335 patients with CHD (187 male, 148 female, 116 cyanotic and 219 acyanotic) enrolled in this study. From this total number, considering the pathologies chosen for some of the comparisons, we have 107 patients in the cyanotic group (TF= 71 and TGA= 36) and 88 in the acyanotic group (VSD). The participants ranged in age between 12 and 30 years old (mean=16.36  $\pm$  3.12), with a mean of years completed at school of 9.71 ( $\pm$  2.15). They were recruited at the outpatient clinic of pediatric cardiology of

a tertiary hospital in Porto.

80 healthy youngsters (35 male, 45 female) matched in ages were recruited in several schools of the Porto area to form a control group. Their ages ranged between 12 and 30 years old (mean=18.41 ± 3.20) and a mean of 10.62± 2.22 years completed at school.

We compared the CHD and the control groups regarding demographic variables (age, gender or years completed at school). Inside the CHD group, we compared the three subgroups of disease. We didn't find any statistically significant differences neither between the CHD patients and the control group, nor between the three groups of pathology.

Another part of this study had the main purpose of determining neurocognitive phenotypes, and included 217 patients (116 males), ranging in ages between 12 and 30 years old (mean=15.73±2.68), mean schooling of 9.41±2.14 years, and with diverse CHD diagnoses (Table 1), and a control group, as described above.

## **Assessment Instruments**

### **Neuropsychological Assessment**

In order to assess the performance in different neurocognitive functions, all participants underwent a brief neuropsychological assessment designed to evaluate them over a short period of time:

- a. for auditory and verbal immediate attention – digits test, in direct form, Weschler scale. <sup>11</sup>
- b. for working memory – digits test, in reverse form, Weschler scale <sup>11</sup>
- c. for psychomotor performance, speed of execution, perceptual organization and persistence – code test, Weschler scale <sup>11</sup>
- d. for visual-constructive ability and visual-constructive memory – Rey complex figure test, copy and reproduction after 3 minutes <sup>12</sup>
- e. for executive functions and capacity for effective planning – BADS key-searching test <sup>13</sup>
- f. for efficiency of attention – Stroop test (colour-word) <sup>14</sup>
- g. for spatial orientation and psychomotor speed – trail making test, part A <sup>15</sup>
- h. for divided attention – trail making test, part B <sup>15</sup>
- i. for verbal memory – logical memory task, Weschler <sup>16</sup>

All participants underwent a comprehensive test battery that included clinical measures of memory, executive functions, processing speed, attention and visual-constructive abilities. These tests were selected in order to cover the major neurocognitive functions that have been implicated in CHD <sup>17,18</sup>.

For the cluster analysis, we grouped the data from different assessment instruments in five neuropsychological dimensions: Memory (Logical

Memory test, Rey Complex Figure, reproduction from memory), Processing Speed (Code test, Stroop - words and colors), Attention (Digit Span test in direct order, Trail Making Test part A), Executive Function (BADS Key Search Test, Stroop interference, Trail Making Test part B, Digit Span test in reverse order), and Visual-Constructive Ability (Rey Complex Figure, copy). The raw scores for all neuropsychological tests were converted to adjusted z- scores in order to place the tests and the neurocognitive domains on a common metric which can be directly compared to the norm. Neurocognitive domains were calculated by the average adjusted z- scores of tests within each domain.

### **Assessment of Fetal and Neonatal Parameters**

We assessed the following parameters: weight, length and head circumference at birth, Apgar indexes at 1 and at 5 minutes.

### **Psychosocial and Socio-Demographic Assessment**

We collected complete clinical and demographic information by means of a questionnaire, covering also episodes of postnatal anoxia, conditions and ages of palliative and corrective surgeries. Participants were interviewed on social support, family educational style, self-image, physical limitations, school achievements and retentions. They completed a psychiatric

interview (SADS-L) <sup>19, 20</sup> and self-report questionnaires on Quality of Life (WHOQOL-BREF) <sup>21, 22</sup>, Psychosocial Adjustment (self-report versions: YSR and ASR; observational versions: CBCL and ABCL) <sup>23, 24</sup> and Traits of Personality (NEOFFI) <sup>25</sup>.

### **Design and Procedure**

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.

Prospective participants were contacted before or after scheduled hospital appointments. The subjects were asked to participate after being fully informed of the objectives and procedures of the investigation. The parents (when they were under 18 years old) or the patients who agreed, completed an informed consent form approved by the hospital's ethical committee, which followed international conventions guaranteeing the rights of the patients. The interview and assessment happened on the spot.

