



Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Avaliação do Ajustamento Psicossocial em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

Helena Cláudia Alves Monteiro

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

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Emília Areias

2016

Avaliação do Ajustamento Psicossocial em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Avaliação do Ajustamento Psicossocial em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

Dissertação apresentada no
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Emília Areias

Helena Cláudia Alves Monteiro

2016

Agradecimentos

Agradeço do fundo do meu coração aos meus pais e irmão, que sempre me apoiaram e que sempre fizeram de tudo para eu continuar nesta batalha, porque sem eles eu não teria chegado até aqui. Sei que concluir, positivamente, esta fase da minha vida é a melhor coisa que lhes poderia dar. Obrigada por me terem dado a possibilidade de estudar e de realizar o meu sonho.

À Lígia e a Ana Paula, muito obrigada por toda a ajuda, por todas as conversas e por toda a motivação.

À minha grande amiga e colega de investigação, Sara Araújo, por todos estes anos de amizade, apoio, segurança e disponibilidade. Obrigada por todo o encorajamento e partilha de conhecimentos e sugestões.

Às minhas restantes colegas de investigação, Tânia e Carolina, obrigada por toda a entreatajuda e companheirismo ao longo desta longa etapa.

À Professora Doutora Maria Emília Areias pela sua orientação, pelo seu apoio e por toda a transmissão de experiência e sabedoria.

Ao Professor Doutor Jorge Quintas e ao Professor Doutor Bruno Peixoto pela disponibilidade em nos ajudar sempre que era necessário.

Aos profissionais do serviço de Cardiologia e Cardiologia Pediátrica do Centro Hospitalar de São João, por se terem mostrado muito acolhedores e dispostos a ajudar.

A todos os doentes com Cardiopatias Congénitas e seus Cuidadores.

Aos colegas de investigação do ano anterior por nos explicarem o processo de investigação e nos tirarem dúvidas sempre que necessário.

Um muito obrigado a todos os que me motivaram e apoiaram durante este percurso de 5 anos!

Resumo

Objetivos: Caracterizar a população de adolescentes e jovens adultos com Cardiopatias Congénitas (CC) ao nível do ajustamento psicossocial.

Procedimentos: Participaram neste estudo 335 doentes com CC, 187 do género masculino e 148 do género feminino, com idades entre os 12 e os 30 anos (16.36 ± 3.12). Foram recolhidos os dados clínicos mais relevantes e foi aplicado um conjunto de instrumentos num único momento temporal, constituído por uma entrevista semiestruturada, um questionário da personalidade (NEO-FFI), um questionário de qualidade de vida (WHOQL -BREV), uma entrevista psiquiátrica estandardizada (SADS-L), questionários para avaliar o ajustamento psicossocial na forma de auto-relato (YSR, ASR) e relato dos cuidadores (CBCL, ABCL) e testes neuropsicológicos (código, memória de dígitos, figura complexa de *Rey*, procura da chave, Stroop, *Trail Making Test* e memória lógica).

Resultados: Com este estudo, concluiu-se que os adolescentes que sofrem mais com os efeitos consequentes do ajustamento psicossocial, a nível do auto-relato (YSR) constituem os doentes do género feminino, que foram submetidos a duas ou mais intervenções cirúrgicas, que apresentam uma capacidade física limitada, que têm um percurso escolar insatisfatório e uma CC complexa. Os jovens adultos que sofrem mais com os efeitos consequentes do ajustamento psicossocial, a nível do auto-relato (ASR), constituem os doentes do género feminino, que apresentam uma capacidade física limitada, que têm um percurso escolar insatisfatório, que têm pior suporte social e com cuidados intensivos e internamentos. A nível do relato dos cuidadores (CBCL), os adolescentes que sofrem mais com os efeitos consequentes do ajustamento psicossocial constituem os doentes que têm um percurso escolar insatisfatório, que apresentam uma capacidade física limitada, que têm um pior suporte social, que estiveram nos cuidados intensivos, que tiveram internamentos e que apresentam um estilo educacional super-protetor ou protetor. Os jovens adultos que sofrem mais com os efeitos consequentes do ajustamento psicossocial, a nível do relato dos cuidadores (ABCL), constituem os doentes do género feminino, com intervenções cirúrgicas, que foram submetidos a duas ou mais intervenções cirúrgicas, que apresentam uma capacidade física limitada, têm entre 19 e 30 anos, realizam terapia farmacológica, têm um pior suporte social, que tiveram internamentos e que estiveram nos cuidados intensivos.

Quanto às correlações realizadas, podemos observar que existiam correlações tanto a nível do auto-relato (YSR e ASR) como a nível do relato dos cuidadores (CBCL e ABCL), entre o ajustamento psicossocial com os traços de personalidade, a morbilidade psiquiátrica, as dimensões da qualidade de vida, as provas neuropsicológicas, os dados neonatais (exceto o ASR) e as variáveis clínicas e demográficas.

Concluiu-se, também, que no relato dos cuidadores dos pacientes (CBCL e ABCL) e no auto-relato dos pacientes (YSR e ASR) existem alguns preditores de mau ajustamento psicossocial.

Conclusões: No geral, quem apresenta pior ajustamento psicossocial é o género feminino, pacientes com internamentos, com uma capacidade física limitada, um percurso escolar insatisfatório e um pior suporte social.

Palavras – Chave: Adolescentes; Jovens Adultos; Cardiopatias Congénitas; Cardiopatias Congénitas Cianóticas; Cardiopatias Congénitas Acianóticas; Ajustamento Psicossocial.

Abstract

Objectives: To characterize the population of adolescents and young adults with Congenital Heart Diseases (CHD) at the level of psychosocial adjustment.

Methods: The sample consisted of 335 patients with CHD, 187 males and 148 females, aged between 12 and 30 years (16.36 ± 3.12). The most relevant clinical data and applied a set of tools in a single time point were collected, consisting of a semi-structured interview, a questionnaire of personality (NEO-FFI), a questionnaire of quality of life (WHOQL -BREV) a standardized psychiatric interview (SADS-L), questionnaires to assess the psychosocial adjustment in the form of self-report (YSR, ASR) and reporting of caregivers (CBCL, ABCL) and neuropsychological tests (Wechsler Symbol Search, Wechsler Digit Test, Rey's Complex Figure, Key Searching Test, Color-Word Test, Trail Making Test and Logical Memory Task).

Results: With this study, we concluded that teenagers who suffer the most with the consequent effects of psychosocial adjustment, the level of self-reported (YSR) are female patients, who underwent two or more surgical interventions, which have a limited physical capacity, which have a poor educational background and a complex CC. Young adults who suffer more with the consequent effects of psychosocial adjustment, the level of self-report (ASR) are the female patients, who have limited physical capacity, which have a poor educational background, which have poorer social support and intensive care and hospitalization. The level of reporting of caregivers (CBCL), teens who suffer most from the resulting effects of psychosocial adjustment are patients who have a poor educational background, who have limited physical capacity, which had admissions and presenting an overprotective or protective educational style. Young adults who suffer more with the consequent effects of psychosocial adjustment, the level of reporting of caregivers (ABCL) are the female patient, with surgery, who underwent two or more surgical interventions, which have a have limited physical capacity, have between 19 and 30 years, perform pharmacological therapy have a poorer support, which had admissions and were in intensive care. As for the performed correlations, we can see that there were correlations both in the self-report (YSR and ASR) as the level of reporting of caregivers (CBCL and ABCL), between psychosocial adjustment and personality traits, psychiatric morbidity, the dimensions of quality of life, neuropsychological tests, neonatal data (except ASR) and the clinical and demographic variables. It was concluded also that the reporting

of caregivers (CBCL and ABCL) and on self-reporting of patients (YSR and ASR) there are some predictors of poor psychosocial adjustment.

Conclusions: Overall, the maker of worse psychosocial adjustment is the female gender, patients with admissions, with limited physical capacity, a poor educational background and a worse social support.

Key Words: Adolescents; Young Adults; Congenital Heart Diseases; Cyanotic Congenital Heart Diseases; Acyanotic Congenital Heart Diseases; Psychosocial Adjustment.

Índice de Abreviaturas

CC- Cardiopatias Congénitas

CC Cianóticas - Cardiopatias Congénitas Cianóticas

CC Acianóticas - Cardiopatias Congénitas Acianóticas

AE - Anomalia de *Ebstein*

TGV - Transposição dos Grandes Vasos

VU - Ventrículo Único

TF - Tetralogia de *Fallot*

DSA - Defeito do Septo Atrial

DSV - Defeito do Septo Ventricular

EA - Estenose da Aorta

EP - Estenose Pulmonar

CoA - Coartação da Aorta

AT – Atresia Tricúspide

AVP – Atresia da Válvula Pulmonar

CIA – Defeito do Septo Interauricular

CIV – Defeito do Septo Interventricular

DCE – Defeito do Coxim Endocárdico

EM – Estenose Mitral

IVA – Insuficiência da Válvula Aórtica

IVM – Insuficiência da Válvula Mitral

PCA – Persistência do Canal Arterial

PVM – Prolapso da Válvula Mitral

VAB – Válvula Aórtica Bicúspide

VPD - Válvula Pulmonar Displásica

CardioM – Cardiomiopatia

RVA – Retorno Venoso Anômalo

YSR - *Youth Self Report*

ASR - *Adult Self Report*

CBCL - *Child Behavior Checklist*

ABCL - *Adult Behavior Checklist*

WHOQOL-BREV - *World Health Organization Quality of Life – Bref Version*

SADS- *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*

NEO-FFI – *NEO Five Factor Inventory*

MD - Memória de Dígitos

FCR - Figura Complexa de *Rey*

FCRC - Figura Complexa de *Rey* Cópia

FCRM - Figura Complexa de *Rey* Memória

Pro. Chave - Procura da Chave

Stroop C – Stroop Cor

Stroop P – Stroop Palavra

Stroop PC – Stroop Palavra-Cor

TMT - *Trail Making Test*

TMTA - *Trail Making Test* Parte A

TMTB - *Trail Making Test* Parte B

ML - Memória Lógica

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

m - Média

p - Significância

Dp - Desvio Padrão

N - Número de Indivíduos

M - Masculino

F - Feminino

Nº - Número

r1 - *Correlação Coefficient*

χ^2 - *Chi-Square*

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento Teórico.....	2
1. Cardiopatias Congénitas (CC).....	2
2. Cardiopatias Congénitas Cianóticas (CC cianóticas) e Cardiopatias Congénitas Acianóticas (CC acianóticas).....	3
3. Ajustamento Psicossocial nos adolescentes e jovens adultos com Cardiopatias Congénitas.....	5
II. Estudo Empírica.....	9
4. Objetivos e Hipóteses.....	9
4.1. Objetivos.....	9
4.2. Variáveis.....	10
4.3. Hipóteses.....	10
5. Materiais e Métodos.....	12
5.1. Amostra.....	12
5.2. Instrumentos de Avaliação.....	12
5.3. Procedimento.....	16
5.4. Desenho.....	17
5.5. Análise Estatística.....	17
6. Apresentação dos Resultados.....	17
6.1. Resultados da Caraterização dos Participantes.....	18
6.2. Resultados do Ajustamento psicossocial.....	20
7. Discussão de Resultados.....	44
Conclusão.....	52
Bibliografia.....	54

Índice de Anexos

ANEXO I – Tabelas da Análise Estatística

- **Resultados da Caracterização dos Participantes:**
 - **Tabela 1:** Características das variáveis demográficas (idade, género e anos de escolaridade) da amostra;
 - **Tabela 2:** Caracterização do grupo experimental de acordo com as variáveis demográficas;
 - **Tabela 3:** Caracterização do grupo experimental de acordo com as variáveis clínicas;
 - **Tabela 4:** Caracterização do grupo experimental de acordo com a psicopatologia;
 - **Tabela 5:** Caracterização do grupo experimental de acordo com as variáveis neonatais.

- **Resultados do Ajustamento psicossocial:**
 - **Auto-Relato (YSR e ASR)**
 - **Tabela 6:** Diferenças entre género relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
 - **Tabela 7:** Diferenças da Gravidade relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
 - **Tabela 8:** Diferenças entre o número de intervenções cirúrgicas nas dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
 - **Tabela 9:** Diferenças entre competência física limitada e satisfatória relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
 - **Tabela 10:** Diferenças no percurso escolar relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;

- **Tabela 11:** Diferenças do suporte social relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 12:** Diferenças em relação aos internamentos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 13:** Diferenças em relação aos cuidados intensivos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabelas 14:** Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato (YSR), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabelas 15:** Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato (ASR), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 16:** Resultados entre a morbilidade psiquiátrica com as dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato (YSR e ASR), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 17:** Resultados entre a Qualidade de Vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (YSR), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 18:** Resultados entre a Qualidade de Vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (ASR), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 19:** Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (YSR), segundo a Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 20:** Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (ASR), segundo a Correlação de *Spearman*;

- **Tabela 21:** Resultados entre as Variáveis Neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (YSR), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 22:** Resultados entre variáveis demográficas e clínicas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (YSR), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 23:** Resultados entre variáveis demográficas e clínicas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (ASR), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 24:** Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - YSR) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*;
- **Tabela 25:** Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - YSR) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*;
- **Tabela 26:** Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - ASR) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*;
- **Tabela 27:** Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - ASR) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*.
 - **Relato dos Cuidadores (CBCL e ABCL)**
- **Tabela 28:** Diferenças entre género relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 29:** Diferenças entre pacientes com ou sem intervenção cirúrgica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 30** Diferenças entre o número de intervenções cirúrgicas nas dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 31:** Diferenças entre competência física limitada e satisfatória relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;

- **Tabela 32:** Diferenças no percurso escolar relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 33:** Diferenças em relação aos grupos etários relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 34:** Diferenças entre em relação à Terapia Farmacológica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 35:** Diferenças do suporte social relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 36:** Diferenças em relação aos internamentos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 37:** Diferenças em relação aos cuidados intensivos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos pacientes segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 38:** Diferenças entre os estilos educativos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*;
- **Tabela 39:** Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 40:** Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 41:** Resultados entre a morbilidade psiquiátrica com as dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores (ABCL e CBCL), segundo Correlação de *Spearman*;

- **Tabela 42:** Resultados entre a Qualidade de Vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 43:** Resultados entre a Qualidade de Vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabelas 44:** Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabelas 45:** Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabelas 46:** Resultados entre as Variáveis Neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabelas 47:** Resultados entre as Variáveis Neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabelas 48:** Resultados entre variáveis clínicas e demográficas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabelas 49:** Resultados entre variáveis clínicas e demográficas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*;
- **Tabela 50:** Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - CBCL) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*;
- **Tabela 51:** Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - CBCL) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*;
- **Tabela 52:** Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - ABCL) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*;
- **Tabela 53:** Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - ABCL) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*.

ANEXO II – Consentimento Informado

- Consentimento Informado.

ANEXO III – Instrumentos de Avaliação

- Ficha de Identificação;
- Entrevista Semi-Estruturada;
- YSR (*Young Self Report*);
- ASR (*Adult Self Report*);
- CBCL (*Child Behavior Checklist*);
- ABCL (*Adult Behavior Checklist*);
- NEO *Five-Factor Inventory* (NEO-FFI - versão reduzida);
- Qualidade de vida / *World Health Organization Quality of Life – bref version* (WHOQOL – BREV);
- SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Lifetime Version*);
- Memória de Dígitos;
- Memória Lógica;
- Figura Complexa de *Rey*;
- *Trail Making Test*;
- Procura da Chave;
- Código;
- Stroop – Teste de Cores e Palavras.

ANEXO IV – *Abstract* apresentado em forma de *Poster* no Congresso Anual do *American Heart Association* (7-11 Novembro, Orlando, U.S.A)

- *Poster* apresentado no Congresso Anual do *American Heart Association*;
- *Power Point* apresentado no Congresso Anual do *American Heart Association*.

ANEXO V – Artigo submetido ao *Canadian Journal of Cardiology*

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

Introdução

As Cardiopatias Congénitas (CC) representam alterações que ocorrem durante a gestação na formação do coração, assim como dos vasos sanguíneos, proporcionando deste modo, malformações cardíacas (Coelho, Teixeira, Silva, Vaz, Vieira, Proença, Moura, Viana, Areias & Areias, 2013).

Segundo Anjos, Delamater & Grus (2002) as CC são divididas em dois subtipos clínicos distintos, o subtipo cianótico e acianótico. O subtipo cianótico inclui patologias como Tetralogia de *Fallot* (TF), Atresia Pulmonar (AP) e Transposição dos Grandes Vasos (TGV), estas patologias são caracterizadas por uma redução significativa de oxigenação na corrente sanguínea, sendo considerado um fator importante no comprometimento funcional dos domínios cognitivos e psicológicos. O subtipo acianótico inclui patologias como Defeito do Septo Interventricular (CIV), Defeito do Septo Interauricular (CIA) e Coartação da Aorta (CoA), este é caracterizado com o bombeamento de sangue oxigenado do lado esquerdo do coração para o lado direito.

As CC representam a mais comum causa de morbilidade e mortalidade infantil (Donofrio & Massaro, 2010).

Como resultado da evolução nos tratamentos e cirurgias, nos dias de hoje, 85-90% das crianças que nascem com CC sobrevivem até à idade adulta com uma melhor qualidade de vida o que mudou a prevalência mundial da doença que já tem mais doentes adultos do que crianças (Marelli *et al.*, 2014).

Nas últimas décadas, notou-se um grande avanço ao nível do diagnóstico e tratamento das doenças cardíacas, sendo estes cada vez mais precoces, assim como se tem verificado um melhoramento nas técnicas de tratamento e de intervenções cirúrgicas (Birkeland, Rydberg, & Hägglö, 2005; Gerdes & Flynn, 2010; Hülser, Dubowy, Knobl, Meyer, & Schölmerich, 2007; Kovacs *et al.*, 2005; Latal *et al.*, 2009; Marino, Uzark, Ittenbach, & Drotar, 2010; McMurray *et al.*, 2001; Moon *et al.*, 2009; Moons *et al.*, 2002; Mussatto, 2009; Müller, Hess, & Hager, 2010; Sparacino, Tong, Messias, Chesla, & Gilliss, 1997; Spijkerboer, Utens, Bogers, Verhulst, & Helbing, 2008; Spijkerboer *et al.*, 2006; Utens *et al.*, 1998).

Mussato (2009) refere que o ajustamento psicossocial é caracterizado como uma tarefa que impõe ao indivíduo uma adaptação constante e gestão de sentimentos que surgem em

determinadas situações, sendo que o indivíduo só é considerado ajustado psicologicamente quando consegue alcançar o equilíbrio e o bem-estar.

A adaptação psicossocial é uma dimensão importante e complexa na percepção da qualidade de vida pelos doentes (Berghammer, Dellbor & Ekman, 2005).

Coelho *et al.* (2013) & Freitas *et al.* (2014) concluíram que adolescentes e jovens adultos com CC apresentam um maior sofrimento devido aos efeitos do ajustamento psicossocial.

Esta investigação teve como principal objetivo estudar o ajustamento psicossocial de adolescentes e jovens adultos com CC, de forma a determinar quais são as variáveis demográficas e clínicas que estão associadas a um pior ajustamento psicossocial. Também foi necessário averiguar as relações entre o ajustamento psicossocial e variáveis demográficas, clínicas, neonatais, traços de personalidade, domínios da qualidade de vida, testes neuropsicológicos em adolescentes e adultos com CC.

I. Enquadramento Teórico

1. Cardiopatias Congénitas (CC)

De acordo com Nousi & Christou (2010) as Cardiopatias Congénitas são descritas como um grave defeito estrutural do coração ou dos grandes vasos, que afeta potencialmente e significativamente o seu funcionamento. É uma doença crónica, normalmente diagnosticada ainda no período fetal. Assim, as malformações cardiovasculares congénitas são consequência de um desenvolvimento embrionário anómalo de uma estrutura normal, ou da incapacidade de tal estrutura prosseguir para além de um estágio inicial de desenvolvimento fetal ou embrionário (Kasper *et al.*, 2006, p.1448).

Segundo Kovacs *et al.* (2005) as CC podem ser diferenciadas tendo em conta a gravidade em:

- Menores – habitualmente são assintomáticas, causando poucas limitações na vida do paciente, sendo apenas necessária a intervenção cirúrgica em alguns casos;
- Moderadas – geralmente os pacientes necessitam de intervenção cirúrgica, da qual os resultados estão relacionados com o curso da evolução e expectativas de vida;
- Complexas – os pacientes necessitam de uma monitorização cardíaca frequente, devido às limitações impostas pela doença.

As causas na maioria dos casos, não são conhecidas, mas supõe-se que se deve a uma combinação de predisposição genética (casos de doença na família, como por exemplo, um casal que já tem um filho com doença cardíaca, a probabilidade de ter um segundo com o mesmo problema é 2 a 3 vezes maior) e fatores ambientais (infeções pelo vírus da rubéola congénita, consumo de várias drogas no primeiro trimestre da gravidez pela mãe, a Diabetes Mellitus Materna, etc.) (Nousi & Christou, 2010).

De acordo com os dados da Direção Geral de Saúde (2006), a incidência de CC na população Portuguesa é entre 5 a 12 por 1000 nados vivos, sendo a patologia mais frequente entre as malformações congénitas, cuja mortalidade no primeiro ano de vida se cifrava nos 8.7% em 2004.

2. Cardiopatias Congénitas Cianóticas (CC cianóticas) e Cardiopatias Congénitas Acianóticas (CC acianóticas)

As CC estão agrupadas em dois subtipos, cianóticas e acianóticas, tendo a ver com a base no gradiente de saturação de oxigénio no sangue (Nousi & Christou, 2010; Brickner, Hillis, & Lange, 2000).

A CC cianótica caracteriza-se pela passagem de sangue venoso (sangue desoxigenado) para a corrente sanguínea arterial (sangue oxigenado). A passagem de sangue, habitualmente dá-se da parte esquerda (sangue venoso, não oxigenado) para a parte direita do coração (sangue arterial, oxigenado). Este processo vai originar um entupimento do fluxo normal do sangue, ou seja, uma redução de oxigenação do sangue. 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. Por isso, a maioria das crianças com CC cianótica não sobrevive à idade adulta sem intervenção cirúrgica (Brickner, Hillis & Lange, 2000).

De acordo com Brickner *et al.* (2000b) dentro da cianose pode-se encontrar a Anomalia de *Ebstein* (AE), a Transposição dos Grandes Vasos (TGV), o Ventrículo Único (VU), a Tetralogia de *Fallot* (TF) e o Síndrome de *Eisenmenger* (ES), sendo que estas duas últimas são as mais frequentes em adultos.

Na AE, existe um defeito na válvula tricúspide que faz a ligação entre o átrio direito e o ventrículo direito, sendo que o átrio direito do coração apresenta dimensões superiores ao normal deixando o ventrículo direito menor do que o expectável.

Os sintomas mais comuns são o cansaço, falta de ar principalmente durante situações de esforço, arritmias e cianose.

Na TGV verifica-se que a aorta parte de uma posição anterior do ventrículo direito e a artéria pulmonar parte do ventrículo direito, existindo assim uma separação total da circulação pulmonar e arterial. Estes pacientes, normalmente, são diagnosticados à nascença e podem mostrar insuficiência cardíaca no período neonatal.

O VU caracteriza-se por diversas lesões complexas das válvulas atrioventriculares ou de uma única válvula atrioventricular, que se encontra aberta para uma única câmara ventricular. A taxa de sobrevivência nestes pacientes até à idade adulta, está dependente de um fluxo sanguíneo pulmonar normal, da resistência pulmonar e de uma correta função ventricular (Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo *et al.*, 2006).