### **Statistical Methods**

Statistical analysis was carried out using the program IBM SPSS Statistics for Windows, version 21 (Chicago, IL, USA). A comparison of the obtained results on the neuropsychological tests between the control and CHD group

was made through Student's *t*-test and within the different CHD subgroups was made through a one-way analysis of variance. We used the Student's *t*-test to analyze the impact of parents' school achievement in neuropsychological performance of CHD adolescents. The Spearman correlation was used in order to correlate neonatal variables (weight, length, head circumference, and Apgar indexes) with the results obtained by the CHD group and subgroups. To obtain an overall performance index on neuropsychological tests, we performed the summing of **z**-scores for each participant in each test (inverting the TMT-A and TMT-B data, where a higher score reveals a worse performance, contrariwise to the other tests). Furthermore, we carried out an independent stepwise regression analysis to determine the relationship between the independent variables (head circumference, weight, and length at birth, Apgar scores at 1 and 5 minutes, kind of congenital heart disease, cyanotic vs. acyanotic disease) and neuropsychological performance. We also conducted other independent stepwise regression analyses between the clinical and demographic variables and psychosocial adjustment, psychiatric morbidity and quality of life.

Finally, we performed a cluster analysis (K-means) to identify groups of subjects based on the adjusted **z**-scores on each neurocognitive domain. Cluster analysis is considered a gold standard procedure for exploring data

when the sample it is not homogeneous <sup>26</sup>. A solution of three clusters was considered optimal since there is a small increase in the error sum of squares in comparison to the two clusters solution, and because the four clusters model had a small amount of participants in one of the clusters. Therefore, the tree cluster analysis provided groups of CHD patients that could be analyzed with suitable sample sizes for further statistical procedures.

## **Results**

We found statistically significant differences in all areas of neurocognitive performance between the patients with CHD and the control group of healthy participants, with better results for the last.

When comparing the subgroups of CHD, we found that the acyanotic group (VSD) performed better in all neurocognitive tasks than the cyanotic (TF and TGA), but the differences were only statistically significant for working memory ( $t=-2.939$ ;  $p=0.004$ ), psychomotor performance, speed of execution, perceptual organization and persistence ( $t=-2.682$ ;  $p=0.008$ ), processing speed and efficiency of attention ( $t=-2.082$ ;  $p=0.038$ ), executive

function and capacity of efficient planning ( $t=-2.660$ ;  $p=0.008$ ), verbal memory ( $t=-2.751$ ;  $p=0.006$ ) and visual-constructive ability ( $t=-2.189$ ;  $p=0.030$ ) and memory ( $t=-3.379$ ;  $p=0.001$ ).

The parameters of fetal development correlated with the performance on different neurocognitive functions; head circumference correlated with auditory and verbal immediate attention ( $\rho=0.197$ ;  $p=0.035$ ), visual-constructive ability ( $\rho=0.215$ ;  $p=0.021$ ), efficiency of attention ( $\rho=0.189$ ;  $p=0.043$ ), spatial orientation and psychomotor speed ( $\rho=-0.268$ ;  $p=0.004$ ), and verbal memory ( $\rho=0.197$ ;  $p=0.035$ ); weight correlated with visual-constructive ability ( $\rho=0.223$ ;  $p=0.015$ ), executive function ( $\rho=0.314$ ;  $p<0.001$ ), and length with visual-constructive ability ( $\rho=0.271$ ;  $p=0.003$ ) and executive function ( $\rho=0.232$ ;  $p=0.011$ ).

Additionally, we were able to determine a statistically significant predictive model ( $r=0.414$ ;  $r^2=0.171$ ;  $F=5.787$ ;  $p=0.001$ ) for poor neurocognitive performance. Thus, having low head circumference at birth ( $\beta=0.179$ ;  $t=2.495$ ;  $p=0.014$ ), having a higher schooling ( $\beta=0.379$ ;  $t=5.294$ ;  $p=0.000$ ) and having a cyanotic form of CHD ( $\beta=0.186$ ;  $t=2.596$ ;  $p=0.010$ ) predict poor neurocognitive performance in adolescents and young adults with CHD.