A TF é mais comum na infância, sendo que se caracteriza por um defeito na parede ventricular que permite a passagem de sangue desoxigenado para o lado do sangue arterial que, por sua vez, passa para a aorta levando esta mistura de sangue oxigenado e desoxigenado pela circulação sistémica. Geralmente, as crianças que não são operadas, não conseguem chegar à idade adulta. Os sintomas podem ser cianose, taquipneia (respiração rápida e pouco profunda), hiperpneia (respiração rápida e profunda), perdas de consciência, convulsões, acidentes cerebrovasculares e morte.

A ES caracteriza-se por um defeito congénito na parede ventricular. Este defeito vai permitir que o sangue desoxigenado volte a percorrer a circulação sistémica, uma vez que o defeito não permite que o sangue seja corretamente bombeado para as artérias pulmonares para ser oxigenado. A sintomatologia mais comum são cianose, cansaço com facilidade, dores e apertos no peito, falta de ar mesmo em estado de descanso, palpitações, desmaios, tonturas, dores de cabeça, formigueiros, entre muitos mais sintomas que podem levar à morte.

As CC acianóticas caracterizam-se pela passagem do sangue arterial das cavidades esquerdas do coração (átrio esquerdo e ventrículo esquerdo) para as cavidades direitas do coração (átrio direito e ventrículo direito). Neste grupo podemos encontrar o Defeito do Septo Interauricular (CIA), o Defeito do Septo Interventricular (CIV), a Persistência do Canal

Arterial, a Estenose da Aorta (EA), a Estenose Pulmonar (EP) e a Coartação da Aorta (CoA) (Brickner *et al.*, 2000a).

No CIA há uma abertura entre o septo interatrial, que permite a passagem de sangue entre o átrio esquerdo e o átrio direito, levando sangue oxigenado para a localização de sangue venoso.

O CIV envolve pequenos buracos na parede que divide o ventrículo esquerdo do direito. É a cardiopatia congênita que mais afeta os recém-nascidos e as crianças, aparecendo muitas vezes associadas a outras doenças cardíacas, sendo que estes defeitos com o passar do tempo podem fechar. As consequências fisiológicas deste defeito vão ser determinadas pelo tamanho dos mesmos, ou seja, quanto maior o defeito, maior as suas consequências.

A persistência do canal arterial ocorre quando o ducto arterioso não fecha. Nesta cardiopatia, este canal não fecha, levando a que o sangue arterial da aorta passe também para a artéria pulmonar. Esta patologia condiciona a criança devido a vários problemas, como por exemplo, a entrada de sangue arterial da aorta na artéria pulmonar leva a que existam diferentes pressões de sangue no mesmo canal, levando o sangue a não receber oxigenação suficiente durante a sua passagem pelos pulmões. Os sintomas mais comuns são esforço respiratório, pouco aumento de peso e também insuficiência cardíaca.

Na EA, a válvula aórtica apresenta um defeito congênito ficando mais estreita do que o normal. Esta deformação leva à atrofia gradual do ventrículo esquerdo, anginas do peito, síncope e quase-síncope e insuficiência cardíaca.

A EP é caracterizada por existir um estreitamento do tronco da artéria pulmonar logo após a válvula pulmonar. A sintomatologia depende da severidade da estenose, quando existe um baixo grau de severidade, o indivíduo pode ser assintomático, por sua vez um grau elevado de severidade pode levar a dispnéia em esforço, dores do peito ou síncope.

Quanto à CoA, há um estreitamento de uma secção da aorta. Este defeito leva a que o ventrículo esquerdo faça mais esforço do que o normal para que o coração possa impulsionar o sangue para as outras partes do corpo.

3. Ajustamento Psicossocial nos adolescentes e jovens adultos com Cardiopatias Congênitas

A adaptação psicossocial é uma dimensão importante e complexa na percepção da qualidade de vida pelos doentes. Ao longo da sua vida, para não se sentirem rejeitados, os

doentes com CC tendem a encobrir a sua doença numa fase inicial, e apenas a divulgam quando se sentem mais confortáveis e integrados no novo contexto (Berghammer, Dellbor & Ekman, 2005).

De acordo com Mussato (2009) o ajustamento psicossocial é uma tarefa que exige ao indivíduo uma constante adaptação e gestão de sentimentos que despontam em determinadas situações, sendo que o indivíduo só é considerado ajustado psicologicamente quando consegue alcançar o equilíbrio e o bem-estar. No caso específico dos doentes com CC, o ajustamento psicossocial ocorre quando conseguem alcançar o equilíbrio emocional e comportamental, perante os diversos contratempos que estão ligados com a doença.

Os adolescentes com CC podem encontrarem-se em risco de problemas de ajustamento psicossocial, pois deparam-se com as mudanças da adolescência e também com os *stressores* adicionais forçados pela sua doença cardíaca, tais como o uso de medicamentos, a aparência física alterada, as restrições de atividades físicas, entre outras. Muito do que se sabe sobre o ajustamento psicossocial em adolescentes com CC foi obtida a partir de relatórios de parentes próximos. No caso dos pais, professores, educadores, parceiros e cuidadores tendem a descrever mais problemas comportamentais e emocionais do que o próprio doente, que tende a classificar o seu comportamento como idêntico ao dos seus pares. Também com as informações dos questionários dos pais, são os filhos homens, com uma CC cianótica que mostram um pior ajustamento psicossocial (Bellinger & Newburger, 2010; Spijkerboer, Utens, Bogers, Verhulst, & Helbing, 2008; Van Rijen *et al.*, 2005; Latal, Helfricht, Fischer, Bauersfeld, & Landolt, 2009).

Devido aos avanços obtidos a nível pediátrico, tornou-se essencial acompanhar a evolução desta população, visto que a doença cardíaca é considerada como uma doença crónica, e assim, verificar o impacto que esta apresenta ao nível do ajustamento psicossocial (Mussatto, 2009).

Ao longo de toda a sua vida, os doentes com doenças cardíacas têm que ter vários cuidados médicos, mas não só, tem que se confrontar também com as questões psicossociais, educacionais e comportamentais (Moons *et al.*, 2002).

O ajustamento psicossocial é uma resposta que aparece mais tarde como resposta para o *stress* causado pela doença. Os problemas de comportamento e qualidade de vida são duas construções mensuráveis que foram usados para representar o ajustamento psicossocial em indivíduos com condições crónicas de saúde. Estes têm que encarar uma

série de problemas de saúde e problemas psicossociais. O objetivo tem sido aumentar a longevidade dos doentes com CC, através dos avanços nos métodos de diagnóstico e cirurgia cardíaca (Mussatto, 2009).

Alguns estudos mostram que os doentes com CC cianóticas mostram mais probabilidades de apresentar problemas comportamentais em comparação com os doentes com CC acianóticas (Bellinger & Newburger, 2010; Latal *et al.*, 2009). Os doentes com CC cianóticas parecem não evidenciar mais predisposição para problemas emocionais (Van Rijen, *et al.*, 2004).

Há uma grande limitação nos doentes com CC, comparativamente com outros adolescentes, notando-se através do ritmo, uma resistência menor, que se reflete em faltas de ar, cansaço mais precoce, impossibilidade de participar na atividade durante um período muito extenso e a necessidade de um maior número pausas (McMurray *et al.*, 2001), o que vai provocar dificuldades de relacionamento com o grupo de pares nesta idade, pois irá impedi-los de participar em diversas atividades, conduzindo ao isolamento e a constrangimentos a nível social (Kovacs *et al.*, 2005).

Berghammer, Dellborg & Ekman (2005) referem que os adolescentes e jovens adultos com CC são antagónicos, ou seja, mostram um grande desejo em serem saudáveis, escondendo os seus sintomas dos profissionais de saúde e até mesmo de si próprios. A preparação psicossocial quando há contacto com estes doentes é bastante importante.

As crianças com CC, devido às condicionantes da doença e aos internamentos, apresentam ansiedade e depressão, não sendo capazes de pedir ajuda, tal como acontece também, com os jovens adultos com CC complexa, onde exibem também muita ansiedade e depressão, pois apresentam um quadro clínico menos estável e o medo da morte é elevado (Nousi & Christou, 2010).

Os doentes com CC grave e lesões residuais graves apresentam resultados piores no ajustamento psicossocial, do que os doentes com CC moderada e leve e, também com lesões residuais leves (Freitas *et al.*, 2014).

Hülser *et al.* (2007) concluíram que existe um consenso em relação ao desenvolvimento cognitivo e académico das crianças com Cardiopatias Congénitas, sendo que estas apresentam ao longo do seu percurso pior desempenho intelectual e dificuldades desenvolvimentais (motoras, visuais e de linguagem), tendo as intervenções cirúrgicas um papel importante para apresentação destas dificuldades.

Os problemas de ajustamento psicossocial foram associados com co-morbidade neurológica mais pobres no questionário de qualidade de vida dos pais, estrutura familiar e menor tempo de seguimento em consulta. Além disso, nas descrições de professores, o tempo de doença foi associado com um ajustamento psicossocial mais pobre. A duração da doença ou o tempo de espera para transplante associa-se com o resultado neurocognitivo mais pobre. Assim sendo, o tempo de doença influencia a aprendizagem e a adaptação à escola (Haavisto *et al.*, 2013).

Adolescentes e jovens adultos com CC mostram um maior sofrimento devido aos efeitos do ajustamento psicossocial. Estes doentes são do género feminino, com uma Cardiopatia Congénita complexa, que não foram sujeitos a intervenções cirúrgicas e os que têm um percurso escolar insatisfatório. Algo importante também, é que além de terem bastante suporte social, estes doentes com diagnóstico numa fase inicial da sua vida, vêm-se obrigados a “pôr em jogo” todas as suas competências para conseguirem ter uma vida normal através de estratégias de *coping* que vão elaborando ao longo do tempo (Coelho *et al.*, 2013; Freitas *et al.*, 2014).

Mussatto *et al.*, (2014) referem que os adolescentes relataram maior incidência de internalizar problemas de comportamento, como ansiedade e depressão e uma menor qualidade de vida do que a população normativa. O exame detalhado de auto-perceção fornece novos dados nesta população, traduzindo que para os adolescentes com CC, a perceção de auto-estima, a competência, a importância da saúde são os determinantes mais importantes de ajustamento psicossocial.

Os adolescentes com CC apresentam mais problemas de comportamento, redução de habilidades sociais, auto perceção alterada e redução da qualidade de vida (Moons *et al.*, 2002).

Segundo Mussatto (2009) os adolescentes com CC que são criados com irmãos saudáveis apresentam um melhor ajustamento psicossocial e melhores competências sociais.

Independentemente das constantes necessidades médicas, alguns indivíduos com CC lutam com os problemas psicossociais e os desafios comportamentais da sua doença, tal como a restrição das atividades, dificuldades com a imagem corporal, sentirem-se diferente dos seus pares e as oportunidades de emprego que por vezes podem ser mais limitadas (Reid, Webb, Barzel, McCrindle, Irvine & Siu, 2006).

II. Estudo Empírica

4. Objetivos e Hipóteses

4.1. Objetivos

Esta investigação teve como principal objetivo estudar o ajustamento psicossocial de adolescentes e jovens adultos com Cardiopatias Congénitas, de forma a determinar quais são as variáveis demográficas e clínicas que estão associadas a um pior ajustamento psicossocial.

Como objetivos específicos pretendemos verificar: se os pacientes do género feminino têm pior ajustamento psicossocial comparativamente ao género masculino; se os pacientes com CC cianótica manifestam pior ajustamento psicossocial do que os com CC acianótica; se os pacientes com CC complexa/grave apresentam pior ajustamento psicossocial analogamente aos doentes com CC moderada/leve; se os pacientes com intervenções cirúrgicas têm pior ajustamento psicossocial comparativamente aos sem intervenções cirúrgicas; se os pacientes com duas ou mais cirurgias exibem pior ajustamento psicossocial do que os com nenhuma ou uma cirurgia; se os pacientes com lesões residuais graves/moderadas manifestam pior ajustamento psicossocial do que os com lesões residuais leves; se os pacientes com competência física limitada têm pior ajustamento psicossocial do que os pacientes com competência física satisfatória; se os pacientes com percurso escolar insatisfatório apresentam pior ajustamento psicossocial do que os com percurso escolar satisfatório; se existem diferenças no ajustamento psicossocial nos dois grupos etários (12-18 anos e 19-30 anos); se os pacientes com terapia farmacológica exibem pior ajustamento psicossocial do que os que não fazem terapia farmacológica; se os pacientes com pouco suporte social apresentam pior ajustamento psicossocial do que os pacientes com suporte social; se os doentes com internamentos frequentes mostram pior ajustamento psicossocial do que os doentes sem internamentos; se os pacientes com cuidados intensivos mostram pior ajustamento psicossocial do que os pacientes sem cuidados intensivos; se os pacientes com um estilo educativo super-protetor ou protetor apresentam pior ajustamento psicossocial do que os com um estilo educativo permissivo e/ou autoritário; se os traços de personalidade se correlacionam com o ajustamento psicossocial; se a morbilidade psiquiátrica se correlaciona com o ajustamento psicossocial; se as dimensões da qualidade de vida se correlacionam com o ajustamento psicossocial; se

as provas neuropsicológicas se correlacionam com o ajustamento psicossocial; se os dados neonatais se correlacionam com o ajustamento psicossocial; se as variáveis clínicas e demográficas se correlacionam com o ajustamento psicossocial; e, por último, tentar identificar variáveis preditivas de um pior ajustamento psicossocial.

4.2. Variáveis

- **Variável Dependente:** ajustamento psicossocial
- **Variável Independente:** idade, gênero, CC (cianótica ou acianótica), gravidade da CC, intervenções cirúrgicas, terapia farmacológica, lesões residuais, internamentos, competência física, suporte social, cuidados intensivos, estilo educacional, desempenho escolar, traços de personalidade, dimensões da qualidade de vida, provas neuropsicológicas e dados neonatais.

4.3. Hipóteses

Para o presente estudo foram desenvolvidas as seguintes hipóteses:

Hipótese I: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre o sexo feminino e o sexo masculino;

Hipótese II: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com CC cianótica os pacientes com CC acianótica;

Hipótese III: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com CC complexa/grave e os pacientes com CC moderada/leve;

Hipótese IV: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com intervenções cirúrgicas e os pacientes sem intervenções cirúrgicas;

Hipótese V: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com duas ou mais cirurgias e os pacientes com nenhuma ou uma cirurgia;

Hipótese VI: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com lesões residuais graves/moderadas e os pacientes com lesões residuais leves;

Hipótese VII: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com competência física limitada e os pacientes com competência física satisfatória;

Hipótese VIII: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com um percurso escolar insatisfatório e os pacientes com percurso escolar satisfatório;

Hipótese IX: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes entre os 12-18 anos e os pacientes entre os 19-30 anos;

Hipótese X: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com terapia farmacológica e os pacientes que não fazem terapia farmacológica;

Hipótese XI: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com pouco suporte social e os pacientes com suporte social;

Hipótese XII: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com internamentos frequentes e os pacientes sem internamentos;

Hipótese XIII: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com cuidados intensivos e os doentes sem cuidados intensivos;

Hipótese XIX: Existem diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com um estilo educativo super-protetor ou protetor e os pacientes com um estilo educativo permissivo e/ou autoritário;

Hipótese XV: Existem correlações entre os traços de personalidade e o ajustamento psicossocial;

Hipótese XVI: Existem correlações entre a morbidade psiquiátrica e o ajustamento psicossocial;

Hipótese XVII: Existem correlações entre as dimensões da qualidade de vida e o ajustamento psicossocial;

Hipótese XVIII: Existem correlações entre as provas neuropsicológicas e o ajustamento psicossocial;

Hipótese XIX: Existem correlações entre os dados neonatais e o ajustamento psicossocial;

Hipótese XX: Existem correlações entre as variáveis clínicas e demográficas e o ajustamento psicossocial;

Hipótese XXI: Existem variáveis preditivas de um pior ajustamento psicossocial.

5. Materiais e Métodos

5.1. Amostra

A amostra que constitui este estudo é composta por 415 participantes, sendo que 80 deles pertencem ao grupo de controlo e 335 ao grupo experimental.

O grupo de controlo é composto por 35 homens e 45 mulheres saudáveis e com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos de idade ($16,76 \pm 2,218$).

O grupo experimental é composto por 187 pacientes do género masculino e 148 pacientes do género feminino com cardiopatias congénitas e com idades compreendidas entre os 12 e os 30 anos ($16,36 \pm 3,12$).

No que diz respeito à cardiopatia congénita, 116 participantes tinham uma CC cianótica e 219 apresentavam uma CC acianótica.

Na formação da amostra foram considerados alguns critérios, como estar diagnosticado com uma CC, ter entre 12 e 30 anos de idade, não apresentar outra co-morbilidade mental ou física que justificasse problemas de desenvolvimento cognitivo e/ou limitasse a realização do protocolo de avaliação e ter acompanhamento nos serviços de Cardiologia e Cardiologia Pediátrica no Hospital de São João.

5.2. Instrumentos de Avaliação

No decorrer desta investigação, a avaliação apresentou cinco pontos distintos, sendo estas o ajustamento psicossocial, a avaliação neuropsicológica, a avaliação de qualidade de vida, de traços de personalidade e de morbilidade psiquiátrica. Apesar do objetivo deste estudo ser o Ajustamento Psicossocial, estes últimos quatro parâmetros foram avaliados com objetivos de estudo distintos entre si, contudo a informação recolhida através destas provas foi também utilizada nesta investigação. Os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo foram:

- **Consentimento Informado:** Inicialmente, utilizou-se um consentimento informando com a finalidade de comprovação da participação do paciente no nosso estudo.
- **Ficha de Identificação:** Com a ficha de identificação, foram recolhidos os dados pessoais de cada doente, juntamente com os aspetos mais significativos da sua história clínica,

tal como o diagnóstico, tipo de cardiopatia, registo de intervenções cirúrgicas, terapia medicamentosa, lesões residuais, entre outros.

- **Entrevista Semi-Estruturada:** Esta entrevista abordava temáticas como o apoio social, estilo de educação familiar, auto-imagem, limitações funcionais e ajustamento emocional.
- **YSR (*Young Self Report*):** É um questionário de auto-resposta sobre os problemas de comportamento para crianças entre os 11 e os 18 anos de idade. Este instrumento é composto por duas partes distintas, tendo sido utilizado apenas para este estudo a primeira parte. Esta versão inclui 119 itens e devem cotar os itens com 0 (“não é verdade”), 1 (“um pouco verdade”) ou 2 (“completamente verdade”). As áreas de avaliação do inquérito são: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão (correspondem aos comportamentos de internalização), Problemas Sociais, Alterações de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinvente e Comportamento Agressivo (correspondem aos comportamentos de externalização) (Fonseca & Monteiro, 1999).
- **ASR (*Adult Self Report*):** É um questionário de auto-resposta como o YSR, sendo que o ASR é aplicado a pessoas com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos de idade é composto por 126 itens no total. Cada item possui três opções de resposta em escala Likert de três pontos que varia de um “não é verdadeira” dois “muito verdadeira ou frequentemente verdadeira”. As áreas de avaliação do inquérito são: ansiedade e depressão, isolamento e depressão, queixas somáticas (correspondem aos comportamentos de internalização); problemas de pensamento; problemas de atenção; comportamento agressivo e comportamento desviante (correspondem aos comportamentos de externalização); comportamentos intrusivos (Achenbach & Rescorla, 2003).
- **CBCL (*Child Behavior Checklist*):** É um questionário preenchido pelos pais ou cuidadores da criança e/ou adolescente entre os 6 e os 18 anos de idade sobre o seu funcionamento e comportamento (Achenbach & Rescorla, 2003). É composta por 120 itens relativos a diversos problemas do comportamento registado numa escala de avaliação de *Lickert*. A escala é constituída por três pontos, 2 – “Frequentemente verdadeiro”, 0 – “Não é verdadeiro” e 1 – “Algumas vezes verdadeiro”. As áreas de avaliação do inquérito são: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão

(correspondem aos comportamentos de internalização), Problemas Sociais, Alterações de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo (correspondem aos comportamentos de externalização) (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994).

- **ABCL (*Adult Behavior Checklist*):** é preenchido pelos pais ou conjugue do adulto entre os 18 e os 59 anos de idade. O instrumento é composto por 126 itens que avaliam diferentes áreas: Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas somáticas (correspondem aos comportamentos de internalização), Problemas de atenção, Alterações de pensamento, Comportamento desviante e Comportamento agressivo e intrusivo (correspondem aos comportamentos de externalização) (Achenbach & Rescorla, 2003).
- **Qualidade de vida / *World Health Organization Quality of Life – brief version (WHOQOL – BREV)*:** Este é um questionário de avaliação subjetiva da qualidade de vida composto por 26 questões, com resposta do tipo *Likert*, organizado em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, e um indicador global denominado Qualidade de Vida Geral (Canavarro M, Simões A, Vaz Serra A, Pereira M, Rijo D, Quartilho M, *et al.*, 2007).
- **SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Lifetime Version*):** Tem como objetivo traçar um diagnóstico clínico de perturbações psiquiátricas. Esta, permite fazer um relato dos episódios de doença a nível retrospectivo, isto é, abordando toda a vida do doente (Leboyer *et al.*, 1991).
- **NEO *Five-Factor Inventory* (NEO-FFI - versão reduzida):** É um questionário preenchido com 60 perguntas. Este teste está dividido em cinco domínios, sendo eles: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Amabilidade e Responsabilidade, com o intuito de avaliar a personalidade do paciente (Costa & McCrae, 1992).
- **Código:** Esta prova avalia o desempenho psicomotor, velocidade de execução e organização perceptiva (Simões, 2002; Kamphaus, 2005). A prova é constituída por um conjunto de símbolos que estão associados a números, impressos numa folha de papel. É solicitado ao sujeito que copie, por baixo de cada número, o símbolo correspondente. A pontuação é determinada pelo número de símbolos corretamente reproduzidos no tempo limite de 120 segundos (Wechsler, 2003).
- **Memória de Dígitos (MD):** Esta prova é constituída por duas tarefas, que podem ser administradas independentemente uma da outra, Dígitos em Ordem Direta (MDD) e

Dígitos em Ordem Inversa (MDI), e permite avaliar a atenção auditivo-verbal e a memória de trabalho, respetivamente (Lezak, 1995; Simões, 2002). Ambas as tarefas são constituídas por sequências de números, que são lidas em voz alta pelo examinador e que posteriormente é solicitado ao sujeito que repita a sequência pela mesma ordem que lhe foi apresentada (dígitos diretos) ou pela ordem inversa (dígitos na ordem inversa). Cada item é composto por dois ensaios, sendo atribuído um ponto, se o sujeito repetir corretamente uma das sequências do mesmo item, dois pontos se repetir corretamente duas sequências do mesmo item e zero pontos se falhar em ambas as sequências. A pontuação final corresponde á soma dos pontos obtidos em cada ensaio (Wechsler, 2003).