We found a 18.4% lifetime prevalence of psychopathology (24.1% in

females and 13.9% in males, with a significant difference between genders). Compared to normal population, our patients as a whole have better quality of life in environmental ( $t=8.471$ ;  $p=0.000$ ), social relationships ( $t=5.922$ ;  $p=0.000$ ) and general dimensions ( $t=3.279$ ;  $p=0.001$ ), but worse in physical dimension ( $t=-3.407$ ;  $p=0.001$ ). Complex CHD reported worse QOL in physical dimension ( $t=-3.407$ ,  $p=0.001$ ) than those with moderate/mild forms of disease, cyanotic worse than acyanotic in social relationships ( $t=2.131$ ;  $p = 0.034$ ) and environmental dimensions ( $t=-2.069$ ;  $p=0.039$ ); patients submitted to more than two surgeries when compared with those that had two or less operations reported worse QOL in physical ( $t = -3.099$ ;  $p=0.002$ ), psychological ( $t=-2.127$ ;  $p=0.035$ ) social relationships ( $t = -2.846$ ;  $p=0.005$ ) and general dimensions ( $t=-2.034$ ;  $p=0.045$ ); Female patients showed worse psychosocial adjustment, the younger than 18 years reporting more withdrawal ( $U=7777.000$ ;  $p=0.002$ ), anxiety/depression ( $U=7472.500$ ;  $p=0.024$ ), thought problems ( $U=7385.500$ ;  $p=0.034$ ) internalization ( $U=7824.500$ ;  $p=0.004$ ) and externalization ( $U=7824.500$ ;  $p=0.004$ ) and the older participants reporting more aggressive behaviors ( $U=979.000$ ;  $p=0.003$ ) and internalization ( $U=965.500$ ;  $p=0.050$ ).

Regarding the cluster analysis, table 1 shows the mean neurocognitive performance for the three cluster groups. Neurocognitive profiles are represented in Figure 1. Mean performance of the controls ( $M=0$ ;  $SD=1$ ) is

represented on x-axis. Univariate effects were significant for all neurocognitive dimensions except Attention.

Cluster 1, non-impaired group: This cluster embraces 100 patients. No significant differences were found between patients and controls across the neurocognitive domains.

Cluster 2, minimally impaired group: Cluster 2 includes 84 patients. In comparison to cluster 1, we found significant differences regarding memory ( $p \leq 0.001$ ), processing speed ( $p \leq 0.001$ ), executive functioning ( $p \leq 0.001$ ) and visual constructive ability ( $p \leq 0.001$ ) but no significant difference in attention ( $p = 0.063$ ).

Cluster 3, globally impaired group: Cluster 3 includes 33 patients. In comparison to cluster 2, we found significant differences in memory ( $p \leq 0.001$ ), processing speed ( $p \leq 0.001$ ), executive functioning ( $p \leq 0.001$ ) and visual-constructive ability ( $p \leq 0.001$ ). There is no significant difference concerning attention ( $p = 0.998$ ).

#### Cluster Characteristics

The three clusters were compared regarding socio demographic characteristics (age, gender and schooling), neonatal, clinical and psychosocial variables. The comparisons were made using one-way

analysis of variance with post-hoc comparisons (Scheffe's test). Tables 2, 3 and 4 show the results obtained by the clusters.

Patients in clusters 1 have higher schooling in comparison to cluster 3 ( $p=0.050$ ).

Patients in cluster 1 presented bigger head circumference ( $p=0.019$ ) and bigger birth weight ( $p=0.050$ ) in comparison to cluster 3. Participants in cluster 2 also present bigger birth weight than cluster 3 ( $p=0.044$ ).

The participants in cluster 2 and 3 have significantly more CHD diagnoses of Tetralogy of Fallot and Transposition of Great Arteries and more cyanotic forms of disease than participants in cluster 1.

Younger patients in cluster 3 reported more aggressive behaviors on the self-report questionnaire (YSR) in comparison to clusters 2 ( $p=0.005$ ) and 1 ( $p=0.004$ ) and the care-givers reported (CBCL) more attention problems in comparison to cluster 1 ( $p=0.003$ ) and 2 ( $p=0.036$ ).

Older participants in cluster 2 reported higher levels of aggressive behavior in comparison to cluster 1 ( $p=0.035$ ).

We didn't find any differences between clusters regarding the type of CHD (cyanotic or acyanotic) or the primary diagnosis.

## **Discussion**

The aims of this investigation were to examine the long-term neurocognitive and psychosocial outcomes of congenital heart disease, comparing cyanotic and acyanotic forms of illness and to identify risk conditions for poor outcome. Furthermore, we wished to verify if there were different patterns of neurocognitive performance related to different clinical, demographic and psychosocial features in patients.

Our study demonstrated that CHD patients have consistently poorer neurocognitive performance when compared to healthy controls, confirming data from several other published reports <sup>27, 28, 29, 30, 31</sup>. There is a growing amount of evidence demonstrating that, although CHD patients score within the average range on intelligence testing, they present poor performance in several neurocognitive abilities setting up a consistent pattern of sequelae (in gross and fine motor skills, attention, visual-spatial ability, speech and language, executive function, social cognition and impulsive behavior). That pattern was also confirmed in our study.

Furthermore, we found that the cyanotic performed consistently worse than the acyanotic patients in all the neurocognitive domains, but they differ significantly from the last only in working memory, psychomotor performance, speed of execution, perceptual organization and persistence, spatial orientation and psychomotor speed. Our findings are also consistent with other published data that stated that even though all

children with CHD are at increased risk for developmental disorders or delay, the cyanotic heart lesions have enhanced vulnerability for these conditions <sup>9, 32, 33, 34</sup>

Our investigation showed that the parameters of fetal brain development (such as, head circumference, weight and length measured at birth) correlate with different neurocognitive abilities in later life, highlighting the impact of antenatal impairments in brain growth and development that occur in CHD fetuses.

In past studies, several conditions involved in poor neurocognitive development were investigated, some arising in fetal life, others occurring after birth and especially during or after surgeries (anoxia and peri-surgery ischemia) and their relative contributions were analyzed. Recently, RMI scans and Doppler studies in fetuses showed that some forms of CHD lead to derangements of fetal blood flow and insufficient delivery of oxygen and nutrients, resulting in impaired brain development and vulnerability for sequelae <sup>35</sup>. The conditions involved in the delay and impairment of brain maturation in complex CHD, unique to each form of illness, have been reviewed <sup>35</sup> and data are consistent with the smaller head circumference found in neonates with complex CHD, when compared to normal babies.

One main strength of our study was the chance to identify a predictive model for poor neurocognitive performance in adolescence and young adulthood. In our participants, we found that the male, cyanotic patients, who were born with low birth weight were more likely to have poor neurocognitive performance. Consistently with our results, the findings of other authors <sup>10</sup> support that there is a gender difference in the pathogenesis of early brain injury following hypoxic ischemic insults. Many authors reported that birth weight (together with head circumference) is a good predictor of neurodevelopment in children with severe CHD <sup>35, 36</sup>. Our findings are important because they may contribute to a new generation of studies that focus on better understanding the longitudinal path of poor neurocognitive development and injury, enabling decisions on neuroprotective strategies, early detection and rehabilitation of injury and disability.

We found a 18.4% lifetime prevalence of psychopathology, but the rate is significantly higher in female patients. Despite the scarcity of Portuguese data on the distribution of psychiatric disorders in the general population, based on published reports worldwide, we may estimate that our participants have a slightly higher rate than the normal population <sup>37-40</sup>. Consistently, Holsen, Sorensen, Hjortdal, Christensen, Pedersen <sup>41</sup> found in a Danish nationwide cohort study that the CHD patients have a higher risk of

psychiatric in-patient admissions or out-patients visits than comparison cohort members.

The more prevalent forms of psychopathology in our patients are the anxiety and the depressive disorders, which indeed have been recognized as much more prevalent in the female than in male populations all over the world. Female patients showed also worse psychosocial adjustment, with more withdrawal, anxiety, depression and internalization, in self-report measures.

Compared to normal population, our patients have better quality of life in environmental, social relationships and general dimensions. The same trend of findings is also presented in several published papers, with populations of different countries. Some authors evaluated and confirmed the hypothesis that patients, in general, who are diagnosed shortly after birth or in fetal life, develop more self-congruence, strengthening the family cohesion and social support around them and their illness <sup>42, 43</sup>. However, among patients, the more complex CHD reported worse QOL in physical dimension than those with moderate/mild forms of disease.

Another major strength of our study was that it enabled us to identify three neurocognitive phenotypes (non-impaired, minimally impaired and globally impaired) in our patients and the features associated with each

other. The minimally impaired cluster, when compared to the non-impaired, presents deviations in memory, processing speed, attention and executive function. On the other hand, the globally impaired group when compared with the minimally impaired, shows striking deviations in memory, processing speed, executive functioning and visual-constructive ability. The non-impaired group shows bigger head circumference and birth weight than the other two groups, consistently with MRI findings in fetuses and infants. They also show higher values in Apgar at 1 and 5 minutes. As could be expected, participants in non-impaired and minimally impaired groups have higher schooling than those in the globally impaired group.