- **Figura Complexa de Rey (FCR):** Este instrumento é constituído por duas tarefas, a cópia (FCRC) e a reprodução por memória (FCRM) de um desenho geométrico complexo. A cópia do desenho permite avaliar a atividade perceptiva e a reprodução por memória permite avaliar a memória visual (Spreen & Strauss, 1998; Maia, Correia & Leite, 2009). O instrumento consiste num desenho geométrico complexo, o qual é solicitado ao sujeito que o copie e após três minutos, é novamente solicitado que o reproduza de memória. A pontuação é atribuída de acordo com a riqueza e exatidão da cópia e reprodução por memória, bem como os respetivos tempos (Rey, 2002).
- **Procura da Chave (Pro.Chave):** Esta prova permite avaliar a conceção de estratégias de ação orientadas para a resolução de um problema prático (Barbosa & Monteiro, 2008). É solicitado ao sujeito para imaginar que perdeu as chaves num campo, representado por um quadrado numa folha de papel, e que demonstre como a procuraria, através de um trajeto desenhado. A estratégia de ação é avaliada e cotada de acordo com a funcionalidade e a probabilidade de sucesso (Wilson, Alderman, Burgees, Emslie & Evans, 1996).
- **Stroop – Teste de Cores e Palavras:** O Stroop permite avaliar a atenção seletiva (Spreen & Strauss, 1998). É constituído por três lâminas, cada uma com 100 elementos, dispostos em cinco colunas de 20 elementos. A primeira prova (lâmina 1 – Stroop C) consiste na leitura das palavras “vermelho”, “verde” e “azul” impressas em tinta preta, apresentadas em sequência aleatória. Na segunda prova (lâmina 2 – Stroop P) o sujeito tem de nomear a cor de conjuntos de “XXX” impressos a vermelho, verde ou azul. A terceira prova (lâmina 3 – Stroop PC) consiste na lâmina de interferência, a qual o

sujeito tem de nomear a cor das palavras “vermelho”, “verde” e “azul” impressas a uma cor não correspondente à palavra escrita. Em todas as lâminas o sujeito tem um tempo limite de 45 segundos e a pontuação corresponde ao número de itens que o sujeito referiu nesse tempo (Golden, 1994).

- **Trail Making Test (TMT):** A prova *Trail Making Test* é constituída por duas partes, A e B. A parte A (TMTA) é representada por uma folha de papel, onde estão dispostos aleatoriamente, um conjunto de círculos numerados de 1 a 25 (1-2-3-4-...), os quais o sujeito tem de unir, de forma sequencial e por ordem crescente. Esta tarefa permite avaliar a capacidade de orientação visuo-espacial e a velocidade psicomotora (Lezak, 1995). A parte B (TMTB) consiste num conjunto de números e letras, distribuídos numa folha de papel, os quais o sujeito deve unir por ordem crescente, de forma a alternar número e letra. Esta tarefa permite avaliar os processos atencionais, memória de trabalho e o funcionamento executivo, nomeadamente, planeamento, inibição e flexibilidade cognitiva (Demakis, 2004; Cangoz, Karakoc, Selekler, 2009). A pontuação das duas partes é efetuada de acordo com o tempo despendido na sua realização. (Spren & Strauss, 1998; Periañez *et al.*, 2007).
- **Memória Lógica (ML):** A tarefa consiste na leitura de uma história, pelo examinador, sendo posteriormente pedido ao sujeito que enumere o maior número de itens que se recordar. A pontuação é efetuada de acordo com a precisão em que o sujeito é capaz de repetir a história, sendo atribuído um ponto por cada unidade da história corretamente evocada e zero pontos por cada unidade omitida ou incorretamente evocada. Esta prova tem como objetivo avaliar a memória imediata verbal (Wechsler, 2008).

5.3. Procedimento

A investigação decorreu sobre a prévia aprovação de ética do Centro Hospitalar de São João do Porto. Foi através da colaboração com os serviços que foram recolhidos os participantes da investigação. A informação era recolhida num momento único e nas salas de espera dos serviços de Cardiologia e Cardiologia Pediátrica.

O protocolo de provas era aplicado antes ou após a consulta clínica conforme a disponibilidade do participante. Foi apresentado, aos participantes maiores de idade e aos

pais de participantes menores de idade, um consentimento informado a autorizar a utilização dos dados para investigação.

5.4. Desenho

O desenho deste estudo é transversal, uma vez que a avaliação foi realizada apenas num único momento. Para a recolha do historial médico dos doentes do grupo clínico foi fundamental a colaboração da equipa administrativa dos serviços de Cardiologia e Cardiologia Pediátrica, pois possibilitou o acesso ao arquivo dos processos clínicos dos mesmos.

5.5. Análise Estatística

Com o intuito de efetuar a análise estatística dos dados previamente recolhidos, recorreu-se ao programa informático IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) *Statistic*, versão 23.

Em primeiro lugar, no sentido de caracterizar a amostra procedeu-se a um estudo de carácter descritivo, com a análise das frequências e medidas de tendência central (média e desvio padrão). Para tal, foram consideradas variáveis demográficas (idade, género, anos de escolaridade, entre outros) e clínicas (gravidade do diagnóstico, tipo de cardiopatia, limitações físicas, entre outras), dos participantes em questão.

Em seguida, realizou-se a comparação dos resultados, utilizando o teste não paramétrico *U de Mann-Whitney*. Utilizou-se também as correlações de *Spearman* entre os domínios do NEO-FFI, qualidade de vida, morbilidade psiquiátrica, dados neonatais, variáveis clínicas e demográficas e as dimensões do ajustamento psicossocial de autorrelato e relato dos cuidadores.

Por último, utilizou-se uma regressão linear, com o modelo *stepwise*.

6. Apresentação dos Resultados

Neste ponto serão apresentados os resultados conseguidos através dos vários instrumentos de avaliação utilizados. As tabelas encontram-se no Anexo I.

6.1. Resultados da Caracterização dos Participantes

As tabelas 1, 2, 3, 4, 5 e 6 mostram os resultados relativos à caracterização da amostra: variáveis demográficas, clínicas, psicopatologia de dados neonatais. As tabelas encontram-se no Anexo I.

Características das variáveis demográficas (idade, género e anos de escolaridade) da amostra

Na tabela 1 estão caracterizadas as variáveis demográficas da amostra (idade, género e anos de escolaridade). Verifica-se que o grupo experimental foi composto por 335 participantes com CC, aonde 187 eram do género masculino e 148 do género feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 30 anos (16.36 ± 3.124). A média de anos de escolaridade completos é de 9.61 ± 2.131 .

O grupo de controlo foi composto por 80 participantes saudáveis dos quais, 35 do género masculino e 45 do género feminino, com uma média de idades de $16,76 \pm 2,22$ e uma média de anos de escolaridade de $10,12 \pm 2,32$.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas variáveis demográficas (idade ($p=0,184$), sexo ($\chi^2=3,782$; $p=0,052$), anos de escolaridade ($p=0,060$)).

Caraterização do grupo experimental de acordo com as variáveis demográficas

A tabela 2 caracteriza o grupo experimental de acordo com as variáveis demográficas.

Este é composto por 335 participantes com CC, 187 do sexo masculino e 148 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 30 anos.

Relativamente ao estado civil, 329 eram solteiros, 3 casados, 2 em união de facto e 1 divorciado. Em relação ao nível de escolaridade, 20 tinham o 1º ciclo, 36 o 2º ciclo, 141 o 3º ciclo, 146 o ensino secundário, 11 a licenciatura e 1 o bacharelato. Quanto à profissão de cada participante, 306 são estudantes, 23 trabalham a tempo total ou parcial e 6 estão no desemprego.

Dos 335 participantes, 132 reprovaram ao longo do seu percurso escolar e 176 nunca reprovaram (0.67 ± 0.949).

Caraterização do grupo experimental de acordo com as variáveis clínicas

Na tabela 3 está a caraterização do grupo experimental de acordo com as variáveis clínicas.

No que diz respeito às variáveis clínicas, 116 participantes tinham uma CC Cianótica e 219 apresentavam uma CC Acianótica. Em relação à gravidade de diagnóstico, 88 sofrem de uma CC complexa ou grave e 247 uma CC moderada ou leve. Dos participantes do estudo, 248 apresentam lesões residuais leves, enquanto 56 possuem lesões residuais graves ou moderadas. Relativamente às limitações físicas, 75 apresentam uma competência física limitada e 103 não tinham limitações físicas. A idade de diagnóstico dos participantes do estudo com CC ocorreu essencialmente a 179 no período neonatal, 82 dos casos descobriram no primeiro ano de vida, entre o primeiro ano e o terceiro descobriram 17 participantes, 17 descobriram entre os três e os seis anos, 24 descobriram entre os seis e doze anos e 15 entre os doze e os dezoito anos.

Em relação à primeira intervenção cirúrgica, 80 dos participantes realizaram no período neonatal, 9 entre o primeiro até ao segundo ano de vida, 40 entre terceiro e o quinto ano de vida, 19 do sexto ao décimo ano de vida e 22 do décimo primeiro até ao décimo nono ano de vida. Quanto a terapia farmacológica, 104 fazem e 219 não fazem e quanto ao número de intervenções cirúrgicas, 123 pacientes nunca fizeram, 132 fizeram uma e 80 fizeram duas ou mais.

Relativamente ao tipo de Cardiopatias presentes nos participantes do estudo, verificou-se que 7 tinham Tetralogia de *Fallot* (TF), 33 Defeito do Septo Interauricular (CIA), 1 Estenose Mitral (EM), 36 Transposição dos Grandes Vasos (TGV), 2 Defeito do Coxim Endocárdico (DCE), 2 Anomalia de *Ebstein* (AE), 88 Defeito do Septo Interventricular (CIV), 25 Coartação da Aorta (CoA), 1 Atresia Tricúspide (AT), 3 Ventrículo Único (VU), 3 Atresia da Válvula Pulmonar (AVP), 5 Válvula Aórtica Bicúspide (VAB), 22 Estenose aórtica (EA), 2 Insuficiência da Válvula Aórtica (IVA), 3 Insuficiência da Válvula Mitral (IVM), 5 Prolapso da Válvula Mitral (PVM), 3 Persistência do Canal Arterial (PCA), 2 Válvula Pulmonar Displásica (VPD), 24 Estenose Pulmonar (EP), 3 Cardiomiopatia (CardioM) e 1 Retorno Venoso Anómalo (RVA).

Caraterização do grupo experimental de acordo com a psicopatologia

Na tabela 4 encontra-se a caracterização do grupo experimental de acordo com a psicopatologia.

Relativamente à presença de psicopatologia, conclui-se que 57 dos participantes (18,4% do total dos participantes) revelaram pelo menos um tipo de psicopatologia durante a sua vida, distribuindo-se estes indivíduos por Síndrome Depressivo *Minor* (N = 6), Síndrome Depressivo *Major* (N = 20), Perturbação de Pânico (N= 8), Perturbação de Ansiedade Generalizada (N= 14), Personalidade Ciclotímica (N= 4), Síndrome Maníaco (N = 3), Síndrome Depressivo Major tipo Esquizoafetivo (N = 1) e Desordem Fóbica (N = 1). Em relação ao género, as mulheres revelam mais psicopatologia (N = 33) quando comparados com os homens (N = 24), sendo estas diferenças estatisticamente significativas, ou seja, as mulheres (24,1%) apresentam valor de psicopatologia mais elevado comparativamente com os homens (13,9%) ($\chi^2= 5,316$; $p = 0,021$).

Caraterização do grupo experimental de acordo com as variáveis neonatais

Na tabela 5 verificamos a caracterização do grupo de pacientes de acordo com as variáveis neonatais. Assim, relativamente ao perímetro cefálico, 44 pacientes encontram-se dentro da norma e 27 fora. No Índice Apgar 1, 128 encontram-se dentro da norma e 42 fora da norma e relativamente ao Apgar 2, 162 estão dentro da norma e 8 fora da norma. Em relação ao peso, 26 encontram-se abaixo, 153 estão dentro dos parâmetros e 6 acima da norma. Quanto ao comprimento, 146 estão dentro da norma e 34 fora da norma.

6.2. Resultados do Ajustamento psicossocial

Serão apresentados os resultados do ajustamento psicossocial, segundo os instrumentos que se utilizaram. Primeiramente estarão descritos os resultados do auto-relato (da tabela 6 à 27) e seguidamente os resultados do relato dos cuidadores (da tabela 28 à 53). As tabelas encontram-se no Anexo I.

- **Auto-Relato (YSR e ASR)**

Diferenças entre género relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 6 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o auto-relato, em função do género.

Sendo que, no YSR verifica-se que o sexo feminino apresenta um maior isolamento ($m=130,23$; $p=0,002$), um maior índice de ansiedade e depressão ($m=126,66$; $p=0,024$), mais alterações de pensamento ($m=125,74$; $p=0,034$) e um índice superior de internalização ($m=130,36$; $p=0,004$) e externalização ($m=130,36$; $p=0,004$).

No ASR verifica-se que o sexo feminino apresenta um maior comportamento agressivo ($m=45,46$; $p=0,003$) e um índice superior de internalização ($m=45,09$; $p=0,005$).

Diferenças no grupo de doentes relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial segundo de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

Segundo o YSR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com uma cardiopatia cianótica e os pacientes com uma cardiopatia acianótica.

Quanto ao ASR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com uma cardiopatia cianótica e os pacientes com uma cardiopatia acianótica.

Diferenças da gravidade relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste de *U de Mann-Whitney*

A tabela 7 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o auto-relato, em função da gravidade da cardiopatia dos pacientes.

Em relação a gravidade da cardiopatia, segundo o YSR verificou-se que os pacientes com uma cardiopatia complexa/grave apresentam um maior isolamento ($m=138,32$; $p=0,003$) comparativamente com os pacientes com uma cardiopatia moderada/leve.

Quanto ao ASR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com uma cardiopatia complexa/grave e os pacientes com uma cardiopatia moderada/leve.

Diferenças entre pacientes com ou sem intervenção cirúrgica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

Em relação as intervenções cirúrgicas, segundo o YSR, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com ou sem intervenções cirúrgicas.

No ASR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com ou sem intervenções cirúrgicas.

Diferenças entre o número de intervenções cirúrgicas nas dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 8 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o auto-relato, em função do número de intervenções cirúrgicas dos pacientes.

Em relação ao número de intervenções cirúrgicas, segundo o YSR verificou-se que os pacientes com ≥ 2 intervenções cirúrgicas apresentam maior isolamento ($m=133,99$; $p=0,010$), mais problemas sociais ($m=134,65$; $p=0,009$), um maior comportamento delinquente ($m=136,06$; $p=0,006$) e um maior nível de externalização ($m=132,73$; $p=0,024$) comparativamente com os pacientes com < 2 intervenções cirúrgicas.

Quanto ao ASR, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com ≥ 2 intervenções cirúrgicas e os pacientes com < 2 intervenções cirúrgicas.

Diferenças entre a gravidade das lesões residuais relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

Em relação a gravidade das lesões residuais, segundo o YSR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes que os pacientes com lesões residuais graves/moderadas e os pacientes com lesões residuais leves.

Quanto ao ASR, também, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes entre os pacientes com lesões residuais graves/moderadas e os pacientes com lesões residuais leves.

Diferenças entre competência física limitada e satisfatória relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 9 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o auto-relato, em função da competência física dos pacientes.

Em relação a competência física, segundo o YSR verificou-se que os pacientes com competência física limitada apresentam mais queixas somáticas ($m=85,52$; $p=0,025$) comparativamente com os pacientes com competência física satisfatória.

Quanto ao ASR verificou-se se que os pacientes com competência física limitada apresentam um maior comportamento intrusivo ($m=14,54$; $p=0,037$), mais problemas de atenção ($m=14,58$; $p=0,035$) e um maior nível de externalização ($m=15,00$; $p=0,015$) comparativamente com os pacientes com competência física satisfatória.

Diferenças no percurso escolar relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 10 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o auto-relato, em função do percurso escolar dos pacientes.

Em relação ao percurso escolar, segundo o YSR verificou-se que os pacientes com um percurso escolar insatisfatório apresentam um maior comportamento agressivo ($m=125,89$; $p=0,025$) e um maior nível de externalização ($m=125,19$; $p=0,048$) comparativamente com os pacientes com um percurso escolar satisfatório.

Quanto ao ASR verificou-se se que os pacientes com um percurso escolar insatisfatório apresentam um maior nível de externalização ($m=44,14$; $p=0,006$) comparativamente com os pacientes com um percurso escolar satisfatório.

Diferenças em relação aos grupos etários relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

Em relação aos grupos etários, segundo o YSR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com idades entre os 12 e os 18 e os pacientes com idades entre os 19 e os 30.

Quanto ao ASR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com idades entre os 12 e os 18 e os pacientes com idades entre os 19 e os 30.

Diferenças entre em relação à terapia farmacológica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

Em relação à terapia farmacológica, segundo o YSR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com terapia farmacológica e os pacientes sem terapia farmacológica.

Quanto ao ASR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com terapia farmacológica e os pacientes sem terapia farmacológica.

Diferenças do suporte social relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 11 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o auto-relato, em função do suporte social dos pacientes.

Em relação ao suporte social, segundo o YSR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com pior suporte social e os pacientes com melhor suporte social.

Quanto ao ASR verificou-se que os pacientes com pior suporte social apresentam mais problemas de atenção ($m=16,92$; $p=0,036$) comparativamente com os pacientes com melhor suporte social.

Diferenças em relação aos internamentos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 12 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o auto-relato, em função dos internamentos.

No YSR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com internamentos e os pacientes sem internamentos.

Segundo o ASR verificou-se que os pacientes com internamentos apresentam um maior comportamento intrusivo ($m=48,23$; $p=0,008$) comparativamente com os pacientes sem internamentos. E os pacientes sem internamentos apresentam um maior nível de externalização ($m=43,58$; $p=0,001$) comparativamente com os pacientes com internamentos.

Diferenças em relação aos cuidados intensivos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 13 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o auto-relato, em função dos cuidados intensivos.

Em relação aos cuidados intensivos, quanto ao YSR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com cuidados intensivos e os pacientes sem cuidados intensivos.

Segundo o ASR verificou-se que os pacientes sem cuidados intensivos apresentam um maior comportamento intrusivo ($m=49,14$; $p=0,011$) e um maior nível de externalização ($m=42,13$; $p=0,003$) comparativamente com os pacientes com cuidados intensivos.

Diferenças entre os estilos educativos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

Em relação aos estilos educativos, quanto ao YSR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com um estilo educativo super-protetor ou protetor e os pacientes com um estilo educativo permissivo e/ou autoritário.

Segundo o ASR, também, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com um estilo educativo super-protetor ou protetor e os pacientes com um estilo educativo permissivo e/ou autoritário.

Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato (YSR), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 14 encontram-se os resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o autorrelato dos pacientes (YSR).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: neuroticismo com o domínio isolamento ($r=0,266$; $p=0,000$), ansiedade/depressão ($r=0,296$; $p=0,000$), problemas de atenção ($r=0,194$; $p=0,010$) e internalização ($r=0,255$; $p=0,001$); extroversão com o domínio ansiedade/depressão ($r=0,219$; $p=0,003$), alterações de pensamento ($r=0,224$; $p=0,003$) e comportamento agressivo ($r=0,221$; $p=0,003$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: neuroticismo com o domínio problemas sociais ($r=0,179$; $p=0,017$) e comportamento agressivo ($r=0,162$; $p=0,031$); extroversão com o domínio problemas de atenção ($r=0,185$; $p=0,014$) e externalização ($r=0,185$; $p=0,014$); abertura à experiência com o domínio ansiedade/depressão ($r=0,171$; $p=0,023$); responsabilidade com o domínio ansiedade/depressão ($r=0,169$; $p=0,025$).

Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato (ASR), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 15 encontram-se os resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o autorrelato dos pacientes (ASR).

As correlações estatisticamente significativas com menos força são: neuroticismo com os domínios ansiedade/depressão ($r=0,445$; $p=0,011$) e isolamento ($r=0,400$; $p=0,026$); extroversão com o domínio isolamento ($r=-0,452$; $p=0,011$); responsabilidade com o domínio queixas somáticas ($r=-0,358$; $p=0,048$).

Resultados entre a morbilidade psiquiátrica com as dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato (YSR e ASR), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 16 encontram-se os resultados entre a morbilidade psiquiátrica com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o autorrelato dos pacientes (YSR e ASR).

No YSR, as correlações estatisticamente significativas com a maior força são: morbilidade psiquiátrica com o domínio queixas somáticas ($r=0,251$; $p=0,000$), ansiedade/depressão ($r=0,257$; $p=0,000$), problemas sociais ($r=0,175$; $p=0,008$), alterações de pensamento ($r=0,234$; $p=0,000$), problemas de atenção ($r=0,229$; $p=0,000$), comportamento agressivo ($r=0,215$; $p=0,0001$), internalização ($r=0,281$; $p=0,000$) e externalização ($r=0,219$; $p=0,001$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: morbilidade psiquiátrica com o domínio isolamento ($r=0,147$; $p=0,028$).

No ASR, as correlações estatisticamente significativas com menos força são: morbilidade psiquiátrica com internalização ($r=0,244$; $p=0,035$).

Resultados entre a qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (YSR), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 17 encontram-se os resultados entre os domínios da qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o auto-relato (YSR).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: domínio geral com o domínio isolamento ($r_1=-0,240$; $p=0,000$), queixas somáticas ($r_1=-0,254$; $p=0,000$), ansiedade/depressão ($r_1=-0,205$; $p=0,002$), problemas de atenção ($r_1=-0,257$; $p=0,000$), comportamento delinquente ($r_1=-0,232$; $p=0,001$), internalização ($r_1=-0,302$; $p=0,000$) e externalização ($r_1=-0,259$; $p=0,000$); domínio físico com o domínio isolamento ($r_1=-0,293$; $p=0,000$), problemas sociais ($r_1=-0,289$; $p=0,000$), problemas de atenção ($r_1=-0,250$; $p=0,000$) e internalização ($r_1=-0,221$; $p=0,000$); domínio psicológico com o domínio isolamento ($r_1=-0,267$; $p=0,000$), queixas somáticas ($r_1=-0,198$; $p=0,003$), ansiedade/depressão ($r_1=-0,265$; $p=0,000$), problemas sociais ($r_1=-0,334$; $p=0,000$), alterações de pensamento ($r_1=-0,245$; $p=0,000$), problemas de atenção ($r_1=-0,323$; $p=0,000$), comportamento agressivo ($r_1=-0,188$; $p=0,005$) e internalização ($r_1=-0,328$; $p=0,000$); domínio relações sociais com o domínio queixas somáticas ($r_1=-0,204$; $p=0,002$), ansiedade/depressão ($r_1=-0,230$; $p=0,001$), problemas de atenção ($r_1=-0,262$; $p=0,000$) e internalização ($r_1=-0,306$; $p=0,000$); domínio meio ambiente com o domínio isolamento ($r_1=-0,178$; $p=0,008$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: domínio geral com o domínio problemas sociais ($r_1=-0,170$; $p=0,012$) e comportamento agressivo ($r_1=-0,236$; $p=0,000$); domínio físico com o domínio ansiedade/depressão ($r_1=-0,158$; $p=0,019$) e comportamento delinquente ($r_1=-0,136$; $p=0,044$); domínio psicológico com o domínio externalização ($r_1=-0,152$; $p=0,024$); domínio relações sociais com o domínio isolamento ($r_1=-0,143$; $p=0,035$), problemas sociais ($r_1=-0,134$; $p=0,048$), comportamento delinquente ($r_1=-0,156$; $p=0,021$), comportamento agressivo ($r_1=-0,192$; $p=0,004$) e externalização ($r_1=-0,177$; $p=0,008$); domínio meio ambiente com o domínio internalização ($r_1=-0,136$; $p=0,043$).