Interestingly, when compared to the non-impaired and the minimally impaired patients, the globally impaired phenotype reported more aggressive behaviors on self-report measures and their caregivers reported higher levels of anxiety and depression and higher rates of attention problems on observational measures.

In short, our study analyzed several parameters in CHD patients, generally confirming findings of previously published reports. However, it is the first time that so many different clinical, neurocognitive and psychosocial variables were examined together and we can point out this as the originality and social importance of our research.

Our study has also limitations: first of all, we have a small number of participants for some comparison purposes between groups, not allowing us to draw more robust conclusions. That fact resulted from the inability to collect data on some variables (such as, fetal and neonatal measures) for some participants. On the other hand, the retrospective design of this study, with all the measurements obtained in a single moment, may have in some way biased the recruitment of the patients.

Another limitation of this study is that it doesn't allow us to know what is the neurocognitive profile of babies with low birth weight who do not have CHD, providing further enlightenment and conclusions about the nature of these disablements. Also we ignore what happens with the intrauterine growth retardation that results in low birth weight.

This study has an important clinical usefulness, allowing to predict which are the children that are at increased risk for neurocognitive disabilities and therefore to plan prevention and neuroprotective strategies. To our knowledge, it is the first research providing data on all these variables in Latin populations.

## **Conclusions**

In conclusion, we gathered information on the impact of diverse clinical and psychosocial variables in CHD, providing further evidence that is useful for prevention, for neuroprotection and rehabilitation.

In the future, we consider very important to develop new research comparing CHD patients with children born with low birth weight who do not have CHD, and those with delay of intrauterine growth that results in low birth weight, to understand more fully the mechanisms that give rise to the impairment of neurocognitive development.

### **Funding sources**

There were no funding sources in this study.

### **Disclosures**

None of the authors of this study has conflicting interests to disclose.

## References

1. Marelli AJ, Mackie AS, Ionescu-Ittu R, Rahme E, Pilote L. Congenital heart disease in the general population: changing prevalence and age distribution. *Circulation* 2007; 115: 163-172.
2. Marelli AJ, Ionescu-Ittu R, Mackie AS, Guo L, Dendukuri N, Kaouache M, Lifetime Prevalence of Congenital Heart Disease in the General Population From 2000 to 2010. *Circulation* 2014; 130: 749-756.
3. Moons P, De Geest S, Budts W. Comprehensive Care for Adults with Congenital Heart Disease: Expanding Roles for Nurses. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2002; 1 (1) 23-28.
4. Reid G, Webb G, Barzel M, et al. Estimates of life expectancy by adolescents and young adults with congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:349-55.
5. Donofrio MT, Massaro AN. Impact of Congenital Heart Disease on Brain Development and Neurodevelopmental Outcome. *International Journal of Pediatrics*, 2010; volume 2010, Article ID 359390:1-13. doi:10.1155/2010/359390.
6. Massaro A, Glass P, Brown J, et al. Neurobehavioral abnormalities in newborns with congenital heart disease requiring open-heart surgery. *J Pediatr* 2011;158:678-681.

7. Hinton RB, Andelfinger G, Sekar P, Hinton AC, Gendron RL, Michelfelder EC, Robitaille Y, Benson DW. Prenatal Head Growth and White Matter Injury in Hypoplastic Left Heart Syndrome. *Pediatric Research* 2008; 64(4): 364-369.
8. Limperopoulos C, Tworetzky W, McElhinney DB, et al. Brain volume and metabolism in fetuses with congenital heart disease: evaluation with quantitative magnetic resonance imaging and spectroscopy. *Circulation* 2010;121:26-33.
9. Marino BS, Lipkin PH, Newburger, JW, Peacock G, Gerdes M, Gaynor JW, Mussatto KA, Uzark K, Goldberg CS, Johnson WH, Li J, Smith SE, Bellinger DC, Mahle WT. Neurodevelopmental Outcomes in Children with Congenital Heart Disease: Evaluation and Management, A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2012; 126: 1143-1172.
10. Majnemer A, Limperopoulos C, Shevell M, Rohlicek C, Rosenblatt B, Tchervenkov C. Gender differences in the developmental outcomes of children with congenital heart defects. *Cardiology in the Young* 2012:1-6. doi: 10.1017/S1047951111002071.
11. Wechsler D. WAIS-III: Escala de inteligência para adultos - 3ª Edição: Manual. Lisboa: CEGOC-TEA, 2008.
12. Rey A. Teste de cópia de figuras complexas: Manual. Lisboa: CEGOC-TEA, 1998.