Resultados entre a qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (ASR), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 18 encontram-se os resultados entre os domínios da qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o auto-relato (ASR).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: domínio geral com o domínio isolamento ($r1=-0,305$; $p=0,008$); domínio físico com o domínio isolamento ($r1=-0,350$; $p=0,002$); domínio psicológico com o domínio ansiedade/depressão ($r1=-0,348$; $p=0,002$), alterações de pensamento ($r1=-0,325$; $p=0,004$), queixas somáticas ($r1=-0,346$; $p=0,002$); domínio relações sociais com o domínio isolamento ($r1=-0,314$; $p=0,006$); domínio meio ambiente com o domínio ansiedade/depressão ($r1=-0,422$; $p=0,000$), alterações de pensamento ($r1=-0,370$; $p=0,001$), comportamento agressivo ($r1=-0,336$; $p=0,003$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: domínio psicológico com o domínio isolamento ($r1=-0,262$; $p=0,023$) e comportamento agressivo ($r1=-0,295$; $p=0,010$); domínio relações sociais com o domínio ansiedade/depressão ($r1=-0,291$; $p=0,011$), alterações de pensamento ($r1=-0,285$; $p=0,013$) e comportamento agressivo ($r1=-0,264$; $p=0,022$); domínio meio ambiente com o domínio queixas somáticas ($r1=-0,272$; $p=0,018$), problemas de atenção ($r1=-0,234$; $p=0,043$) e externalização ($r1=-0,282$; $p=0,014$).

Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (YSR), segundo a Correlação de Spearman

Na tabela 19 encontram-se os resultados entre os testes neuropsicológicos com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o auto-relato (YSR).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: MDD com os domínios problemas sociais ($r1=-0,205$; $p=0,009$), alterações de pensamento ($r1=-0,259$; $p=0,001$) e comportamento agressivo ($r1=-0,207$; $p=0,008$); MDI com os domínios problemas sociais ($r1=-0,208$; $p=0,008$), alterações de pensamento ($r1=-0,294$; $p=0,000$), problemas de atenção ($r1=-0,290$; $p=0,000$), comportamento delinquentes ($r1=-0,288$; $p=0,000$), comportamento agressivo ($r1=-0,295$; $p=0,000$) e externalização ($r1=-0,315$; $p=0,000$); FCRC com os domínios comportamento agressivo ($r1=-0,205$; $p=0,007$) e externalização ($r1=-0,225$; $p=0,003$); FCRM com os domínios comportamento agressivo ($r1=-0,207$; $p=0,006$) e externalização ($r1=-0,202$; $p=0,008$); código com o domínio

problemas sociais ($r_1=-0,205$; $p=0,008$); TMT B com o domínio problemas sociais ($r_1=0,203$; $p=0,008$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: MDD com os domínios problemas de atenção ($r_1=-0,164$; $p=0,037$) e externalização ($r_1=-0,177$; $p=0,023$); MDI com o domínio isolamento ($r_1=-0,172$; $p=0,029$); FCRC com os domínios ansiedade/depressão ($r_1=-0,168$; $p=0,028$) e comportamento delinquente ($r_1=-0,166$; $p=0,030$); Stroop PC com problemas sociais ($r_1=-0,171$; $p=0,024$) e problemas de atenção ($r_1=-0,151$; $p=0,048$); TMT A com o domínio problemas sociais ($r_1=0,188$; $p=0,014$); TMT B com os domínios alterações de pensamento ($r_1=0,186$; $p=0,015$) e comportamento agressivo ($r_1=0,155$; $p=0,043$); ML com os domínios queixas somáticas ($r_1=-0,177$; $p=0,024$) e internalização ($r_1=-0,160$; $p=0,041$).

Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (ASR), segundo a Correlação de *Spearman*

Na tabela 20 encontram-se os resultados entre os testes neuropsicológicos com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o auto-relato (ASR).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: ML com o domínio internalização ($r_1=-0,532$; $p=0,002$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: MDI com os domínios alterações de pensamento ($r_1=-0,370$; $p=0,044$) e internalização ($r_1=-0,387$; $p=0,035$); código com o domínio internalização ($r_1=-0,376$; $p=0,040$); Stroop PC com o domínio internalização ($r_1=-0,445$; $p=0,014$); ML com os domínios isolamento ($r_1=-0,441$; $p=0,015$), alterações de pensamento ($r_1=-0,408$; $p=0,025$), comportamento agressivo ($r_1=-0,439$; $p=0,015$) e comportamento desviante ($r_1=-0,364$; $p=0,048$).

Resultados entre as variáveis neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato, segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 21 encontram-se os resultados entre variáveis neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o auto-relato (YSR).

As correlações estatisticamente significativas com menos força são: perímetro cefálico com o domínio comportamento delinquente ($r=0,193$; $p=0,031$); apgar 2 com o domínio problemas de atenção ($r=0,195$; $p=0,028$).

No ASR não existem correlações significativas entre variáveis neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial.

Resultados entre variáveis demográficas e clínicas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (YSR), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 22 encontram-se os resultados entre variáveis demográficas e clínicas com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o auto-relato (YSR).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: idade com o domínio comportamento delinquente ($r=0,216$; $p=0,001$); anos de escolaridade com o domínio comportamento delinquente ($r=0,214$; $p=0,001$); nº de reprovações com o domínio alterações de pensamento ($r=0,207$; $p=0,002$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: nº de suporte social com o domínio problemas de atenção ($r=-0,194$; $p=0,018$); nº de intervenções cirúrgicas social com o domínio isolamento ($r=0,151$; $p=0,022$) e problemas sociais ($r=0,147$; $p=0,026$); nº de reprovações com o domínio problemas sociais ($r=0,167$; $p=0,011$), problemas de atenção ($r=0,157$; $p=0,017$), comportamento delinquente ($r=0,167$; $p=0,012$), comportamento agressivo ($r=0,150$; $p=0,024$) e externalização ($r=0,154$; $p=0,020$).

Resultados entre variáveis demográficas e clínicas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (ASR), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 23 encontram-se os resultados entre variáveis demográficas e clínicas com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o auto-relato (ASR).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: nº de reprovações com o domínio ansiedade/depressão ($r=0,360$; $p=0,001$), internalização ($r=0,363$; $p=0,001$) e externalização ($r=0,345$; $p=0,002$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: idade com o domínio comportamento desviante ($r=-0,255$; $p=0,028$); nº de suporte social com o domínio comportamento agressivo ($r=-0,482$; $p=0,020$); nº de reprovações com o domínio

isolamento ($r=0,284$; $p=0,013$), alterações de pensamento ($r=0,285$; $p=0,013$) e comportamento agressivo ($r=0,247$; $p=0,032$).

Preditores do Ajustamento Psicossocial

Realizou-se uma regressão linear, com o ajustamento psicossocial (auto-relato) como variável dependente e as variáveis idade, género, intervenções cirúrgicas, competência física, internamentos, terapêutica farmacêutica, cuidados intensivos, suporte social, traços de personalidade, imagem corporal, estilo educacional e diagnóstico psiquiátrico como variáveis independentes.

O método de escolha de regressão linear foi o *stepwise*.

Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - YSR) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Segundo os resultados da tabela 24, ao nível da internalização do auto-relato (YSR int.), as variáveis ter um diagnóstico psiquiátrico ($p=0,000$) e ter como traço da personalidade neuroticismo ($p=0,000$) mostram-se como preditores de um mau ajustamento psicossocial.

Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - YSR) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Segundo os resultados da tabela 25, ao nível da externalização do auto-relato (YSR ext.), as variáveis ter um percurso escolar insatisfatório ($p=0,007$), ter um diagnóstico psiquiátrico ($p=0,013$), ter como traço da personalidade extroversão ($p=0,003$) e responsabilidade ($p=0,039$) mostram-se como preditores de um mau ajustamento psicossocial.

Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - ASR) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Segundo os resultados da tabela 26, ao nível da internalização do auto-relato (ASR int.), a variável ter um percurso escolar insatisfatório ($p=0,003$) mostra-se como preditor de um mau ajustamento psicossocial.

Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - ASR) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Segundo os resultados da tabela 27, ao nível da externalização do auto-relato (ASR ext.), a variável ter entre 19-30 anos ($p=0,003$) mostra-se como preditor de um mau ajustamento psicossocial.

- **Relato dos Cuidadores (CBCL e ABCL)**

Diferenças entre género relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 28 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o relato dos cuidadores, em função do género.

No CBCL, em relação ao género, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os géneros.

No ABCL verificou-se que o sexo feminino apresenta um maior comportamento agressivo ($m=40,89$; $p=0,007$) e mais problemas de atenção ($m=40,25$; $p=0,022$).

Diferenças no grupo de doentes relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

Segundo o CBCL não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com uma cardiopatia cianótica e os pacientes com uma cardiopatia acianótica.

Quanto ao ABCL não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com uma cardiopatia cianótica e os pacientes com uma cardiopatia acianótica.

Diferenças da gravidade relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

Em relação a gravidade da cardiopatia, segundo o CBCL não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com uma cardiopatia complexa/grave e os pacientes com uma cardiopatia moderada/leve.

Quanto ao ABCL não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com uma cardiopatia complexa/grave e os pacientes com uma cardiopatia moderada/leve.

Diferenças entre pacientes com ou sem intervenção cirúrgica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 29 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o relato dos cuidadores, em função dos pacientes terem ou não intervenções cirúrgicas.

Em relação as intervenções cirúrgicas, segundo o CBCL, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com ou sem intervenções cirúrgicas.

No ABCL, em relação as intervenções cirúrgicas, verificou-se que os pacientes com intervenções cirúrgicas apresentam um maior comportamento intrusivo ($m=37,76$; $p=0,022$) comparativamente com os pacientes sem intervenções cirúrgicas.

Diferenças entre o número de intervenções cirúrgicas nas dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 30 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o relato dos cuidadores, em função do número de intervenções cirúrgicas dos pacientes.

Em relação ao número de intervenções cirúrgicas, segundo o CBCL verificou-se que os pacientes com ≥ 2 intervenções cirúrgicas apresentam um maior isolamento ($m=135,05$; $p=0,015$), mais alterações de pensamento ($m=133,81$; $p=0,015$) e um maior nível de internalização ($m=136,80$; $p=0,010$) comparativamente com os pacientes com < 2 intervenções cirúrgicas.

No ABCL, em relação ao número de intervenções cirúrgicas, verificou-se que os pacientes ≥ 2 intervenções cirúrgicas apresentam um maior comportamento intrusivo ($m=43,95$; $p=0,003$) e um maior nível de internalização ($m=40,16$; $p=0,046$).

Diferenças entre a gravidade das lesões residuais relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

Em relação a gravidade das lesões residuais, segundo o CBCL não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes que os pacientes com lesões residuais graves/moderadas e os pacientes com lesões residuais leves.

Quanto ao ABCL, também, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com lesões residuais graves/moderadas e os pacientes com lesões residuais leves.

Diferenças entre competência física limitada e satisfatória relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 31 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o relato dos cuidadores, em função da competência física dos pacientes.

Em relação a competência física, segundo o CBCL verificou-se que os pacientes com competência física limitada apresentam mais queixas somáticas ($m=91,92$; $p=0,001$) e um maior nível de internalização ($m=87,35$; $p=0,034$) comparativamente com os pacientes com competência física satisfatória.

Quanto ao ABCL verificou-se se que os pacientes com competência física limitada apresentam mais ansiedade/depressão ($m=14,75$; $p=0,038$), um maior isolamento ($m=15,00$; $p=0,025$), um maior comportamento agressivo ($m=14,83$; $p=0,035$), um maior comportamento desviante ($m=15,71$; $p=0,004$), um maior comportamento intrusivo ($m=15,08$; $p=0,020$), mais problemas de atenção ($m=15,58$; $p=0,008$), um maior nível internalização ($m=14,29$; $p=0,026$) e externalização ($m=14,54$; $p=0,016$) comparativamente com os pacientes com competência física satisfatória.

Diferenças no percurso escolar relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 32 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o relato dos cuidadores, em função do percurso escolar dos pacientes.

Em relação ao percurso escolar, segundo o CBCL verificou-se que os pacientes com um percurso escolar insatisfatório apresentam mais problemas de atenção ($m=127,63$; $p=0,024$) comparativamente com os pacientes com um percurso escolar satisfatório.

Quanto ao ABCL não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com um percurso escolar satisfatório e os pacientes com um percurso escolar insatisfatório.

Diferenças em relação aos grupos etários relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 33 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o relato dos cuidadores, em função dos grupos etários dos pacientes.

Em relação CBCL não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com idades entre os 12 e os 18 e os pacientes com idades entre os 19 e os 30.

Quanto aos grupos etários, segundo o ABCL verificou-se que os pacientes com idades entre os 19 e os 30 anos apresentam um maior nível de externalização ($m=37,00$; $p=0,045$) comparativamente com os pacientes com idades entre os 12 e os 18.

Diferenças entre em relação à terapia farmacológica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 34 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o relato dos cuidadores, em função da terapia farmacológica dos pacientes.

Em relação à terapia farmacológica, segundo o CBCL não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com terapia farmacológica e os pacientes sem terapia farmacológica.

Quanto ao ABCL verificou-se que os pacientes com terapia farmacológica apresentam um maior nível de externalização ($m=38,84$; $p=0,028$) comparativamente com os pacientes sem terapia farmacológica.

Diferenças do suporte social relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 35 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o relato dos cuidadores, em função do suporte social dos pacientes.

Em relação ao suporte social, segundo o CBCL verificou-se que os jovens adultos com pior suporte social apresentam um maior nível de internalização ($m=85,45$; $p=0,020$) comparativamente com os jovens adultos com melhor suporte social.

Quanto ao ABCL verificou-se que os jovens adultos com pior suporte social apresentam um maior comportamento desviante ($m=17,20$; $p=0,044$) comparativamente com os jovens adultos com melhor suporte social.

Diferenças em relação aos internamentos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 36 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o relato dos cuidadores, em função dos internamentos.

Quanto ao CBCL verificou-se que os pacientes com internamentos apresentam um maior comportamento delinvente ($m=128,53$; $p=0,019$) comparativamente com os pacientes sem internamentos.

Segundo o ABCL, verificou-se que os pacientes sem internamentos apresentam um maior nível de externalização ($m=39,64$; $p=0,001$) comparativamente com os pacientes com internamentos.

Diferenças em relação aos cuidados intensivos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos pacientes segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 37 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o relato dos cuidadores, em função dos cuidados intensivos.

Em relação aos cuidados intensivos, quanto ao CBCL verificou-se que os pacientes com cuidados intensivos apresentam um maior comportamento delinvente ($m=131,01$; $p=0,013$) e um maior nível de externalização ($m=130,96$; $p=0,020$) comparativamente com os pacientes sem cuidados intensivos.

Segundo o ABCL verificou-se que os pacientes com cuidados intensivos apresentam um maior nível de internalização ($m=38,67$; $p=0,003$) comparativamente com os pacientes sem cuidados intensivos.

Diferenças entre os estilos educativos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

A tabela 38 mostra-nos as diferenças no ajustamento psicossocial, de acordo com o relato dos cuidadores, em função dos estilos educativos os pacientes.

Quanto ao CBCL verificou-se que os pacientes com um estilo educativo super-protetor apresentam mais problemas sociais ($m=131,35$; $p=0,012$), mais problemas de atenção ($m=134,57$; $p=0,002$) e um maior nível de internalização ($m=129,30$; $p=0,040$) comparativamente com os pacientes com um estilo educativo permissivo e/ou autoritário.

Segundo o ABCL, também, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com um estilo educativo super-protetor ou protetor e os pacientes com um estilo educativo permissivo e/ou autoritário.

Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 39 encontram-se os resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o relato dos cuidadores (CBCL).

As correlações estatisticamente significativas com menos força são: responsabilidade com o domínio problemas sociais ($r1=-0,166$; $p=0,026$), alterações de pensamento ($r1=-0,149$; $p=0,047$) e internalização ($r1=-0,150$; $p=0,044$); amabilidade com o domínio problemas sociais ($r1=0,176$; $p=0,019$).

Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 40 encontram-se os resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o relato dos cuidadores (ABCL).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: neuroticismo com o domínio comportamento intrusivo ($r_1=0,543$; $p=0,002$) e externalização ($r_1=0,490$; $p=0,008$); responsabilidade com o domínio problemas de atenção ($r_1=-0,508$; $p=0,005$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: neuroticismo com o domínio comportamento agressivo ($r_1=0,455$; $p=0,013$) e queixas somáticas ($r_1=0,384$; $p=0,040$).

Resultados entre a morbidade psiquiátrica com as dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores (CBCL e ABCL), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 41 encontram-se os resultados entre a morbidade psiquiátrica com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o relato dos cuidadores (CBCL e ABCL).

No CBCL, as correlações estatisticamente significativas com a maior força são: morbidade psiquiátrica com o domínio queixas somáticas ($r_1=0,310$; $p=0,000$), ansiedade/depressão ($r_1=0,205$; $p=0,002$), alterações de pensamento ($r_1=0,232$; $p=0,000$) e internalização ($r_1=0,233$; $p=0,000$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: morbidade psiquiátrica com o domínio problemas sociais ($r_1=0,133$; $p=0,045$), problemas de atenção ($r_1=0,137$; $p=0,038$), comportamento agressivo ($r_1=0,139$; $p=0,035$) e externalização ($r_1=0,151$; $p=0,021$).

No ABCL, as correlações estatisticamente significativas com a maior força são: morbidade psiquiátrica com o domínio ansiedade/depressão ($r_1=0,358$; $p=0,000$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: morbidade psiquiátrica com o domínio comportamento desviante ($r_1=0,262$; $p=0,031$), queixas somáticas ($r_1=0,269$; $p=0,027$), problemas de atenção ($r_1=0,271$; $p=0,025$), internalização ($r_1=0,290$; $p=0,017$) e externalização ($r_1=0,287$; $p=0,019$).

Resultados entre a qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 42 encontram-se os resultados entre os domínios da qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o relato dos cuidadores (CBCL).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: domínio geral com o domínio problemas de atenção ($r1=-0,191$; $p=0,004$), comportamento delinquente ($r1=-0,191$; $p=0,004$), comportamento agressivo ($r1=-0,175$; $p=0,009$) e externalização ($r1=-0,188$; $p=0,005$); domínio físico com o domínio isolamento ($r1=-0,341$; $p=0,000$), ansiedade/depressão ($r1=-0,229$; $p=0,001$), problemas sociais ($r1=-0,278$; $p=0,000$), alterações de pensamento ($r1=-0,207$; $p=0,002$), problemas de atenção ($r1=-0,185$; $p=0,006$) e internalização ($r1=-0,334$; $p=0,000$); domínio psicológico com o domínio isolamento ($r1=-0,252$; $p=0,000$), problemas sociais ($r1=-0,185$; $p=0,006$), alterações de pensamento ($r1=-0,202$; $p=0,003$), problemas de atenção ($r1=-0,218$; $p=0,001$) e internalização ($r1=-0,217$; $p=0,001$); domínio meio ambiente com o domínio isolamento ($r1=-0,345$; $p=0,000$), problemas sociais ($r1=-0,224$; $p=0,001$), problemas de atenção ($r1=-0,263$; $p=0,000$), comportamento delinquente ($r1=-0,191$; $p=0,004$), comportamento agressivo ($r1=-0,180$; $p=0,007$), internalização ($r1=-0,232$; $p=0,000$) e externalização ($r1=-0,222$; $p=0,001$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: domínio geral com o domínio isolamento ($r1=-0,132$; $p=0,049$), problemas sociais ($r1=-0,154$; $p=0,022$) e internalização ($r1=-0,143$; $p=0,034$); domínio físico com o domínio comportamento delinquente ($r1=-0,172$; $p=0,010$); domínio psicológico com o domínio queixas somáticas ($r1=-0,145$; $p=0,032$), comportamento delinquente ($r1=-0,147$; $p=0,029$), comportamento agressivo ($r1=-0,143$; $p=0,034$) e externalização ($r1=-0,160$; $p=0,017$); domínio relações sociais com o domínio isolamento ($r1=-0,163$; $p=0,015$), ansiedade/depressão ($r1=-0,136$; $p=0,043$), problemas de atenção ($r1=-0,167$; $p=0,013$) e internalização ($r1=-0,139$; $p=0,038$); domínio meio ambiente com o domínio ansiedade/depressão ($r1=-0,135$; $p=0,045$).

Resultados entre a qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de Spearman

Na tabela 43 encontram-se os resultados entre os domínios da qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o relato dos cuidadores (ABCL).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: domínio relações sociais com o domínio ansiedade/depressão ($r1=-0,327$; $p=0,007$) e isolamento ($r1=-0,361$; $p=0,003$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: domínio físico com o domínio ansiedade/depressão ($r1=-0,268$; $p=0,027$), comportamento intrusivo ($r1=-0,280$; $p=0,021$), queixas somáticas ($r1=-0,257$; $p=0,034$) e internalização ($r1=-0,259$; $p=0,034$); domínio relações sociais com o comportamento agressivo ($r1=-0,293$; $p=0,015$), problemas de atenção ($r1=-0,251$; $p=0,039$), internalização ($r1=-0,286$; $p=0,019$) e externalização ($r1=-0,300$; $p=0,013$).

Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 44 encontram-se os resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o relato dos cuidadores (CBCL).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: MDI com os domínios problemas de atenção ($r1=-0,243$; $p=0,002$), comportamento agressivo ($r1=-0,235$; $p=0,002$) e externalização ($r1=-0,240$; $p=0,002$); FCRC com os domínios problemas sociais ($r1=-0,279$; $p=0,000$), alterações de pensamento ($r1=-0,228$; $p=0,002$) e problemas de atenção ($r1=-0,292$; $p=0,000$); FCRM com os domínios problemas sociais ($r1=-0,199$; $p=0,008$) e problemas de atenção ($r1=-0,197$; $p=0,009$); TMT B com o domínio problemas de atenção ($r1=0,207$; $p=0,006$);

Relativamente às correlações significativas com menos força são: MDI com os domínios queixas somáticas ($r1=-0,163$; $p=0,037$) e internalização ($r1=-0,190$; $p=0,014$); FCRC com os domínios comportamento delinquente ($r1=-0,160$; $p=0,034$), comportamento agressivo ($r1=-0,171$; $p=0,024$) e externalização ($r1=-0,178$; $p=0,018$); código com os domínios problemas sociais ($r1=-0,154$; $p=0,048$) e problemas de atenção ($r1=-0,196$; $p=0,011$); Stroop P com os domínios problemas sociais ($r1=-0,183$; $p=0,015$) e problemas de atenção ($r1=-0,148$; $p=0,050$); Stroop C com o domínio queixas somáticas ($r1=-0,183$; $p=0,015$); TMT B com os domínios isolamento ($r1=0,156$; $p=0,041$), ansiedade/depressão ($r1=0,159$; $p=0,036$), problemas sociais ($r1=0,195$; $p=0,010$), alterações de pensamento ($r1=0,186$; $p=0,014$) e comportamento delinquente ($r1=0,151$; $p=0,047$); ML com os domínios ansiedade/depressão ($r1=-0,162$; $p=0,030$), alterações de pensamento ($r1=-0,155$; $p=0,047$) e internalização ($r1=-0,181$; $p=0,020$).

Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 45 encontram-se os resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o relato dos cuidadores (ABCL).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: MMI com os domínios alterações de pensamento ($r1=-0,550$; $p=0,002$) e comportamento intrusivo ($r1=-0,504$; $p=0,006$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: MMD com o domínio ansiedade/depressão ($r1=-0,420$; $p=0,026$); FCRC com o domínio comportamento intrusivo ($r1=-0,440$; $p=0,019$); FCRM com o domínio comportamento intrusivo ($r1=-0,467$; $p=0,012$); código com o domínio comportamento intrusivo ($r1=-0,409$; $p=0,031$); TMT A com o domínio comportamento agressivo ($r1=0,383$; $p=0,044$); ML com o domínio comportamento desviante ($r1=0,423$; $p=0,025$).

Resultados entre as variáveis neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 46 encontram-se os resultados entre variáveis neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o relato dos cuidadores (CBCL).

As correlações estatisticamente significativas com menos força são: comprimento com o domínio internalização ($r1=0,185$; $p=0,033$).

Resultados entre as variáveis neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*

Na tabela 47 encontram-se os resultados entre variáveis neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o relato dos cuidadores (ABCL).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: comprimento com os domínios problemas de atenção ($r1=-0,649$; $p=0,001$) e externalização ($r1=-0,455$; $p=0,033$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: apgar1 com o domínio comportamento intrusivo ($r1=0,547$; $p=0,019$); comprimento com o domínio isolamento ($r1=-0,483$; $p=0,019$), comportamento agressivo ($r1=-0,474$; $p=0,001$), comportamento desviante ($r1=-0,474$; $p=0,022$) e comportamento intrusivo ($r1=-0,462$; $p=0,026$).

Resultados entre variáveis clínicas e demográficas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de Spearman

Na tabela 48 encontram-se os resultados entre variáveis demográficas e clínicas com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o relato dos cuidadores (CBCL).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: nº de reprovações com o domínio problemas de atenção ($r1=0,194$; $p=0,003$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: nº de intervenções cirúrgicas com o domínio comportamento delinquente ($r1=0,136$; $p=0,038$); nº de reprovações com o domínio isolamento ($r1=0,139$; $p=0,034$), ansiedade/depressão ($r1=0,150$; $p=0,022$), alterações de pensamento ($r1=0,161$; $p=0,015$), comportamento delinquente ($r1=0,132$; $p=0,044$), comportamento agressivo ($r1=0,139$; $p=0,034$), internalização ($r1=0,139$; $p=0,034$) e externalização ($r1=0,135$; $p=0,040$).

Resultados entre variáveis clínicas e demográficas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de Spearman

Na tabela 49 encontram-se os resultados entre variáveis demográficas e clínicas com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o relato dos cuidadores (ABCL).

As correlações estatisticamente significativas com a maior força são: nº de intervenções cirúrgicas com o domínio problemas de atenção ($r1=0,450$; $p=0,000$).

Relativamente às correlações significativas com menos força são: anos de escolaridade com o domínio queixas somáticas ($r1=-0,296$; $p=0,014$); nº de intervenções cirúrgicas com

o domínio internalização ($r_1=0,289$; $p=0,018$); nº de reprovações com o domínio comportamento intrusivo ($r_1=0,258$; $p=0,033$) e problemas de atenção ($r_1=0,239$; $p=0,050$).

Preditores do Ajustamento Psicossocial

Realizou-se uma regressão linear, com o ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores) como variável dependente e as variáveis idade, género, intervenções cirúrgicas, competência física, internamentos, terapêutica farmacêutica, cuidados intensivos, suporte social, traços de personalidade, imagem corporal, estilo educacional e diagnóstico psiquiátrico como variáveis independentes.

O método de escolha de regressão linear foi o *stepwise*.

Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - CBCL) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Segundo os resultados da tabela 50, ao nível da internalização do relato dos cuidadores (CBCL int.), a variável ter um diagnóstico psiquiátrico ($p=0,012$) mostra-se como preditor de um mau ajustamento psicossocial.

Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - CBCL) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Segundo os resultados da tabela 51, ao nível da externalização do relato dos cuidadores (CBCL ext.), a variável ter um percurso escolar insatisfatório ($p=0,021$), mostra-se como preditores de um mau ajustamento psicossocial.

Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - ABCL) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Segundo os resultados da tabela 52, ao nível da externalização do relato dos cuidadores (ABCL int.), ter como traço da personalidade neuroticismo ($p=0,034$) mostra-se como preditor de um mau ajustamento psicossocial.

Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - ABCL) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Segundo os resultados da tabela 53, ao nível da externalização do relato dos cuidadores (ABCL ext.), as variáveis ter como traço da personalidade neuroticismo ($p=0,011$) mostra-se como preditor de um mau ajustamento psicossocial.

7. Discussão de Resultados

Após análise cuidada dos resultados obtidos, torna-se fundamental refletir sobre eles, de modo a verificar a importância e magnitude dos mesmos em relação à literatura até então existente.

Nesta investigação verificou-se que os adolescentes com CC quando avaliados por eles próprios (YSR) apresentavam diferenças no ajustamento psicossocial em função do género, sendo que o sexo feminino apresenta um maior isolamento, mais ansiedade e depressão, mais alterações de pensamento e um índice superior de internalização e externalização. Na avaliação dos jovens adultos (ASR) também se verificou que o sexo feminino apresenta um maior comportamento agressivo e um índice superior de internalização. Enquanto que no ABCL o sexo feminino apresenta um maior comportamento agressivo e mais problemas de atenção. Sendo assim, podemos confirmar a hipótese I através do YSR, ASR e ABCL, o género feminino parece evidenciar um maior risco para apresentar problemas comportamentais e emocionais comparativamente com o género masculino (Bellinger & Newburger, 2010).

Relativamente ao tipo de CC não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com uma CC cianótica e os pacientes com uma CC acianótica, o que nos permite rejeitar a hipótese II. O facto de não se terem verificado diferenças no tipo de CC, pode ter a ver com o aspeto de que os doentes com CC nunca terem conhecido outra forma de viver e então, conseguiram adaptar-se às limitações impostas pela sua doença (Lyon *et al.*, 2006).

Através do YSR foi possível confirmar a hipótese III, os pacientes com uma CC complexa/grave apresentam um maior isolamento, o que vai de encontro a literatura, pois de acordo com Freitas *et al.* (2014) os doentes com CC grave apresentam resultados piores no ajustamento psicossocial, do que os doentes com CC moderada e leve.

Os jovens adultos (ABCL) com intervenções cirúrgicas apresentam um maior comportamento intrusivo. Com o ABCL podemos confirmar a hipótese IV. Spijkerboer *et al.* (2008) verificaram que os adolescentes e jovens adultos com internamentos evidenciavam pior ajustamento psicossocial.

Concluiu-se, também, que os adolescentes (YSR) com ≥ 2 intervenções cirúrgicas apresentam um maior isolamento, problemas sociais, comportamento delinquente e externalização. No CBCL, os adolescentes com ≥ 2 intervenções cirúrgicas apresentam um maior isolamento, mais alterações de pensamento e um maior índice de internalização. Assim, com o YSR e o CBCL podemos confirmar a hipótese V. Segundo Spijkerboer *et al.* (2008) os adolescentes e jovens adultos com internamentos evidenciavam pior ajustamento psicossocial.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no ajustamento psicossocial entre os pacientes com lesões residuais graves/moderadas e os pacientes com lesões residuais leves, permitindo rejeitar a hipótese VI, o que não vai de encontro a literatura, pois segundo Van Rijen *et al.* (2004) quanto maiores forem as lesões residuais, maiores poderão ser os efeitos a nível do ajustamento psicossocial.

Com o YSR verificou-se que os pacientes com competência física limitada apresentam mais queixas somáticas. Quanto ao ASR verificou-se que os pacientes com competência física limitada apresentam um maior comportamento intrusivo, mais problemas de atenção e externalização. No CBCL certificou-se que os pacientes com competência física limitada apresentam mais queixas somáticas e internalização. Quanto ao ABCL verificou-se que os pacientes com competência física limitada apresentam maior ansiedade/depressão, isolamento, comportamento agressivo, comportamento desviante, comportamento intrusivo, mais problemas de atenção, internalização e externalização. Por isso, podemos confirmar a hipótese VII, que segundo Spijkerboer *et al.* (2008) os adolescentes e jovens adultos com uma competência física limitada evidenciam pior ajustamento psicossocial.

De acordo com o YSR verificamos que os adolescentes com um percurso escolar insatisfatório apresentam um maior comportamento agressivo e externalização. Com o ASR também foi possível apurar que os jovens adultos com um percurso escolar insatisfatório apresentam um maior nível de externalização. Segundo o CBCL verificou-se que os pacientes com um percurso escolar insatisfatório apresentam mais problemas de atenção. Sendo assim podemos confirmar a hipótese VIII, conforme os vários estudos publicados, os

doentes com CC têm mais dificuldades em obter bons resultados escolares, devido aos internamentos e restrições, sendo a principal razão para o atendimento da educação especial por estes doentes (Van Rijen *et al.*, 2004).

Quanto aos grupos etários, segundo o ABCL verificou-se que os pacientes com idades entre os 19 e os 30 anos apresentam um maior valor de externalização comparativamente com os pacientes com idades entre os 12 e os 18, logo podemos confirmar a hipótese IX. Isto não vai de encontro com a literatura, pois segundo Hamed *et al.* (2012) a exposição a potenciais fatores de risco durante o curso da vida de um doente pode aumentar o desenvolvimento de problemas de comportamento, especificamente internalização, em crianças mais velhas com uma doença cardíaca.

Em relação à terapia farmacológica, o ABCL permitiu apurar que os pacientes com terapia farmacológica apresentam um maior nível de externalização, o que confirma a hipótese X. A necessidade de medicamentos apresenta um lembrete diário para o adolescente e jovem adulto que eles têm uma condição de saúde que requer tratamento (Kathleen *et al.* 2013).

Em relação ao suporte social, segundo o ASR verificou-se que os pacientes com pior suporte social apresentam mais problemas de atenção. No CBCL verificou-se que os jovens adultos com pior suporte social apresentam um maior nível de internalização. Quanto ao ABCL verificou-se que os jovens adultos com pior suporte social apresentam um maior comportamento desviante. Em suma, podemos confirmar a hipótese XI, pois independentemente de terem bastante suporte social, estes doentes com diagnóstico numa fase inicial da sua vida, vêm-se obrigados a “pôr em jogo” todas as suas competências para conseguirem ter uma vida normal através de estratégias de *coping* que vão elaborando ao longo do tempo (Coelho *et al.*, 2013; Freitas *et al.*, 2014).

Através do ASR verificou-se que os pacientes com internamentos apresentam um maior comportamento intrusivo e os pacientes sem internamentos apresentam um maior nível de externalização. Quanto ao CBCL verificou-se que os pacientes com internamentos apresentam um maior comportamento delinvente. No ABCL, verificou-se que os pacientes sem internamentos apresentam um maior nível de externalização. Como consequência podemos confirmar a hipótese XII, pois verificou-se que os adolescentes e jovens adultos com internamentos evidenciavam pior ajustamento psicossocial (Spijkerboer *et al.*, 2008).

De acordo com o ASR os pacientes sem cuidados intensivos apresentam um maior comportamento intrusivo e um maior nível de externalização. Quanto ao CBCL verificou-se que os jovens adultos com cuidados intensivos apresentam um maior comportamento delinvente e um maior nível de externalização. Segundo o ABCL, os pacientes com cuidados intensivos apresentam um maior nível de internalização. Com estes resultados podemos confirmar a hipótese XIII.

Quanto ao estilo educativo no CBCL verificou-se que os pacientes com um estilo educativo super-protetor apresentam mais problemas sociais, mais problemas de atenção e um maior nível de internalização, confirmando assim a hipótese XIX. Segundo Casey (1996) um dos grandes erros que a família comete quando sabem que tem um filho com algum tipo de doença, neste caso com CC, é a super-proteção.

Quanto às correlações, entre o ajustamento psicossocial e os traços da personalidade apurou-se, no YSR, que à medida que aumenta o neuroticismo aumenta o isolamento, a ansiedade/depressão, os problemas de atenção, os níveis de internalização, os problemas sociais e o comportamento agressivo. Quanto maior a extroversão maior a ansiedade/depressão, as alterações de pensamento, os problemas de atenção, comportamento agressivo e os níveis de externalização. À medida que aumenta a abertura à experiência e a responsabilidade aumenta a ansiedade/depressão. No ASR verificou-se que quanto maior o neuroticismo maior a ansiedade/depressão e o isolamento, que à medida que aumenta a extroversão diminui o isolamento e que quanto maior a responsabilidade menor são as queixas somáticas. Quanto ao CBCL concluímos que quanto maior a responsabilidade menos são os problemas sociais, as alterações de pensamento e os níveis de internalização. Por último, no ABCL verificou-se que a medida que aumenta o neuroticismo aumenta o comportamento intrusivo, o comportamento agressivo, as queixas somáticas e o nível de externalização e que à medida que aumenta a responsabilidade diminuem os problemas de atenção. Podemos, então, confirmar a hipótese XV. Números elevados em neuroticismo levam a que os adolescentes e jovens adultos com CC não consigam lidar com os vários acontecimentos de vida, como recordar e relatar todos os sintomas sentidos pela doença, estes que irão causar *stress* e que levará um pior ajustamento psicossocial (Larsen *et al.*, 1992). Doentes com maiores níveis de extroversão evidenciam menos atividade física, resultante das queixas físicas que acompanham a sua doença e também porque têm que lidar com as preocupações e desafios, reduzindo a sua

extroversão (Rassart *et al.*, 2012). Pessoas com um traço de personalidade amável são geralmente hábeis em enfrentar as várias situações da sua vida, como por exemplo, tendem a esconder a sua doença (Rassart *et al.*, 2012). A responsabilidade pode afetar o bem-estar emocional, pois não conseguem evitar os pensamentos e sentimentos negativos (Rassart *et al.*, 2013).

Quando se correlacionou a morbilidade psiquiátrica com as dimensões do ajustamento psicossocial verificou-se que, no YSR, só existem correlações positivas e com todas as dimensões, exceto com o comportamento delincente que não tem correlação. No ASR existe uma correlação positiva entre a morbilidade psiquiátrica e os níveis de internalização. Em relação ao CBCL existem correlações positivas com todas as dimensões, exceto com o isolamento e o comportamento delincente que não têm correlação. No ABCL, existe uma correlação positiva entre a morbilidade psiquiátrica, a ansiedade/depressão, o comportamento desviante, as queixas somáticas, os problemas de atenção e os níveis de internalização e externalização. Confirmamos, desta forma, a hipótese XVI. Ter uma CC constitui-se como sendo um risco acrescido para a presença de morbilidade psiquiátrica (Gerdes & Flynn, 2010; Müller *et al.*, 2010).

Quando correlacionamos os domínios da qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial (YSR) verificamos que o domínio geral correlaciona-se negativamente com todas as dimensões, exceto com as alterações de pensamento que não tem correlação; o domínio físico, também negativamente, com o isolamento, a ansiedade/depressão, os problemas sociais, os problemas de atenção, o comportamento delincente e os níveis de internalização; quanto ao domínio psicológico, correlacionasse negativamente com todas as dimensões, exceto com o comportamento delincente, que não tem correlação; relativamente ao domínio relações sociais correlaciona-se negativamente com todas as dimensões, exceto com as alterações de pensamento; e, por último, o domínio meio ambiente correlacionasse negativamente com isolamento e os níveis de internalização. No ASR, o domínio geral e o domínio físico correlacionam-se negativamente com o isolamento, o domínio psicológico com a ansiedade/depressão, as alterações de pensamento, as queixas somáticas, o isolamento e o comportamento agressivo; as relações sociais com o isolamento, a ansiedade/depressão, as alterações de pensamento e o comportamento agressivo; e quanto ao domínio meio ambiente com a ansiedade/depressão, as alterações de pensamento, o comportamento agressivo, as

queixas somáticas, os problemas de atenção e os níveis de externalização. No CBCL, o domínio geral correlacionasse negativamente com todas as dimensões, exceto com as queixas somáticas, a ansiedade e depressão e as alterações de pensamento, que não têm correlações; o domínio físico correlacionasse negativamente com todas as dimensões, exceto com queixas somáticas, comportamento agressivo e externalização; o domínio psicológico correlacionasse negativamente com todas as dimensões, exceto com a ansiedade e depressão; o domínio relações sociais correlacionasse negativamente com o isolamento, a ansiedade/depressão, os problemas de atenção e os níveis de internalização; e por último o domínio meio ambiente correlacionasse negativamente com todas as dimensões, exceto com as queixas somáticas e as alterações de pensamento. Quanto ao ABCL, correlacionasse negativamente com o domínio físico e a ansiedade/depressão, o comportamento intrusivo, as queixas somáticas e os níveis de internalização e o domínio relações sociais com a ansiedade/depressão, o isolamento, o comportamento agressivo, os problemas de atenção e os níveis de internalização e externalização. Assim, de acordo com estes resultados é possível confirmar a hipótese XVII, pois para Mussatto (2009) os problemas de comportamento e qualidade de vida são duas construções mensuráveis que foram usados para representar o ajustamento psicossocial em indivíduos com condições crónicas de saúde.

Quando correlacionamos as provas neuropsicológicas com as dimensões do ajustamento psicossocial (YSR) verificamos que a prova MDD correlacionasse negativamente com os problemas sociais, as alterações de pensamento, o comportamento agressivo, os problemas de atenção e os níveis de externalização, a prova MDI correlacionasse negativamente com todas as dimensões, exceto com as queixas somáticas, a ansiedade/depressão e os níveis de internalização, a prova FCRC correlaciona-se negativamente com o comportamento agressivo, a ansiedade/depressão, o comportamento delinquente e o níveis de externalização, a prova FCRM correlaciona-se negativamente com o comportamento agressivo e os níveis de externalização, a prova Stroop PC com os problemas sociais e os problemas de atenção, quanto a prova TMT A correlaciona-se positivamente com os problemas sociais, o TMT B correlaciona-se positivamente com problemas sociais, alterações de pensamento e comportamento agressivo, a prova código correlacionasse negativamente com os problemas sociais e a prova ML correlaciona-se negativamente com as queixas somáticas e os níveis de internalização. No ASR verificamos que só existem

correlações negativas, ou seja, a prova ML com o isolamento, as alterações de pensamento, o comportamento agressivo, o comportamento desviante e os níveis de internalização, a prova MDI com as alterações de pensamento e os níveis de internalização, a prova código com os níveis de internalização e, por último, a prova Stroop PC com os níveis de internalização. Através do CBCL verificou-se que existem correlações negativas entre a prova MDI e os problemas de atenção, o comportamento agressivo, as queixas somáticas e os níveis de externalização e internalização, a prova FCRC e os problemas sociais, as alterações de pensamento, os problemas de atenção, o comportamento delinquente, o comportamento agressivo e os níveis de externalização, a prova FCRM e os problemas sociais e os problemas de atenção, a prova código com os problemas sociais e os problemas de atenção, a prova Stroop P e os problemas sociais e os problemas de atenção, a prova Stroop C e as queixas somáticas, a prova ML e as alterações de pensamento, a ansiedade/depressão e os níveis de internalização e existem correlações positivas entre a prova TMTB com o isolamento, a ansiedade/depressão, os problemas sociais, as alterações de pensamento e o comportamento delinquente. E por último, no ABCL, concluímos que existem correlações negativas entre a prova MDI e as alterações de pensamento e o comportamento intrusivo, a prova MDD e a ansiedade/depressão, as provas FCRM e FCRC e o comportamento intrusivo, o código com o comportamento intrusivo. Existem, ainda, correlações positivas entre a prova TMT A e o comportamento agressivo e a prova ML menor e o comportamento desviante. Assim, de acordo com estes resultados é possível confirmar a hipótese XVII. Na literatura existe um consenso em relação ao desenvolvimento cognitivo e académico das crianças com CC, sendo que estas apresentam ao longo do seu percurso pior desempenho intelectual e dificuldades desenvolvimentais (motoras, visuais e de linguagem), tendo as intervenções cirúrgicas um papel importante para apresentação destas dificuldades (Hülser *et al.*, 2007).

Quando correlacionamos as variáveis neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o auto-relato (YSR) verificamos que quanto maior o perímetro cefálico maior o comportamento delinquente e que quanto maior o apgar 2 mais são os problemas de atenção. No CBCL concluiu-se que quanto maior o comprimento maior são os níveis de internalização. Por último, no ABCL, verificou-se que quanto maior comprimento menores são os problemas de atenção, os níveis externalização, o isolamento, o comportamento agressivo, o comportamento desviante e o comportamento intrusivo e que

quanto maior o apgar1 maior é o comportamento intrusivo. Com isto, é possível confirmar a hipótese XIX.

Para conclusão das correlações verificamos que entre os resultados das variáveis demográficas e clínicas com as dimensões do ajustamento psicossocial, segundo o auto-relato (YSR), existem correlações positivas entre a idade e o comportamento delinquente, os anos de escolaridade e o comportamento delinquente, o nº de reprovações com as alterações de pensamento, os problemas sociais, os problemas de atenção, o comportamento delinquente, o comportamento agressivo e os níveis de externalização, o nº de intervenções cirúrgicas com o isolamento e os problemas sociais e uma correlação negativa entre o nº de suporte social com os problemas de atenção. No ASR, existem correlações positivas entre o nº de reprovações com a ansiedade/depressão, os níveis de internalização e externalização, o isolamento, as alterações de pensamento e o comportamento agressivo e correlações negativas entre a idade e o comportamento desviante e o nº de suporte social com o comportamento agressivo. No CBCL concluiu-se que existe correlações positivas entre o nº de reprovações com problemas de atenção, isolamento, ansiedade/depressão, alterações de pensamento, comportamento delinquente, comportamento agressivo e níveis de internalização e externalização e o nº de intervenções cirúrgicas com o comportamento delinquente. E por fim, no ABCL existe uma correlação negativa entre os anos de escolaridade e as queixas somáticas e correlações positivas entre o nº de intervenções cirúrgicas e os problemas de atenção e os níveis de internalização e o nº de reprovações com o comportamento intrusivo e os problemas de atenção. Assim, de acordo com estes resultados é possível confirmar a hipótese XX. O facto de necessitarem de hospitalizações frequentes durante o período da infância, também contribui para que os doentes com CC piorem ainda mais o seu desenvolvimento neurológico (Kovacs *et al.*, 2005; Wernovsky, 2006).