13. Wilson BA, Alderman N, Burgess PW, Emslie H, Evans JJ. Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome (BADS). *Journal of Occupational Psychology, Employment and Disability* 2003, 5(2), 33-37.
14. Golden CJ. Stroop test de cores y palabras: Manual. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada, 1994.
15. Cavaco S, Gonçalves A, Pinto C, Almeida E, Gomes F, Moreira I, Teixeira-Pinto A. Trail Making Test: Regression-based norms for the portuguese population. *Arch Clin Neuropsychol* 2013; doi: 10.1093/arclin/acs115.
16. Wechsler D. WMS-III: Escala de Memória de Wechsler-3ª Edição: Manual Técnico. Lisboa: CEGOC-TEA, 2008.
17. Areias ME, Peixoto B, Melo S, Lopes JP, Rodrigues F, Nascimento AC, Cerqueira D, Gomes L, Estrela A, Miranda J, Vilacova F, Moura C, Soares J, Quintas J, Areias JC. Long-term Psychosocial Outcomes of Congenital Heart Disease: Neurocognitive Performance, Quality of Life, Psychosocial Adjustment and Psychiatric Morbidity of Adolescents and Young Adults Surviving Their Disease. *Circulation* 2014; 130 (Suppl 2), A18614-A18614 (Abstract).
18. Matos SM, Sarmiento S, Moreira S, Pereira MM, Quintas J, Peixoto B, Areias JC, Areias ME. Impact of Fetal Development on Neurocognitive

Performance of Adolescents with Cyanotic and Acyanotic Congenital Heart Disease. *Congenital Heart Disease* 2014; 9(5), 373-381.

19. Endicott J, Spitzer RI. A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 837-844.

20. Hesselbrock V, Stabenau J, Hesselbrock M, et al. A comparison of two interview schedules: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime and the National Institute for Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:674-7.

21. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial: a report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004; 13: 299-310.

22. Canavarro MC, Simões MR, Vaz Serra A, Pereira M, Gameiro S, Quartilho MJ, Rijo D, Carona C, Paredes T. Instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In: Simões CM, Gonçalves M, Almeida L, et al. (eds.). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa III*. Quarteto Editora, Coimbra 2007: 77-100.

23. Achenbach T, Rescorla I. Manual for the ASEBA adult forms and profiles. University of Vermont . Research Center for Children, Youth and Families, Burlington, VT, 2003.
24. Achenbach T, Rescorla I. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. University of Vermont . Research Center for Children, Youth and Families, Burlington, VT, 2001.
25. McCrae RR, Costa Jr PT. A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences* 2004; 36:587–596
26. Jain AK, Murty MN, Flynn PJ. Data clustering: a review. *ACM computing surveys (CSUR)* 1999; 31(3): 264-323.
27. Hövels-Gürich HH, Seghaye MC, Schnitker R, Wiesner WH, Huber W, Minkenber R, Kotlarek F, Messmer BJ, von Bernuth G. Long-term neurodevelopmental outcomes in school-aged children after neonatal arterial switch operation. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2002; 124:448–458.
28. Bellinger DC, Wypij D, du Plessis AJ, Rapaport LA, Jonas A, Wernovski G, Newburger JW. Neurodevelopmental status at eight years in children with dextro-transposition of the great arteries: The Boston Circulatory Arrest Trial. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003;126:1385-1396.

29. Bellinger DC, Newberger JW. Neuropsychological, psychosocial, and quality-of-life outcomes in children and adolescents with congenital heart disease. *Prog Pediatr Cardiol* 2010; 29:87–92.
30. Gerdes M, Flynn T. Clinical assessment of neurological outcomes in infants and children with congenital heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology* 2010; 29: 97-105.
31. Miatton M, De Wolf D, François K, Thiery E, Vingerhoets G. Intellectual, neuropsychological, and behavioral functioning in children with tetralogy of Fallot. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007; 133:449–455.
32. DiNardo JA. Should what we know about neurobehavioral development, complex congenital heart disease, and brain maturation affect the timing of corrective surgery? *Pediatric Anesthesia* 2011; 21: 781-786.
33. Miatton, De Wolf, Francois K, Thiery E, Vingerhoets G. Neurocognitive Consequences of Surgically Corrected Congenital Heart Defects: A Review. *Neuropsychology Review* 2006; 16(2):65-85.
34. Wernovsky G. Current insights regarding neurological and developmental abnormalities in children and young adults with complex congenital cardiac disease. *Cardiology in the Young* 2006; 16 (Suppl.1): 92-104.
35. McQuillen PS, Goff DA, Licht DJ. Effects of congenital heart disease on brain development. *Progress in Pediatric Cardiology* 2010; 29: 79-85.