Em relação aos resultados deste estudo, os preditores significativos segundo o auto-relato dos adolescentes (YSR) ao nível da internalização, é a existência de um diagnóstico psiquiátrico e ter como traço da personalidade o neuroticismo. E ao nível da externalização são ter um percurso escolar insatisfatório, ter um diagnóstico psiquiátrico, ter como traço da personalidade extroversão e responsabilidade. Quanto ao auto-relato dos jovens adultos (ASR) ao nível da internalização é ter um percurso escolar insatisfatório e ao nível da externalização é ter entre 19-30 anos. No relato dos cuidadores dos adolescentes (CBCL) ao

nível da internalização é ter um diagnóstico psiquiátrico e ao nível da externalização é ter um percurso escolar insatisfatório. Por último, no relato dos cuidadores dos jovens adultos (ABCL), os preditores de um mau ajustamento psicossocial tanto ao nível da internalização como da externalização é ter como traço da personalidade o neuroticismo. Podemos, então, confirmar a hipótese XXI. Números elevados em neuroticismo levam a que os adolescentes e jovens adultos com CC não consigam lidar com os vários acontecimentos de vida, estes que irão causar *stress* e que levará um pior ajustamento psicossocial (Larsen *et al.*, 1992). Doentes com maiores níveis de extroversão mostram mais problemas sociais, problemas de atenção, alterações do pensamento, comportamentos agressivos, ansiedade/depressão e um nível superior de internalização e externalização (Rassart *et al.*, 2012). A responsabilidade pode afetar o bem-estar emocional, pois não conseguem evitar os pensamentos e sentimentos negativos (Rassart *et al.*, 2012). A idade dever-se-á às situações stressantes a que os adolescentes e jovens adultos estão sujeitos desde muito cedo, como intervenções cirúrgicas, internamentos prolongados, medicações diárias que irá fazer com que os doentes se isolem mais (Casey, *et al.*, 1996). Em relação ao percurso escolar, um percurso escolar insatisfatório é um preditor de mau ajustamento psicossocial, porque os doentes têm intervenções cirúrgicas e internamentos prolongados que fazem com que estes tenham que faltar à escola constantemente, não conseguindo ter o aproveitamento desejado, se comparado com alunos sem doença cardíaca (Van Rijen *et al.*, 2004). Ter uma CC constitui-se como sendo um risco acrescido para a presença de morbilidade psiquiátrica (Gerdes & Flynn, 2010; Müller *et al.*, 2010).

Conclusão

Esta investigação tinha como objetivo caracterizar a população de adolescentes e jovens adultos com Cardiopatias Congénitas a nível do ajustamento psicossocial.

Este estudo permitiu verificar que esta população de adolescentes e jovens adultos com CC parecem apresentar uma predisposição para apresentar problemas tanto a nível emocional como a nível comportamental. À condição crónica da doença cardíaca congénita, surgem associadas diversas limitações que impõem uma multiplicidade de problemas relacionados com a qualidade de vida, o ajustamento psicossocial e o desenvolvimento cognitivo desta população.

Com este estudo concluiu-se que, a nível do auto-relato, no YSR, os adolescentes que sofrem mais com os efeitos consequentes do ajustamento psicossocial constituem os doentes do género feminino, que foram submetidos a duas ou mais intervenções cirúrgicas, que apresentam uma capacidade física limitada, que têm um percurso escolar insatisfatório e uma CC complexa. No ASR, os jovens adultos que sofrem mais com os efeitos consequentes do ajustamento psicossocial constituem os doentes do género feminino, que apresentam uma capacidade física limitada, que têm um percurso escolar insatisfatório, que têm pior suporte social e com cuidados intensivos e internamentos.

A nível do relato dos cuidadores, no CBCL, os adolescentes que sofrem mais com os efeitos consequentes do ajustamento psicossocial constituem os doentes que têm um percurso escolar insatisfatório, que apresentam uma capacidade física limitada, que têm um pior suporte social, que estiveram nos cuidados intensivos, que tiveram internamentos e que apresentam um estilo educacional super-protetor ou protetor. No ABCL, os jovens adultos que sofrem mais com os efeitos consequentes do ajustamento psicossocial constituem os doentes do género feminino, com intervenções cirúrgicas, que foram submetidos a duas ou mais intervenções cirúrgicas, que apresentam uma capacidade física limitada, têm entre 19 e 30 anos, realizam terapia farmacológica, têm um pior suporte social, que tiveram internamentos e que estiveram nos cuidados intensivos.

Quanto às correlações realizadas podemos observar que existem correlações, tanto a nível do auto-relato dos adolescentes (YSR) e dos jovens adultos (ASR) como a nível do relato dos cuidadores dos adolescentes (CBCL) e dos jovens adultos (ABCL) entre o ajustamento psicossocial e os traços de personalidade, a morbilidade psiquiátrica, as dimensões da qualidade de vida, as provas neuropsicológicas, os dados neonatais (exceto o ASR) e as variáveis clínicas e demográficas.

Concluiu-se, também, que no relato dos próprios pacientes (YSR e ASR) e no relato dos cuidadores dos pacientes (CBCL e ABCL) existem alguns preditores de mau ajustamento psicossocial.

Este estudo apresenta alguns pontos fortes, como é o caso do número da amostra com CC, a abrangência de idades e a diversificada avaliação sócio-demográficas que permite avaliar vários fatores sociais dentro de um limite de idades que abrange a adolescência e a idade adulta e a realização de correlações entre as provas utilizadas para avaliar o ajustamento psicossocial com os domínios da qualidade de vida, com os traços de

personalidade, com a morbidade psiquiátrica, com as provas neuropsicológicas, os dados neonatais e as variáveis clínicas e demográficas.

Para concluir, como ponto fraco temos os protocolos com as provas aplicados aos pacientes, pois são muito extensos e como consequência muitas vezes os pacientes não podem ficar muito tempo a realiza-las e assim eles ficam incompletos. Neste sentido torna-se fundamental dar continuidade à investigação, a fim de fortalecer estas conclusões e minimizar as limitações evidenciadas no presente estudo, ou seja, completar os protocolos incompletos.

Bibliografia

Achenbach, T., & Rescorla, L. (2003). Manual for the ASEBA adult forms & profiles. Burlington VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Barbosa, M., S. & Monteiro, L., C. Recurrent Criminal Behavior and Executive Dysfunction (2008). *The Spanish Journal of Psychology*. 11 (1): 259-265.

Anjos R. Aparelho cardiocirculatório. In: Palminha J, Carrilho E, editors. Orientação diagnóstica em pediatria. Vol 1. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas. p. 325- 60.

Bellinger, D. & Newberger, J. (2010). *Neuropsychological, psychosocial, and quality-of-life outcomes in children and adolescents with congenital heart disease. Progress in Pediatric Cardiology*. 29:87–92.

Berghammer, M., Dellborg, M. & Ekman, I. (2005). *Young adults experiences of living with congenital heart disease. International Journal of Cardiology*, 110, 340-347.

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

Brickner, M. E., Hillis, L. D., & Lange, R. A. (2000b). *Congenital Heart Disease - Second of Two Parts. The New England Journal of Medicine*, 342 (5), 334-342.

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, editores. Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. 3 ed. Coimbra: Quarteto Editora; 2007.

Cangoz, B., Karakoc, E. & Selekler, K. (2009). Trail Making Test: Normative data for Turkish elderly population by age, sex and education. *Journal of the Neurological Sciences*. 283: 73–78.

Casey, F., Stewart, M., McCusker, C., Morrinson, M., Molloy, B., Doherty, N. & Mulholland, H. (2010). Examination of the physical and psychosocial determinants of health behavior in 4–5-year-old children with congenital cardiac disease. *Cardiology in the Young* 20, 532–537.

Coelho, R., Teixeira, F., Silva, A., Vaz, C., Vieira, D., Proença, C., Moura, C., Viana, V., Areias, J. & Areias, M. (2013). *Ajustamento psicossocial, morbilidade psiquiátrica e qualidade de vida em adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas*. *Revista portuguesa de cardiologia*. 32 (9):657-664.

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (2000). *NEO PI-R Manual Profissional: Inventário de Personalidade NEO Revisto*. (1ª Ed.) Lisboa: CEGOC-TEA.

Delamater A, Grus C. Congenital abnormalities. In: Boll T, Johnson S, Perry N, Rozensky R, editors. *Medical disorders and behavioral applications*. Vol 1. Washington: American Psychological Association; 2002. p. 443-81.

Demakis, G. J. (2004). Frontal Lobe Damage and Tests of Executive Processing: A Meta-Analysis of the Category Test, Stroop Test, and Trail-Making Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 26 (3): 441–450.

Direção Geral de Saúde (2006). Diagnóstico Pré-Natal de Cardiopatias Congénitas, Circular Normativa de 26/09/06. Acedido em 28 de Novembro de 2015 disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>.

Donofrio, M. & Massaro, A. (2010). *Impact of Congenital Heart Disease on Brain Development and Neurodevelopment Outcome*. *International Journal of Pediatrics*. 2010:1-13.

Fonseca, A. & Monteiro, C. (1999). *Um inventário de problemas de comportamento para crianças e adolescentes: o Youth Self- Report de Achenbach*. *Psychologica*: 21, 79-96

Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. G. & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes: O *Child Behavior Checklist de Achenbach* (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.

Freitas, I., Castro, M., Sarmiento, S., Moura, C., Viana, V., Areias, J.C. & Areias, M. E. (2014). *A cohort study on psychosocial adjustment and psychopathology in adolescents and young adults with congenital heart disease*. *BMJ*.

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.

Golden, C. J., (1994). *Stroop – Test de Cores y Palavras*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.

Haavisto, A., Sintonen, H., Holmberg, C., Jalanko, H., Lipsanen, J. & Qvist, E. (2013). *Risk factors for impaired quality of life and psychosocial adjustment after pediatric heart, kidney and liver transplantation*. *Pediatric transplantation*, 17, 256-265.

Hülser, K., Dubowy, K.-O., Knobl, H., Meyer, H., & Schölmerich, A. (2007). *Developmental outcome and psychosocial adjustment in children after surgery for congenital heart disease during infancy*. *JOURNAL OF REPRODUCTIVE AND INFANT PSYCHOLOGY*, 25(2), 139-151.

Kamphaus, R. (2005). *Clinical Assessment of Child and Adolescent Intelligence*. 2ª Ed. New York: Springer Science.

Kasper, D., Braunwald, E., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D. & Jameson, J. (2006). *Harrison Medicina Interna* (16 ed.). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.

Kathleen L. Grady; Connie White-Williams; Susan Myers; David C. Naftel; Edward Wang; Robert C. Bourge; Bruce Rybarczyk (2013). *The relationships among satisfaction with social support, quality of life, and survival 5 to 10 years after heart transplantation. Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(5):407-416.

Kovacs, A. H., Sears, S. F., & Saidi, A. S. (2005). *Biopsychosocial experiences of adults with congenital heart disease: Review of the literature. American Heart Journal*, 150(2), 193-201.

Latal, B., Helfricht, S., Ficher, J., Bauerfeld, U. & Landolt, M. (2009). *Psychosocial adjustment and quality of life in children and adolescents following open-heart surgery for congenital heart disease: a systematic review. BCM Pediatrics*.

Leboyer, M., Maier, W., Teherani, M., Lichtermann, D., D'Amato, T., Franke, P., McGuffin, P. (1991). *The reliability of the SADS-LA in a family study setting. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 165-169.

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.

Lezak, M. (1995). *Neuropsychological Assessment*. New York: 3ª ed., Oxford University Press.

Lyon, M. E., Kuehl, K., & McCarter, R. (2006). *Transition to adulthood in congenital heart disease: missed adolescent milestones. Journal of Adolescent Health*, 39, 121-124.

Maia, L., Correia, C. & Leite, R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica – Estudos de Casos e Instrumentos*. Porto: Lidel.

Marelli, A.J., Ionescu-Iltu, R., Mackie, A.S., Guo, L., Dendukuri, N. & Kaouache, M. (2014). *Lifetime prevalence of Congenital Heart Disease in the general population from 2000 to 2010. Circulation- American Heart Disease*, 130, 749- 756.

Masi, G., & Brovedani, P. (1999). *Adolescents with Congenital Heart Disease: Psychopathological Implications. Adolescence*, 34, 1-7.

McMurray, R., Kendall, L., Parsons, J. M., Quirk, J., Veldtman, G. R., & Lewin, R. J. P.S., P. (2001). *A life less ordinary: growing up and coping with congenital heart disease*. *Coronary Health Care*, 5, 51–57.

Moon, H.S., Jacobson, E.M., Khersonsky, S.M., Luzung, M.R., Walsh, D.P., Xiong, W.N., Lee, J.W., Parikh, P.B., Lam, J.C., Kang, T.W., Rosania, G.R., Schier, A.F., and Chang, Y.T. (2002) A novel microtubule destabilizing entity from orthogonal synthesis of triazine library and zebrafish embryo screening. *J. Am. Chem. Soc.* 124(39): 11608-11609.

Mussatto, K. (2009). *The relationship of self-perception to psychosocial adjustment in adolescents with heart disease*. Doctor of philosophy in nursing. The University of Wisconsin - Milwaukee.

Nousi, D., & Christou, A. (2010). *Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease*. *HEALTH SCIENCE JOURNAL*, 4(2), 94-100.

Periáñez, J.A., Ríos-Lago, M., Rodríguez-Sánchez, J.M., Adrover-Roig, D., SánchezCubillo, I., Crespo-Facorro, B., Quemada, J.I., & Barceló, F. (2007). Trail Making Test in traumatic brain injury, schizophrenia, and normal ageing: Sample comparisons and normative data. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 22:433–447.

Rassart, J., Luyckx, K., Goossens, E., Apers, S., Klimstra, T. & Moons, P. (2012). *Personality traits, quality of life and perceived health in adolescents with congenital heart disease*. *Psychology & Health*, 1-17.

Reid, G., Webb, G., Barzel, M., McCrindle, B., Irvine, M. & Siu, S. (2006). *Estimates of life expectancy by adolescents and young adults with congenital heart disease*. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(2), 349-353.

Rietveld, S., Mulder, B., Van Beest, I., Lubbers, W., Prins, P., Vioen, S., & Karsdorp, P. (2002). *Negative thoughts in adults with congenital heart disease*. *International Journal of Cardiology*, 86 (1)19–26.

Rey, A. (2002). *Teste de Cópia de Figuras Complexas-Manual*. 2ª Edição, Lisboa: CEGOC.

Simões, M. (2002). Utilizações da WISC-III nas Avaliação Neuropsicológica de Crianças e Adolescentes. *Paidéia*. 12(23):113-132.

Sparacino P., Tong E., Messias A., Foote D., Chesla C., & Gilliss C. (1997) *The dilemmas of parents of adolescents and young adults with congenital heart disease*. *The Journal of Acute and Critical Care*, 26(3) 187–195.

Spijkerboer, A., Utens, E., Koning, W., Bogers, A., Helbing, W. & Verhulst, F. (2005). *Health-related quality of life in children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease*. *Quality of life Research*, 15, 663-673.

Spijkerboer, A. W., Utens, E. M. W. J., Bogers, A. J. J. C., Verhulst, F. C., & Helbing, W. A. (2008). *Long-term behavioural and emotional problems in four cardiac diagnostic groups of children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease*. *International Journal of Cardiology*, 125, 66-73.

Spreen, O., & Strauss, E. A. (1998). *Compendium of Neuropsychological tests – Administration, Norms and Commentary*. New York: 2ª Ed., Oxford University Press.

Van Rijen, E., Utens, E., Roos-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(2), 122-130.

Van Rijen, E., Utens, E., Roos-Hesselink, J., Meijboom, F., Van Domburg, R., Roelandt, J., Verhulst, F. (2004). *Medical predictors for psychopathology in adults with operated congenital heart disease*. *European Heart Journal*, 25, 1605–1613.

Wechsler, D. (2003). *WISC-III- Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças III:Manual*. 2ª Edição, Lisboa: CEGOC.

Wechsler, D. (2008). *WMS-III-Escala de Memória de Wechsler: Manual de Administração e Cotação*. 3ª Edição, Lisboa: CEGOC.

Wernovsky, G. (2006). *Current insights regarding neurological and developmental abnormalities in children and young adults with complex congenital cardiac disease*. *Cardiology Young*. 16(1):92–104.

Wilson, B., Alderman, N., Burgees, P., Emslie, H. & Evans, J. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)*. London: Thames Valley Test Company.

Anexos

Anexo I

Tabelas da Análise Estatística

Resultados da Caracterização dos Participantes

As tabelas 1, 2, 3, 4, 5 e 6 mostram os resultados relativos à caracterização da amostra: variáveis demográficas, clínicas, psicopatologia de dados neonatais.

Tabela 2: Características das variáveis demográficas (idade, género e anos de escolaridade) da amostra

	Grupo Experimental N = 335			Grupo Controlo N = 80		
	M	Dp	N	M	Dp	N
Idade	16.36	± 3.12		16.76	±2.22	
Género (M/F)			187 / 148			35 / 45
Anos de Escolaridade	9.61	±2.13		10.12	±2.32	

Tabela 2: Caracterização do grupo experimental de acordo com as variáveis demográficas

Variável	N	
Género	Feminino	148
	Masculino	187
Idade	--- Entre os 12 e os 30 anos	
Estado Civil	Solteiro/a	329
	Casado/a	3
	Divorciado/a	1
	União de Facto	2
Anos de Escolaridade	1º Ciclo	0
	2º Ciclo	36
	3º Ciclo	141
	Secundário	146
	Licenciatura	11
	Bacharelato	1
Profissão	Estudantes	306
	Trabalhadores a tempo total ou parcial	23
	Desempregado	6
Reprovações	Sim	132
	Não	176
Nº de Reprovações	Média/Desvio Padrão	0.67 ± 0.949

Tabela 3: Caracterização do grupo experimental de acordo com as variáveis clínicas

Variável		N
Cardiopatía	Cianótica	116
	Acianótica	219
Gravidade da Cardiopatía	Complexa/grave	88
	Moderada/leve	247
Gravidade das Lesões Residuais	Graves/ Moderadas	56
	Leves	248
Idade do Diagnóstico	Neonatal	179
	Até 1 ano	82
	1-3 anos	17
	3-6 anos	17
	6-12 anos	24
	12-18 anos	15
Intervenções Cirúrgicas	Sim	212
	Não	123
Idade da Primeira Intervenção Cirúrgica	Período neonatal	80
	Entre 1ºano e 2ºano	9
	Entre 3ºano e 5ºano	40
	Entre 6ºano e 10ºano	19
	Entre 11ºano e 19ºano	22
Cuidados Intensivos	Sim	110
	Não	222
Limitações Físicas	Competência Física Limitada	75
	Competência Física Satisfatória	103
Terapêutica Farmacológica	Sim	104
	Não	219
Nº de Intervenções Cirúrgicas	0 Cirurgia	123
	1 Cirurgia	132
	2 ou + cirurgias	80
Tipo de Cardiopatía	TF=71; CIA=33; EM=1; TGV=36; DCE=2; AE=2; CIV=88; CoA=25; AT=1; VU=3; AVP=3; VAB=5; EA=22; IVA=2; IVM=3; PVM=5; PCA=3; VPD=2; EP=24; Cardiomiopatía=3; RVA=1	

Legenda: AE – Anomalia de *Ebstein*; AT – Atresia tricúspide; AVP – Atresia da válvula pulmonar; CIA – Defeito do septo interauricular; CIV – Defeito do septo interventricular; CoA – Coartação da aorta; DCE – Defeito do coxim endocárdico; EA – Estenose aórtica; EM – Estenose mitral; EP – Estenose pulmonar; IVA – Insuficiência da válvula aórtica; IVM – Insuficiência da válvula mitral; PCA – Persistência do canal arterial; PVM – Prolapso da válvula mitral; TF – Tetralogia de *Falloy*; TGV – Transposição dos grandes vasos; VAB – Válvula aórtica bicúspide; VU – Ventrículo único; VPD – Válvula pulmonar displásica. Cardiom – Cardiomiopatía; RVA – Retorno venoso anômalo

Tabela 4: Caracterização do grupo experimental de acordo com a psicopatologia

	Frequência	Masculino	Feminino
Sem diagnóstico	253	148	104
Com diagnóstico	57	24	33
Síndrome Depressivo <i>Minor</i>	6	3	3
Síndrome depressivo <i>Major</i>	20	9	11
Perturbação de Pânico	8	2	6
Desordem de Ansiedade Generalizada	14	6	8
Personalidade Ciclotímica	4	1	3
Síndrome Maníaco	3	3	0
Síndrome Depressivo Major tipo Esquizoafetivo	1	0	1
Desordem Fóbica	1	0	1
Ausente	25	---	---
Total	310	172	137

Tabela 5: Caracterização do grupo experimental de acordo com as variáveis neonatais

Variável		N
Perímetro cefálico	Dentro da norma	144
	Fora da norma	27
Apgar 1	Dentro da norma	128
	Fora da norma	42
Apgar 2	Dentro da norma	162
	Fora da norma	8
Peso	Abaixo da norma	26
	Dentro da norma	153
	Acima da norma	6
Comprimento	Dentro da norma	146
	Fora da norma	34

Resultados do Ajustamento psicossocial

Serão apresentados os resultados do ajustamento psicossocial, segundo os instrumentos que se utilizaram. Primeiramente estarão descritos os resultados do auto-relato (da tabela 6 a 27) e seguidamente os resultados do relato dos cuidadores (da tabela 28 a 53).

- Auto-Relato (YSR e ASR)

Tabela 6: Diferenças entre género relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<u>YSP</u>	Género	N	Mean Rank	U	P	<u>ASR</u>	Género	N	Mean Rank	U	P
Isolamento	Masculino	134	103,46	7.777,000	0,002	Ansiedade/ Depressão	Masculino	38	33,86	902,500	0,059
	Feminino	94	130,23				Feminino	37	43,39		
Queixas Somáticas	Masculino	134	108,38	7.251,500	0,069	Isolamento	Masculino	38	34,54	834,500	0,159
	Feminino	95	124,33				Feminino	37	41,55		
Ansiedade/ Depressão	Masculino	134	106,74	7.472,500	0,024	Alterações de Pensamento	Masculino	38	33,72	865,500	0,079
	Feminino	95	126,66				Feminino	37	42,39		
Problemas Sociais	Masculino	134	155,48	6.301,000	0,896	Comportamento Agressivo	Masculino	38	30,74	979,000	0,003
	Feminino	95	114,33				Feminino	37	45,46		
Alterações de Pensamento	Masculino	134	107,38	7.385,500	0,034	Comportamento Desviante	Masculino	38	35,47	799,000	0,303
	Feminino	95	125,74				Feminino	37	40,59		
Problemas de Atenção	Masculino	134	111,78	6.796,000	0,380	Comportamento Intrusivo	Masculino	38	36,67	753,500	0,586
	Feminino	95	119,54				Feminino	37	39,36		
Comportamento Delinquente	Masculino	134	120,29	5.655,500	0,145	Queixas Somáticas	Masculino	38	35,49	798,500	0,304
	Feminino	95	107,53				Feminino	37	40,58		
Comportamento Agressivo	Masculino	134	114,07	6.489,5000	0,800	Problemas de Atenção	Masculino	38	38,91	668,500	0,714
	Feminino	95	116,31				Feminino	37	37,07		
Internalização	Masculino	135	105,04	7.824,500	0,004	Internalização	Masculino	38	31,09	965,500	0,005
	Feminino	95	130,36				Feminino	37	45,09		
Externalização	Masculino	135	105,04	7.824,500	0,004	Externalização	Masculino	38	39,18	658,000	0,633
	Feminino	95	130,36				Feminino	37	36,78		

Tabela 7: Diferenças da gravidade relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste de *U de Mann-Whitney*

<u>YSP</u>	Gravidade	N	Mean Rank	U	P
Isolamento	Complexa/Grave	51	138,32	3.298,500	0,003
	Moderada/Leve	177	107,64		
Queixas Somáticas	Complexa/Grave	51	114,83	4.547,500	0,984
	Moderada/Leve	178	115,05		
Ansiedade/ Depressão	Complexa/Grave	51	116,40	4.467,500	0,863
	Moderada/Leve	178	114,60		
Problemas Sociais	Complexa/Grave	51	124,18	4.071,000	0,255

	Moderada / Leve	178	112,37		
Alterações de Pensamento	Complexa / Grave	51	111,12	4.737,000	0,625
	Moderada / Leve	178	116,11		
Problemas de Atenção	Complexa / Grave	51	125,32	4.012,500	0,204
	Moderada / Leve	178	112,04		
Comportamento Delinquente	Complexa / Grave	51	123,62	4.099,500	0,285
	Moderada / Leve	178	112,53		
Comportamento Agressivo	Complexa / Grave	51	108,66	4.862,500	0,436
	Moderada / Leve	178	116,82		
Internalização	Complexa / Grave	51	122,69	4.198,000	0,381
	Moderada / Leve	179	113,45		
Externalização	Complexa / Grave	51	113,49	4.667,000	0,806
	Moderada / Leve	179	116,07		

Tabela 8: Diferenças entre o número de intervenções cirúrgicas nas dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<i>YSP</i>	Nº de Intervenções Cirúrgicas	N	Mean Rank	U	P
Isolamento	< 2 Cirurgia	176	107,16	5.340,500	0,010
	≥ 2 Cirurgias	49	133,99		
Queixas Somáticas	< 2 Cirurgia	177	112,43	4.526,000	0,635
	≥ 2 Cirurgias	49	117,37		
Ansiedade/ Depressão	< 2 Cirurgia	177	110,81	4.812,500	0,237
	≥ 2 Cirurgias	49	123,21		
Problemas Sociais	< 2 Cirurgia	177	107,64	5.373,000	0,009
	≥ 2 Cirurgias	49	134,65		
Alterações de Pensamento	< 2 Cirurgia	177	114,28	4.198,000	0,725
	≥ 2 Cirurgias	49	110,67		
Problemas de Atenção	< 2 Cirurgia	177	110,03	4.950,000	0,128
	≥ 2 Cirurgias	49	126,02		
Comportamento Delinquente	< 2 Cirurgia	177	107,25	5.442,000	0,006
	≥ 2 Cirurgias	49	136,06		
Comportamento Agressivo	< 2 Cirurgia	177	109,84	4.984,500	0,108
	≥ 2 Cirurgias	49	126,72		
Internalização	< 2 Cirurgia	178	109,99	5.075,000	0,079
	≥ 2 Cirurgias	49	128,57		
Externalização	< 2 Cirurgia	178	108,84	5.279,000	0,024
	≥ 2 Cirurgias	49	132,73		

Tabela 9: Diferenças entre competência física limitada e satisfatória relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<i>YSR</i>	Competência Física	N	Mean Rank	U	P	<i>ASR</i>	Competência Física	N	Mean Rank	U	P
Isolamento	Limitada	61	78,51	2.592,000	0,557	Ansiedade/ Depressão	Limitada	13	12,04	77,500	0,726
	Satisfatória	90	74,30				Satisfatória	11	13,05		
Queixas Somáticas	Limitada	61	85,52	2.164,000	0,025	Isolamento	Limitada	13	12,00	65,000	1,000
	Satisfatória	90	69,54				Satisfatória	10	12,00		
Ansiedade/ Depressão	Limitada	61	78,19	2.611,500	0,610	Alterações de Pensamento	Limitada	13	11,81	67,500	0,874
	Satisfatória	90	74,52				Satisfatória	10	12,25		
Problemas Sociais	Limitada	61	79,80	2.513,000	0,373	Comportamento Agressivo	Limitada	13	13,42	46,500	0,246
	Satisfatória	90	73,2				Satisfatória	10	10,15		
Alterações de Pensamento	Limitada	61	74,46	2.839,000	0,712	Comportamento Desviante	Limitada	13	11,54	71,000	0,706
	Satisfatória	90	77,04				Satisfatória	10	12,60		
Problemas de Atenção	Limitada	61	78,75	2.577,000	0,522	Comportamento Intrusivo	Limitada	13	14,54	32,000	0,037
	Satisfatória	90	74,13				Satisfatória	10	8,70		
Comportamento Delinvente	Limitada	61	76,60	2.708,500	0,888	Queixas Somáticas	Limitada	13	14,12	37,500	0,083
	Satisfatória	90	75,59				Satisfatória	10	9,25		
Comportamento Agressivo	Limitada	61	76,14	2.736,500	0,974	Problemas de Atenção	Limitada	13	14,58	31,500	0,035
	Satisfatória	90	75,91				Satisfatória	10	8,65		
Internalização	Limitada	61	81,40	2.476,500	0,260	Internalização	Limitada	13	11,69	69,000	0,803
	Satisfatória	91	73,21				Satisfatória	10	12,40		
Externalização	Limitada	61	78,48	2.655,000	0,650	Externalização	Limitada	13	15,00	26,000	0,015
	Satisfatória	91	75,18				Satisfatória	10	8,10		

Tabela 10: Diferenças no percurso escolar relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<i>YSR</i>	Percurso Escolar	N	Mean Rank	U	P	<i>ASR</i>	Percurso Escolar	N	Mean Rank	U	P
Isolamento	Insatisfatório	102	114,34	6.409,500	0,973	Ansiedade/ Depressão	Insatisfatório	42	40,90	815,500	0,290
	Satisfatório	126	114,63				Satisfatório	34	35,53		
Queixas Somáticas	Insatisfatório	102	120,54	7.042,500	0,250	Isolamento	Insatisfatório	42	39,95	775,000	0,376
	Satisfatório	127	110,55				Satisfatório	33	35,52		
Ansiedade/ Depressão	Insatisfatório	102	114,07	6.382,000	0,848	Alterações de Pensamento	Insatisfatório	42	41,44	837,500	0,116
	Satisfatório	127	115,75				Satisfatório	33	33,62		
Problemas Sociais	Insatisfatório	102	118,40	6.823,500	0,481	Comportamento Agressivo	Insatisfatório	42	41,56	842,500	0,108
	Satisfatório	127	112,27				Satisfatório	33	33,47		

Alterações de Pensamento	Insatisfatório	102	119,90	6.966,500	0,312	Comportamento Desviante	Insatisfatório	42	35,62	593,000	0,280
	Satisfatório	127	111,15				Satisfatório	33	41,03		
Problemas de Atenção	Insatisfatório	102	117,11	6.692,000	0,664	Comportamento Intrusivo	Insatisfatório	42	41,24	829,000	0,140
	Satisfatório	127	113,31				Satisfatório	33	33,88		
Comportamento Delinquente	Insatisfatório	102	120,25	7.012,000	0,276	Queixas Somáticas	Insatisfatório	42	38,89	730,500	0,685
	Satisfatório	127	110,79				Satisfatório	33	36,86		
Comportamento Agressivo	Insatisfatório	102	125,89	7.587,500	0,025	Problemas de Atenção	Insatisfatório	42	41,12	824,000	0,160
	Satisfatório	127	106,26				Satisfatório	33	34,03		
Internalização	Insatisfatório	102	118,57	8.841,500	0,531	Internalização	Insatisfatório	42	40,54	799,500	0,255
	Satisfatório	128	113,05				Satisfatório	33	35,77		
Externalização	Insatisfatório	102	125,19	7.516,500	0,048	Externalização	Insatisfatório	42	44,14	951,000	0,006
	Satisfatória	128	107,78				Satisfatório	33	30,18		

Tabela 11: Diferenças do suporte social relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<i>ASR</i>	Suporte Social	N	Mean Rank	U	P
Ansiedade/ Depressão	Pior ≤ 11	6	10,25	67,500	0,365
	Melhor ≥ 12	18	13,25		
Isolamento	Pior ≤ 11	6	9,58	65,500	0,300
	Melhor ≥ 12	17	12,85		
Alterações de Pensamento	Pior ≤ 11	6	9,75	64,500	0,334
	Melhor ≥ 12	17	12,79		
Comportamento Agressivo	Pior ≤ 11	6	13,50	42,000	0,524
	Melhor ≥ 12	17	11,47		
Comportamento Desviante	Pior ≤ 11	6	12,75	46,500	0,749
	Melhor ≥ 12	17	11,74		
Comportamento Intrusivo	Pior ≤ 11	6	13,33	43,000	0,567
	Melhor ≥ 12	17	11,53		
Queixas Somáticas	Pior ≤ 11	6	14,67	35,000	0,254
	Melhor ≥ 12	17	11,06		
Problemas de Atenção	Pior ≤ 11	6	16,92	21,500	0,036
	Melhor ≥ 12	17	10,26		
Internalização	Pior ≤ 11	6	8,33	73,000	0,122
	Melhor ≥ 12	17	13,29		
Externalização	Pior ≤ 11	6	14,50	36,00	0,290
	Melhor ≥ 12	17	11,12		

Tabela 12: Diferenças em relação aos internamentos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<i>ASR</i>	Internamentos	N	Mean Rank	U	P
Ansiedade/ Depressão	C/internamentos	23	31,63	451,500	0,073
	S/internamentos	53	41,48		
Isolamento	C/internamentos	22	43,16	469,500	0,181
	S/internamentos	53	35,86		
Alterações de Pensamento	C/internamentos	22	41,11	514,500	0,416
	S/internamentos	53	36,71		
Comportamento Agressivo	C/internamentos	22	37,95	582,000	0,911
	S/internamentos	53	38,02		
Comportamento Desviante	C/internamentos	22	43,95	452,000	0,123
	S/internamentos	53	35,53		
Comportamento Intrusivo	C/internamentos	22	48,23	375,500	0,008
	S/internamentos	53	33,75		
Queixas Somáticas	C/internamentos	22	37,66	575,500	0,929
	S/internamentos	53	38,14		
Problemas de Atenção	C/internamentos	22	31,11	431,500	0,077
	S/internamentos	53	40,86		
Internalização	C/internamentos	22	43,57	460,500	0,153
	S/internamentos	53	35,69		
Externalização	C/internamentos	22	24,57	287,500	0,001
	S/internamentos	53	43,58		

Tabela 13: Diferenças em relação aos cuidados intensivos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<i>ASR</i>	Cuidados Intensivos	N	Mean Rank	U	P
Ansiedade/ Depressão	Com Cuidados	19	30,13	382,500	0,056
	Sem Cuidados	57	41,29		
Isolamento	Com Cuidados	18	42,64	429,500	0,295
	Sem Cuidados	57	36,54		
Alterações de Pensamento	Com Cuidados	18	39,25	490,500	0,776
	Sem Cuidados	57	37,61		
Comportamento Agressivo	Com Cuidados	18	36,42	484,500	0,722
	Sem Cuidados	57	38,50		

Comportamento Desviante	Com Cuidados	18	44,17	402,000	0,164
	Sem Cuidados	57	36,05		
Comportamento Intrusivo	Com Cuidados	18	49,14	312,500	0,011
	Sem Cuidados	57	34,48		
Queixas Somáticas	Com Cuidados	18	39,00	495,000	0,821
	Sem Cuidados	57	37,68		
Problemas de Atenção	Com Cuidados	18	32,25	409,500	0,197
	Sem Cuidados	57	39,82		
Internalização	Com Cuidados	18	41,56	449,000	0,426
	Sem Cuidados	57	36,88		
Externalização	Com Cuidados	18	24,92	277,500	0,003
	Sem Cuidados	57	42,13		

Tabelas 14: Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato (YSR), segundo Correlação de *Spearman*

<u>YSR</u>		Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Responsabilidade
Isolamento	r1	0,266**	0,015	0,082	0,126	0,106
	p	0,000	0,846	0,280	0,096	0,160
	N	176	176	176	176	176
Queixas Somáticas	r1	-0,060	-0,046	-0,108	0,037	-0,088
	p	0,425	0,546	0,154	0,063	0,169
	N	177	177	177	177	177
Ansiedade/ Depressão	r1	0,296**	0,219**	0,171*	0,063	0,169*
	p	0,000	0,003	0,023	0,402	0,025
	N	177	177	177	177	177
Problemas Sociais	r1	0,179*	0,125	0,130	0,076	0,035
	p	0,017	0,096	0,084	0,315	0,640
	N	177	177	177	177	177
Alterações de Pensamento	r1	0,142	0,224**	0,066	0,132	0,114
	p	0,059	0,003	0,380	0,080	0,132
	N	177	177	177	177	177
Problemas de Atenção	r1	0,194**	0,185*	0,036	0,114	-0,030
	p	0,010	0,014	0,633	0,132	0,688
	N	177	177	177	177	177
Comportamento Delinquente	r1	0,022	0,054	-0,056	-0,006	-0,086
	p	0,766	0,472	0,457	0,939	0,256
	N	177	177	177	177	177
Comportamento Agressivo	r1	0,162*	0,221**	0,141	0,118	0,106
	p	0,031	0,003	0,061	0,117	0,160
	N	177	177	177	177	177
Internalização	r1	0,255**	0,143	0,129	0,082	0,072
	p	0,001	0,057	0,086	0,278	0,340
	N	178	178	178	178	178
Externalização	r1	0,104	0,185*	0,106	0,055	0,006

	p	0,167	0,014	0,157	0,468	0,937
	N	178	178	178	178	178

Tabelas 15: Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato (ASR), segundo Correlação de *Spearman*

<i>ASR</i>		Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Responsabilidade
Ansiedade/ Depressão	r1	0,445*	- 0,210	0,083	0,298	0,175
	p	0,011	0,249	0,652	0,097	0,338
	N	32	32	32	32	32
Isolamento	r1	0,400*	-0,452*	-0,292	0,208	-0,096
	p	0,026	0,011	0,111	0,261	0,607
	N	31	31	31	31	31
Alterações de Pensamento	r1	0,120	- 0,073	- 0,122	- 0,008	0,070
	p	0,522	0,694	0,513	0,967	0,707
	N	31	31	31	31	31
Comportamento Agressivo	r1	0,237	- 0,161	- 0,245	- 0,011	- 0,069
	p	0,200	0,388	0,184	0,954	0,712
	N	31	31	31	31	31
Comportamento Desviante	r1	0,236	- 0,206	0,123	0,136	0,049
	p	0,201	0,267	0,510	0,467	0,795
	N	31	31	31	31	31
Comportamento Intrusivo	r1	0,101	0,188	0,008	- 0,005	0,022
	p	0,588	0,311	0,966	0,979	0,909
	N	31	31	31	31	31
Queixas Somáticas	r1	- 0,037	- 0,296	-0,221	-0,111	-0,358*
	p	0,844	0,106	0,231	0,553	0,048
	N	31	31	31	31	31
Problemas de Atenção	r1	0,038	- 0,004	- 0,211	- 0,218	- 0,177
	p	0,841	0,983	0,255	0,240	0,530
	N	31	31	31	31	31
Internalização	r1	0,280	- 0,140	- 0,118	0,210	0,084
	p	0,127	0,454	0,526	0,258	0,652
	N	31	31	31	31	31
Externalização	r1	0,228	- 0,145	- 0,108	- 0,187	- 0,229
	p	0,218	0,437	0,562	0,315	0,216
	N	31	31	31	31	31

Tabela 16: Resultados entre a morbilidade psiquiátrica com as dimensões do ajustamento psicossocial do auto-relato, segundo Correlação de *Spearman*

<i>ASR</i>		Morbilidade Psiquiátrica	<i>ASR</i>		Morbilidade Psiquiátrica
Isolamento	r1	0,147*	Ansiedade/ Depressão	r1	0,194
	P	0,028		p	0,093

	N	226		N	76
Queixas Somáticas	r1	0,251**	Isolamento	r1	0,165
	p	0,000		p	0,156
	N	227		N	75
Ansiedade/ Depressão	r1	0,257**	Alterações de Pensamento	r1	0,071
	p	0,000		p	0,542
	N	227		N	75
Problemas Sociais	r1	0,175**	Comportamento Agressivo	r1	0,207
	p	0,008		p	0,074
	N	227		N	75
Alterações de Pensamento	r1	0,234**	Comportamento Desviante	r1	- 0,081
	p	0,000		p	0,490
	N	227		N	75
Problemas de Atenção	r1	0,229**	Comportamento Intrusivo	r1	0,016
	p	0,000		p	0,893
	N	227		N	75
Comportamento Delinquente	r1	0,128	Queixas Somáticas	r1	- 0,001
	p	0,054		p	0,995
	N	227		N	75
Comportamento Agressivo	r1	0,215**	Problemas de Atenção	r1	0,060
	p	0,001		p	0,611
	N	227		N	75
Internalização	r1	0,281**	Internalização	r1	0,244*
	p	0,000		p	0,035
	N	228		N	75
Externalização	r1	0,219**	Externalização	r1	0,059
	p	0,001		p	0,616
	N	228		N	75

Tabela 17: Resultados entre a qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (YSR), segundo Correlação de *Spearman*

	<i>YSR</i>	Domínio				
		Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Isolamento	r1	- 0,240**	- 0,293**	- 0,267**	- 0,143*	- 0,178**
	p	0,000	0,000	0,000	0,035	0,008
	N	219	219	219	219	219
Queixas Somáticas	r1	- 0,254**	- 0,106	- 0,198**	- 0,204**	-0,071
	p	0,000	0,117	0,003	0,002	0,298
	N	220	220	220	220	220
Ansiedade/ Depressão	r1	- 0,205**	- 0,158*	- 0,265**	- 0,230**	- 0,075
	p	0,002	0,019	0,000	0,001	0,268
	N	220	220	220	220	220
Problemas Sociais	r1	- 0,170*	- 0,289**	- 0,334**	- 0,134*	- 0,106
	p	0,012	0,000	0,000	0,048	0,118

	N	220	220	220	220	220
Alterações de Pensamento	r1	- 0,082	- 0,096	- 0,245**	- 0,121	- 0,003
	p	0,223	0,155	0,000	0,074	0,967
	N	220	220	220	220	220
Problemas de Atenção	r1	- 0,257**	- 0,250**	- 0,323**	- 0,262**	- 0,126
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,062
	N	220	220	220	220	220
Comportamento Delinquente	r1	- 0,232**	- 0,136*	- 0,131	- 0,156*	- 0,126
	p	0,001	0,044	0,052	0,021	0,062
	N	220	220	220	220	220
Comportamento Agressivo	r1	- 0,236*	- 0,100	- 0,188**	- 0,192*	- 0,086
	p	0,000	0,139	0,005	0,004	0,206
	N	220	220	220	220	220
Internalização	r1	- 0,302**	- 0,221**	- 0,328**	- 0,306**	- 0,136*
	p	0,000	0,001	0,000	0,000	0,043
	N	221	221	221	221	221
Externalização	r1	- 0,259**	- 0,090	- 0,152*	- 0,177*	- 0,088
	p	0,000	0,184	0,024	0,008	0,191
	N	221	221	221	221	221

Tabela 18: Resultados entre a qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (ASR), segundo Correlação de *Spearman*

<i>ASR</i>		Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Ansiedade/ Depressão	r1	- 0,199	- 0,211	- 0,348**	- 0,291*	- 0,422**
	p	0,085	0,068	0,002	0,011	0,000
	N	76	76	76	76	76
Isolamento	r1	- 0,305**	- 0,350**	- 0,262*	- 0,314**	- 0,207
	p	0,008	0,002	0,023	0,006	0,075
	N	75	75	75	75	75
Alterações de Pensamento	r1	- 0,037	- 0,057	- 0,325**	- 0,285*	- 0,370**
	p	0,754	0,624	0,004	0,013	0,001
	N	75	75	75	75	75
Comportamento Agressivo	r1	- 0,148	- 0,203	- 0,295*	- 0,264*	- 0,336**
	p	0,204	0,081	0,010	0,022	0,003
	N	75	75	75	75	75
Comportamento Desviante	r1	- 0,134	- 0,107	- 0,126	- 0,152	- 0,220
	p	0,250	0,362	0,282	0,192	0,058
	N	75	75	75	75	75
Comportamento Intrusivo	r1	0,023	0,019	- 0,211	- 0,015	- 0,104
	p	0,848	0,869	0,070	0,898	0,376
	N	75	75	75	75	75
Queixas Somáticas	r1	- 0,191	- 0,178	- 0,346**	- 0,180	- 0,272*
	p	0,100	0,127	0,002	0,123	0,018
	N	75	75	75	75	75

Problemas de Atenção	r1	- 0,143	- 0,181	- 0,129	- 0,139	- 0,234*
	p	0,219	0,120	0,270	0,243	0,043
	N	75	75	75	75	75
Internalização	r1	- 0,096	- 0,084	- 0,227	- 0,172	- 0,212
	p	0,411	0,471	0,050	0,141	0,068
	N	75	75	75	75	75
Externalização	r1	- 0,113	- 0,163	- 0,161	- 0,173	- 0,282*
	p	0,334	0,161	0,166	0,137	0,014
	N	75	75	75	75	75

Tabela 19: Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (YSR), segundo a Correlação de Spearman

<i>YSR</i>		MDD	MDI	FCRC	FCRM	Código	Pro. Chave	Stroop P	Stroop C	Stroop PC	TMT A	TMT B	ML
Isolamento	r1	-0,105	-0,172*	-0,085	-0,073	-0,093	-0,136	-0,018	0,002	-0,052	0,123	0,070	-0,113
	P	0,184	0,029	0,271	0,343	0,235	0,083	0,816	0,975	0,501	0,110	0,364	0,151
	N	162	162	171	171	164	162	172	172	172	170	170	162
Queixas Somáticas	r1	-0,068	-0,133	-0,052	-0,042	0,018	-0,011	0,033	-0,023	-0,080	0,083	0,030	-0,177*
	P	0,388	0,091	0,496	0,584	0,822	0,890	0,662	0,766	0,297	0,281	0,696	0,024
	N	163	163	172	172	165	163	173	173	173	171	171	163
Ansiedade/ Depressão	r1	-0,148	-0,064	-0,168*	-0,066	0,005	-0,102	0,017	0,038	0,007	0,084	0,081	-0,077
	P	0,060	0,417	0,028	0,388	0,948	0,196	0,824	0,617	0,926	0,273	0,292	0,329
	N	163	163	172	172	165	163	173	173	173	171	171	163
Problemas Sociais	r1	-0,205**	-0,208**	-0,061	-0,057	-0,205**	-0,002	-0,070	-0,091	-0,171*	0,188*	0,203**	-0,095
	P	0,009	0,008	0,426	0,459	0,008	0,984	0,358	0,233	0,024	0,014	0,008	0,229
	N	163	163	172	172	165	163	173	173	173	171	171	163
Alterações de Pensamento	r1	-0,259**	-0,294**	-0,097	-0,108	-0,144	-0,031	-0,032	-0,072	-0,098	0,121	0,186*	-0,017
	P	0,001	0,000	0,207	0,159	0,065	0,695	0,678	0,349	0,199	0,116	0,015	0,829
	N	163	163	172	172	165	163	173	173	173	171	171	163
Problemas de Atenção	r1	-0,164*	-0,290**	-0,113	-0,074	-0,113	-0,137	-0,002	-0,019	-0,151*	0,111	0,113	-0,022
	P	0,037	0,000	0,141	0,336	0,147	0,081	0,978	0,048	0,048	0,147	0,142	0,776
	N	163	163	172	172	165	163	173	173	173	171	171	163
Comportamento Delinvente	r1	-0,118	-0,288**	-0,166*	-0,084	-0,091	-0,005	0,008	0,016	-0,133	0,104	0,098	-0,131
	P	0,134	0,000	0,030	0,273	0,245	0,949	0,914	0,832	0,081	0,175	0,203	0,095
	N	163	163	172	172	165	163	173	173	173	171	171	163
Comportamento Agressivo	r1	-0,207**	-0,295**	-0,205**	-0,207**	-0,090	-0,005	-0,010	-0,020	-0,074	0,058	0,155*	-0,130
	P	0,008	0,000	0,007	0,006	0,249	0,945	0,897	0,790	0,333	0,454	0,043	0,098
	N	163	163	172	172	165	163	173	173	173	171	171	163
Internalização	r1	-0,116	-0,140	-0,131	-0,085	-0,033	-0,138	0,015	0,012	-0,035	0,119	0,071	-0,160*
	P	0,138	0,074	0,085	0,267	0,670	0,079	0,841	0,876	0,648	0,120	0,352	0,041
	N	164	164	173	173	166	164	174	174	174	172	172	164
Externalização	r1	-0,177*	-0,315**	-0,225**	-0,202**	-0,110	-0,043	-0,016	-0,021	-0,103	0,094	0,145	-0,119
	P	0,023	0,000	0,003	0,008	0,158	0,581	0,830	0,785	0,175	0,220	0,058	0,129