36. Rudolph AM. Congenital cardiovascular malformations and the fetal circulation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2010; 95: F132-F136. doi: 10.1136/adc.2007.128777.
37. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf) (accessed 2 Dec 2010).
38. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:21-27.
39. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, 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; 6:168-76.
- 40.** Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde, Governo de Portugal. Portugal: Saúde Mental em números: 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, Direção Geral de Saúde 2014. <http://www.dgs.pt>.
41. Holsen M, Sorensen HT, Hjortdal VE, Christensen TD, Pedersen L. Congenital Heart Defects and Developmental and Other Psychiatric Disorders: A Danish Nationwide Cohort Study. *Circulation* 2011; 124:1706-1712.

42. Apers S, Luyckx K, Rassart J, Goossens E, Budts W, Moons P. Sense of coherence is a predictor of perceived health in adolescents with congenital heart disease: A cross-lagged prospective study. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50 (6): 776-785.

43. Luyckx K, Missotten L, Goossens E, Moons P. Individual and Contextual Determinants of Quality of Life in Adolescents with Congenital Heart Disease. *Journal of Adolescent Health* 2012; 51: 122-128.

**Table 1. Comparison of clusters in different neurocognitive dimensions**

Neurocognitive Dimension	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		P	1Vs2	1Vs3	2Vs3
	M	SD	M	SD	M	SD				
Memory	0,49	0,55	-0,49	0,57	-1,12	0,6	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>
Processing Speed	0,32	0,66	-0,48	0,64	-0,94	0,86	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.006</b>
Attention	-0,15	0,58	0,08	0,67	0,07	0,73	.063	.056	.235	.998
Executive	0,09	0,39	-0,22	0,39	-0,37	0,38	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	.153
Visuoconstructive	0,39	0,39	-0,02	0,53	-2,38	1,01	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>

(M) Memory; (PS) Processing speed; (A) Attention; (EF) Executive; (VC) Visuoconstructive

Vs = versus

**Table 2. Comparison of clusters in sociodemographic and neonatal variables**

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	p	1 Vs 2	1Vs3	2Vs3
Age (years)	15,83±2,6	15,73±2,9	15,45±2,39	.785	.967	.785	.886
Gender (Male/Female)	53/47	46/38	17/16	.994			
Schooling (years)	9,77±1,95	9,26±2,25	8,73±2,68	<b>.037</b>	.271	<b>.05</b>	.472
Head Circumference (cm)	34,08±1,97	33,81±1,56	32,8±2,39	<b>.001</b>	.707	<b>.019</b>	.087
Apgar 1	7,94±1,37	8,37±1,91	7,78±2,41	.138	.251	.911	.267
Apgar 2	9,62±0,82	9,58±0,82	9,39±1,03	.534	.966	.539	.652
Birth Weight	3,27±0,95	3,12±0,51	2,86±0,76	.062	.510	.066	.313
Birth Length	48,47±2,98	48,57±2,62	46,52±6,12	<b>.033</b>	.985	<b>.05</b>	<b>.044</b>

Vs = versus

**Table 3. Comparison of clusters in Clinical diagnosis and type of CHD**

		Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	$\chi^2$	p
<b>Clinical Diagnosis</b>					17,37	<b>.002</b>
Tetralogy of Fallot						
	n	13	23	8		
	Adjusted Residual	-2,5	2,1	0,6		
Transposition of the Great Arteries						
	n	8	18	7		
	Adjusted Residual	-2,7	2	1		
Other Diagnosis						
	n	79	43	18		
	Adjusted Residual	4,1	-3,3	-1,3		
<b>Type of CHD</b>					19,87	<b>&lt;.001</b>
Cyanotic						
	n	22	42	18		
	Adjusted Residual	-4,4	2,9	2,2		
Acyanotic						
	n	78	42	15		
	Adjusted Residual	4,4	-2,9	-2,2		

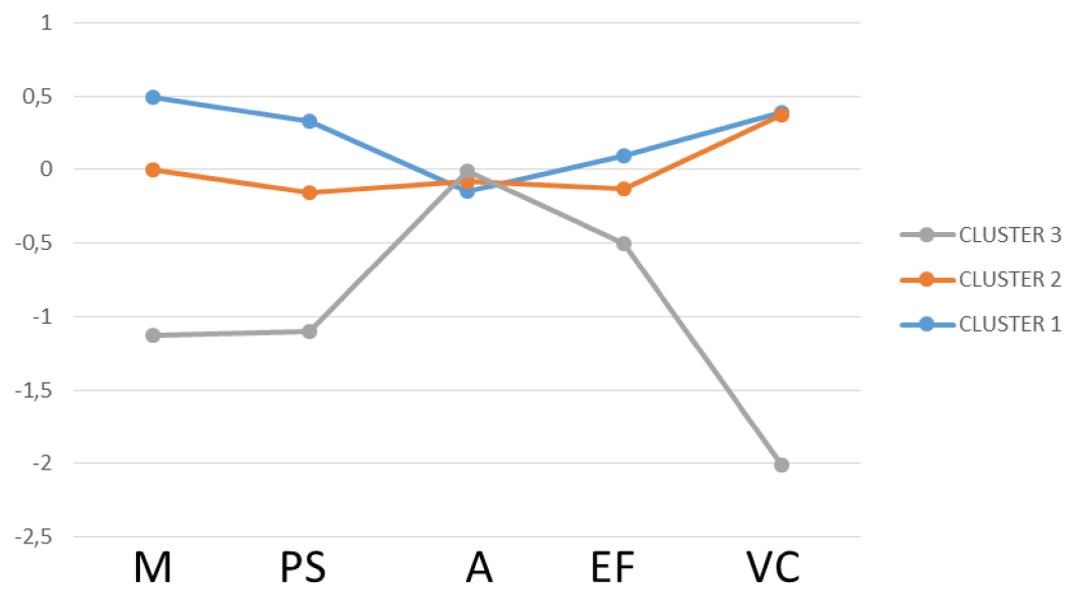
**Table 4. Comparison of clusters in psychosocial adjustment**

		<b>Clusters</b>				
		<b>F</b>	<b>p</b>	<b>1 Vs 2</b>	<b>1Vs3</b>	<b>2Vs3</b>
<b>&lt;18 Years old (n=168)</b>						
<b>Observational</b>						
Isolation		1,797	.169			
Somatic complains		0,9	.409			
Anxiety/ depression		2,542	.082			
Social problems		3,003	.52			
Thought alterations		3,291	.054			
Attention problems		6,13	<b>.003</b>	.563	<b>.003</b>	<b>.036</b>
Delinquent behaviour		0,356	.701			
Agressive behaviour		0,657	.52			
<b>Self-report</b>						
Isolation		1,932	.148			
Somatic complains		1,463	.235			
Anxiety/ depression		1,145	.321			
Social problems		1,411	.247			
Thought alterations		1,353	.261			
Attention problems		1,539	.218			
Delinquent behaviour		1,57	.211			
Agressive behaviour		6,005	<b>.003</b>	.81	<b>.004</b>	<b>.005</b>

	F	p	1 Vs 2	1Vs3	2Vs3
<b>≥18 Years old (n=49)</b>					
<b>Observational</b>					
Anxiety/ depression	0,59	.562			
Isolation	0,53	.595			
Somatic complains	1,073	.357			
Thought alterations	2,471	.105			
Attention problems	1,055	.363			
Agressive behaviour	3,709	.039			
Delinquent behaviour	1,938	.165			
Intrusive Behaviour	3,784	.037			
<b>Self-report</b>					
Anxiety/ depression	1,681	.204			
Isolation	1,049	.364			
Thought alterations	1,831	.18			
Agressive behaviour	3,881	<b>.033</b>	<b>.035</b>	.553	.84
Delinquent behaviour	0,777	.47			
Intrusive Behaviour	0,511	.606			
Somatic complains	0,336	.717			
Attention problems	1,025	.372			

Vs = versus

**Figure 1. Mean cluster performance on neurocognitive domains**



(M) Memory; (PS) Processing speed; (A) Attention; (EF) Executive; (VC) Visuoconstructive