	N	164	164	173	173	166	164	174	174	174	172	172	164
--	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Tabela 20: Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (ASR), segundo a Correlação de Spearman

ASR		MDD	MDI	FCRC	FCRM	Código	Pro. Chave	Stroop P	Stroop C	Stroop PC	TMT A	TMT B	ML
Ansiedade/ Depressão	r1	-0,187	-0,310	-0,253	-0,275	-0,213	-0,206	0,086	-0,127	-0,452*	0,169	-0,099	-0,344
	P	0,314	0,090	170	0,135	0,250	0,267	0,645	0,497	0,011	0,362	0,595	0,058
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Isolamento	r1	-0,294	-0,297	0,135	-0,080	-0,158	-0,201	0,091	0,047	-0,310	0,275	0,033	-0,441*
	P	0,115	0,111	0,476	0,674	0,405	0,286	0,633	0,805	0,095	0,141	0,862	0,015
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Alterações de Pensamento	r1	-0,253	-0,370*	-0,245	-0,352	-0,340	-0,008	-0,037	0,077	-0,192	0,058	-0,086	-0,408*
	P	0,177	0,044	0,191	0,057	0,066	0,968	0,848	0,685	0,308	0,760	0,652	0,025
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Comportamento Agressivo	r1	-0,174	-0,184	-0,257	-0,296	-0,196	-0,135	0,141	-0,075	-0,175	0,208	-0,110	-0,439*
	P	0,358	0,330	0,170	0,112	0,299	0,478	0,457	0,693	0,355	0,270	0,563	0,015
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Comportamento Desviante	r1	0,147	0,110	-0,011	-0,035	-0,174	-0,235	-0,101	-0,101	-0,347	-0,063	-0,112	-0,364*
	P	0,437	0,562	0,955	0,855	0,357	0,211	0,595	0,597	0,061	0,741	0,556	0,048
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Comportamento Intrusivo	r1	-0,197	-0,180	-0,229	-0,152	-0,161	-0,137	-0,314	-0,029	-0,033	-0,090	-0,033	-0,147
	P	0,298	0,341	0,224	0,422	0,395	0,472	0,091	0,878	0,863	0,637	0,863	0,438
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Queixas Somáticas	r1	-0,169	-0,170	-0,001	-0,028	0,004	0,081	0,113	-0,121	0,144	0,106	0,183	-0,003
	P	0,373	0,369	0,994	0,882	0,984	0,671	0,552	0,524	0,449	0,578	0,334	0,986
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Problemas de Atenção	r1	-0,144	-0,018	-0,115	-0,019	0,201	0,192	0,341	0,257	0,288	0,260	-0,039	-0,032
	P	0,448	0,926	0,545	0,920	0,286	0,310	0,065	0,170	0,123	0,166	0,836	0,868
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Internalização	r1	-0,162	-0,387*	-0,140	-0,315	-0,376*	-0,241	-0,072	-0,058	-0,445*	0,114	-0,095	-0,532**
	P	0,393	0,035	0,462	0,090	0,040	0,200	0,706	0,761	0,014	0,548	0,619	0,002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Externalização	r1	-0,350	-0,327	-0,160	-0,160	-0,039	0,105	0,167	0,061	0,162	0,171	-0,007	-0,057
	P	0,058	0,078	0,397	0,398	0,837	0,582	0,379	0,750	0,394	0,367	0,971	0,766
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Tabela 21: Resultados entre as variáveis neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato, segundo Correlação de Spearman

<i>YSP</i>	Perímetro Cefálico	Apgar 1	Apgar 2	Peso	Comprimento
------------	--------------------	---------	---------	------	-------------

Isolamento	r1	- 0,162	0,008	0,009	- 0,112	- 0,107
	P	0,072	0,930	0,918	0,200	0,229
	N	124	126	126	133	129
Queixas Somáticas	r1	0,072	- 0,099	- 0,121	0,023	-0,024
	P	0,422	0,269	0,175	0,796	0,783
	N	125	127	127	134	130
Ansiedade/ Depressão	r1	- 0,144	0,030	0,061	- 0,102	- 0,066
	P	0,110	0,736	0,495	0,240	0,457
	N	125	127	127	134	130
Problemas Sociais	r1	- 0,054	- 0,014	- 0,016	- 0,040	0,1167
	P	0,549	0,879	0,860	0,647	0,191
	N	125	127	127	134	120
Alterações de Pensamento	r1	- 0,082	0,059	0,071	0,011	- 0,029
	P	0,364	0,513	0,425	0,902	0,741
	N	125	127	127	134	130
Problemas de Atenção	r1	- 0,027	0,077	0,195*	0,026	0,160
	P	0,762	0,392	0,028	0,766	0,069
	N	125	127	127	134	130
Comportamento Delinquente	r1	0,193*	0,142	0,115	0,133	0,154
	P	0,031	0,112	0,199	0,125	0,081
	N	125	127	127	134	130
Comportamento Agressivo	r1	0,043	- 0,063	- 0,017	0,026	0,034
	P	0,635	0,479	0,851	0,766	0,700
	N	125	127	127	134	130
Internalização	r1	- 0,087	- 0,004	0,001	- 0,128	- 0,139
	P	0,334	0,966	0,992	0,140	0,112
	N	126	128	128	135	131
Externalização	r1	0,085	0,046	0,039	0,046	0,026
	P	0,342	0,608	0,659	0,598	0,765
	N	126	128	128	135	131

Tabela 22: Resultados entre variáveis demográficas e clínicas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (YSR), segundo Correlação de Spearman

	YSR	Idade	Anos de Escolaridade	Nº de Suporte Social	Nº de Intervenções Cirúrgicas	Nº de Reprovações
Isolamento	r1	0,056	0,071	-0,125	0,151*	0,097
	P	0,400	0,282	0,128	0,022	0,144
	N	228	228	150	228	228
Queixas Somáticas	r1	0,010	0,094	- 0,035	0,061	0,015
	P	0,882	0,158	0,667	0,355	0,818
	N	229	229	150	229	229
Ansiedade/	r1	0,056	0,063	- 0,020	-0,021	0,096

Depressão	P	0,397	0,345	0,807	0,754	0,148
	N	229	229	150	229	229
Problemas Sociais	r1	0,036	0,037	- 0,015	0,147*	0,167*
	P	0,589	0,582	0,858	0,026	0,011
	N	229	229	150	229	229
Alterações de Pensamento	r1	0,057	0,077	-0,0118	- 0,086	0,207**
	P	0,395	0,248	0,150	0,196	0,002
	N	229	229	150	229	229
Problemas de Atenção	r1	0,074	0,064	-0,194*	-0,022	0,157*
	P	0,263	0,338	0,018	0,742	0,017
	N	229	229	150	229	229
Comportamento Delinvente	r1	0,216**	0,214**	- 0,015	0,124	0,167*
	P	0,001	0,001	0,859	0,060	0,012
	N	229	229	150	229	229
Comportamento Agressivo	r1	0,049	0,037	-0,080	0,061	0,150*
	P	0,457	0,574	0,332	0,361	0,024
	N	229	229	150	229	229
Internalização	r1	0,061	0,113	-0,068	0,054	0,073
	P	0,357	0,087	0,408	0,414	0,273
	N	230	230	151	230	230
Externalização	r1	0,108	0,105	- 0,054	0,101	0,154*
	P	0,101	0,111	0,510	0,127	0,020
	N	230	230	151	230	230

Tabela 23: Resultados entre variáveis demográficas e clínicas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o auto-relato (ASR), segundo Correlação de *Spearman*

<u>ASR</u>		Idade	Anos de Escolaridade	Nº de Suporte Social	Nº de Intervenções Cirúrgicas	Nº de Reprovações
Ansiedade/ Depressão	r1	0,052	0,030	-0,277	0,071	0,360**
	P	0,654	0,795	0,190	0,540	0,001
	N	76	76	24	76	76
Isolamento	r1	-0,093	- 0,130	0,078	0,156	0,284*
	P	0,430	0,266	0,724	0,181	0,013
	N	75	75	23	75	75
Alterações de Pensamento	r1	- 0,062	- 0,089	- 0,232	0,107	0,285*
	P	0,599	0,450	0,288	0,362	0,013
	N	75	75	23	75	75
Comportamento Agressivo	r1	- 0,100	- 0,147	- 0,482*	0,013	0,247*
	P	0,392	0,208	0,020	0,914	0,032
	N	75	75	23	75	75
Comportamento Desviante	r1	- 0,255*	0,116	0,208	- 0,022	0,163
	P	0,028	0,321	0,342	0,848	0,163

	N	75	75	23	75	75
Comportamento Intrusivo	r1	0,035	- 0,151	0,226	0,140	0,199
	P	0,765	0,195	0,300	0,231	0,087
	N	75	75	23	75	75
Queixas Somáticas	r1	- 0,048	0,093	0,216	- 0,079	0,031
	P	0,685	0,429	0,323	0,500	0,789
	N	75	75	23	75	75
Problemas de Atenção	r1	- 0,040	- 0,106	- 0,351	- 0,009	0,212
	P	0,736	0,363	0,100	0,936	0,067
	N	75	75	23	75	75
Internalização	r1	- 0,173	- 0,047	0,057	- 0,080	0,363**
	P	0,139	0,692	0,796	0,498	0,001
	N	75	75	23	75	75
Externalização	r1	0,143	- 0,156	- 0,325	0,030	0,345**
	P	0,222	0,182	0,130	0,796	0,002
	N	75	75	23	75	75

Tabela 24: Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - YSR) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Modelo	R	R ²	F	P	β	T	P
2	0,437	0,191	16,604	0,000			
Diagnóstico Psiquiátrico					0,364	4,779	0,000
Neuroticismo					0,280	3,672	0,000

Tabela 25: Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - YSR) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Modelo	R	R ²	F	P	β	T	P
4	0,375	0,140	5,672	0,000			
Percurso Escolar Insatisfatório					0,215	2,729	0,007
Diagnóstico Psiquiátrico					0,199	2,509	0,013
Extroversão					0,303	2,986	0,003
Responsabilidade					-0,212	-2,080	0,039

Tabela 26: Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - ASR) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Modelo	R	R ²	F	P	β	T	P
1	0,603	0,363	11,410	0,003			
Percurso Escolar Insatisfatório					0,603	3,370	0,003

Tabela 27: Preditores do ajustamento psicossocial (auto-relato - ASR) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Modelo	R	R ²	F	P	β	T	P
1	0,605	0,366	11,562	0,003			
Idade (19-30)					0,605	3,400	0,003

- Relato dos Cuidadores (CBCL e ABCL)

Tabela 28: Diferenças entre género relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<u>ABCL</u>	Género	N	Mean Rank	U	P
Ansiedade/ Depressão	Masculino	36	34,76	566,500	0,906
	Feminino	32	34,20		
Isolamento	Masculino	36	35,36	545,000	0,700
	Feminino	32	33,63		
Alterações de Pensamento	Masculino	36	34,96	559,500	0,836
	Feminino	32	33,98		
Comportamento Agressivo	Masculino	36	28,82	780,500	0,007
	Feminino	32	40,89		
Comportamento Desviante	Masculino	36	35,06	556,000	0,805
	Feminino	32	33,88		
Comportamento Intrusivo	Masculino	36	33,12	625,500	0,541
	Feminino	32	36,05		
Queixas Somáticas	Masculino	36	34,67	570,000	0,940
	Feminino	32	34,31		
Problemas de Atenção	Masculino	36	29,39	760,000	0,022
	Feminino	32	40,25		
Internalização	Masculino	35	31,89	634,000	0,352

	Feminino	32	36,31		
Externalização	Masculino	35	35,81	496,500	0,425
	Feminino	32	32,02		

Tabela 29: Diferenças entre pacientes com ou sem intervenção cirúrgica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<u>ABCL</u>	Intervenção	N	Mean Rank	U	P
Ansiedade/ Depressão	C/intervenção	50	34,72	439,000	0,877
	S/intervenção	18	33,89		
Isolamento	C/intervenção	50	34,91	429,500	0,773
	S/intervenção	18	33,36		
Queixas Somáticas	C/intervenção	50	35,00	425,000	0,723
	S/intervenção	18	33,11		
Alterações de Pensamento	C/intervenção	50	33,32	509,000	0,380
	S/intervenção	18	37,78		
Problemas de Atenção	C/intervenção	50	35,73	388,500	0,391
	S/intervenção	18	31,08		
Comportamento Agressivo	C/intervenção	50	35,56	397,000	0,459
	S/intervenção	18	31,56		
Comportamento Desviante	C/intervenção	50	35,68	391,000	0,399
	S/intervenção	18	31,22		
Comportamento Intrusivo	C/intervenção	50	37,76	287,000	0,022
	S/intervenção	18	25,44		
Internalização	C/intervenção	49	35,87	349,500	0,194
	S/intervenção	18	28,92		
Externalização	C/intervenção	49	35,07	388,500	0,457
	S/intervenção	18	31,08		

Tabela 30: Diferenças entre o número de intervenções cirúrgicas nas dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<u>CBCL</u>	Nº de Intervenções Cirúrgicas	N	Mean Rank	U	P	<u>ABCL</u>	Nº de Intervenções Cirúrgicas	N	Mean Rank	U	P
Isolamento	< 2 Cirurgia	179	109,40	5.477,500	0,015	Ansiedade/ Depressão	< 2 Cirurgia	45	33,23	529,500	0,642
	≥ 2 Cirurgias	50	135,05				≥ 2 Cirurgias	22	35,57		

Queixas Somáticas	< 2 Cirurgia	179	110,69	5.246,000	0,060	Isolamento	< 2 Cirurgia	45	31,67	600,000	0,157
	≥ 2 Cirurgias	50	130,42				≥ 2 Cirurgias	22	38,77		
Ansiedade/Depressão	< 2 Cirurgia	179	112,22	4.972,000	0,228	Queixas Somáticas	< 2 Cirurgia	45	32,30	824,500	0,297
	≥ 2 Cirurgias	50	124,94				≥ 2 Cirurgias	22	37,48		
Problemas Sociais	< 2 Cirurgia	179	110,58	5.266,500	0,053	Alterações de Pensamento	< 2 Cirurgia	45	35,17	442,500	0,452
	≥ 2 Cirurgias	50	130,83				≥ 2 Cirurgias	22	31,61		
Alterações de Pensamento	< 2 Cirurgia	179	109,75	5.415,500	0,015	Problemas de Atenção	< 2 Cirurgia	45	32,44	565,000	0,348
	≥ 2 Cirurgias	50	133,81				≥ 2 Cirurgias	22	37,18		
Problemas de Atenção	< 2 Cirurgia	179	110,78	5.230,000	0,067	Comportamento Agressivo	< 2 Cirurgia	45	32,30	571,500	0,305
	≥ 2 Cirurgias	50	130,10				≥ 2 Cirurgias	22	37,48		
Comportamento Delinquente	< 2 Cirurgia	179	111,09	5.174,500	0,083	Comportamento Desviante	< 2 Cirurgia	45	33,01	539,500	0,540
	≥ 2 Cirurgias	50	128,99				≥ 2 Cirurgias	22	36,02		
Comportamento Agressivo	< 2 Cirurgia	179	113,96	4.660,500	0,653	Comportamento Intrusivo	< 2 Cirurgia	45	29,13	714,000	0,003
	≥ 2 Cirurgias	50	118,71				≥ 2 Cirurgias	22	43,95		
Internalização	< 2 Cirurgia	180	109,58	5.565,000	0,010	Internalização	< 2 Cirurgia	44	30,17	630,500	0,046
	≥ 2 Cirurgias	50	136,80				≥ 2 Cirurgias	22	40,16		
Externalização	< 2 Cirurgia	180	112,01	5.127,500	0,131	Externalização	< 2 Cirurgia	44	32,02	549,000	0,376
	≥ 2 Cirurgias	50	128,05				≥ 2 Cirurgias	22	36,45		

Tabela 31: Diferenças entre competência física limitada e satisfatória relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<u>CBCL</u>	Competência Física			U	P	<u>ABCL</u>	Competência Física			U	P
	Limitada	N	Mean Rank				Limitada	N	Mean Rank		
Isolamento	Limitada	62	81,95	2.576,000	0,305	Ansiedade/Depressão	Limitada	12	14,75	33,000	0,038
	Satisfatória	92	74,50				Satisfatória	11	9,00		
Queixas Somáticas	Limitada	62	91,92	1.958,000	0,001	Isolamento	Limitada	12	15,00	30,000	0,025
	Satisfatória	92	67,78				Satisfatória	11	8,73		
Ansiedade/Depressão	Limitada	62	76,94	2.886,500	0,898	Alterações de Pensamento	Limitada	12	12,96	54,500	0,442
	Satisfatória	92	77,88				Satisfatória	11	10,95		
Problemas Sociais	Limitada	62	81,79	2.586,000	0,320	Comportamento Agressivo	Limitada	12	14,83	32,000	0,035
	Satisfatória	92	74,61				Satisfatória	11	8,91		
Alterações de Pensamento	Limitada	62	78,06	2.817,000	0,891	Comportamento Desviante	Limitada	12	15,71	21,500	0,004
	Satisfatória	92	77,12				Satisfatória	11	7,95		
Problemas de Atenção	Limitada	62	77,98	2.822,000	0,912	Comportamento Intrusivo	Limitada	12	15,08	29,000	0,020
	Satisfatória	92	77,17				Satisfatória	11	8,64		
Comportamento Delinquente	Limitada	62	77,26	2.867,000	0,955	Queixas Somáticas	Limitada	12	13,17	52,000	0,358
	Satisfatória	92	77,66				Satisfatória	11	10,73		
Comportamento Agressivo	Limitada	62	75,79	2.958,000	0,695	Problemas de Atenção	Limitada	12	15,58	23,000	0,008
	Satisfatória	92	78,65				Satisfatória	11	8,09		
Internalização	Limitada	62	87,35	2.303,000	0,034	Internalização	Limitada	12	14,29	26,500	0,026
	Satisfatória	93	71,76				Satisfatória	10	8,15		

Externalização	Limitada	62	78,56	2.848,000	0,898	Externalização	Limitada	12	14,54	23,500	0,016
	Satisfatória	93	77,62				Satisfatória	10	7,85		

Tabela 32: Diferenças no percurso escolar relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<i>CBCL</i>	Percurso Escolar	N	Mean Rank	U	P
Isolamento	Insatisfatório	102	115,96	6.574,500	0,912
	Satisfatório	130	116,93		
Queixas Somáticas	Insatisfatório	102	107,69	5.731,000	0,073
	Satisfatório	130	123,42		
Ansiedade/ Depressão	Insatisfatório	102	117,92	6.775,000	0,774
	Satisfatório	130	115,38		
Problemas Sociais	Insatisfatório	102	119,79	6.966,000	0,502
	Satisfatório	130	113,92		
Alterações de Pensamento	Insatisfatório	102	113,96	6.371,000	0,583
	Satisfatório	130	118,49		
Problemas de Atenção	Insatisfatório	102	127,63	7.765,500	0,024
	Satisfatório	130	107,77		
Comportamento Delinvente	Insatisfatório	102	119,52	6.938,500	0,533
	Satisfatório	130	114,13		
Comportamento Agressivo	Insatisfatório	102	122,47	7.238,500	0,228
	Satisfatório	130	11,82		
Internalização	Insatisfatório	102	113,13	6.286,000	0,438
	Satisfatório	131	120,02		
Externalização	Insatisfatório	102	121,31	7.121,000	0,388
	Satisfatório	131	113,64		

Tabela 33: Diferenças em relação aos grupos etários relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<i>ABCL</i>	Grupos Etários	N	Mean Rank	U	P
Ansiedade/ Depressão	12-18	20	28,60	598,000	0,109
	19-30	48	36,96		
Isolamento	12-18	20	32,65	517,000	0,615
	19-30	48	35,27		
Alterações de Pensamento	12-18	20	32,65	517,000	0,594
	19-30	48	35,27		
	12-18	20	28,85	593,000	0,127

Comportamento Agressivo	19-30	48	36,85		
Comportamento Desviante	12-18	20	33,35	503,000	0,750
	19-30	48	34,98		
Comportamento Intrusivo	12-18	20	32,72	515,500	0,629
	19-30	48	35,24		
Queixas Somáticas	12-18	20	20,50	600,000	0,099
	19-30	48	37,00		
Problemas de Atenção	12-18	20	32,62	517,500	0,613
	19-30	48	35,28		
Internalização	12-18	19	31,24	508,500	0,464
	19-30	48	35,09		
Externalização	12-18	19	26,42	600,000	0,045
	19-30	48	37,00		

Tabela 34: Diferenças entre em relação à terapia farmacológica relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o teste *U de Mann-Whitney*

<u>ABCL</u>	Terapia Farmacológica	N	Mean Rank	U	P
Ansiedade/ Depressão	Com terapia	32	35,61	508,500	0,514
	Sem terapia	35	32,53		
Isolamento	Com terapia	32	34,88	532,000	0,722
	Sem terapia	35	33,20		
Alterações de Pensamento	Com terapia	32	35,95	497,500	0,402
	Sem terapia	35	32,21		
Comportamento Agressivo	Com terapia	32	35,30	518,500	0,601
	Sem terapia	35	32,81		
Comportamento Desviante	Com terapia	32	33,55	574,500	0,852
	Sem terapia	35	34,41		
Comportamento Intrusivo	Com terapia	32	35,62	508,000	0,509
	Sem terapia	35	32,51		
Queixas Somáticas	Com terapia	32	38,70	409,500	0,054
	Sem terapia	35	29,70		
Problemas de Atenção	Com terapia	32	32,38	612,000	0,513
	Sem terapia	35	35,49		
Internalização	Com terapia	32	33,72	537,000	0,928
	Sem terapia	34	33,29		
Externalização	Com terapia	32	38,84	373,000	0,028
	Sem terapia	34	28,47		

Tabela 35: Diferenças do suporte social relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<u>CBCL</u>	Suporte Social	N	Mean Rank	U	P	<u>ABCL</u>	Suporte Social	N	Mean Rank	U	P
Isolamento	Pior ≤ 11	61	80,07	2.375,000	0,229	Ansiedade/ Depressão	Pior ≤ 11	5	16,60	22,000	0,080
	Melhor ≥ 12	88	71,49				Melhor ≥ 12	18	10,72		
Queixas Somáticas	Pior ≤ 11	61	76,40	2.598,500	0,739	Isolamento	Pior ≤ 11	5	12,70	41,500	0,792
	Melhor ≥ 12	88	74,03				Melhor ≥ 12	18	11,81		
Ansiedade/ Depressão	Pior ≤ 11	61	80,44	2.352,000	0,198	Alterações de Pensamento	Pior ≤ 11	5	8,60	62,000	0,169
	Melhor ≥ 12	88	71,23				Melhor ≥ 12	18	12,94		
Problemas Sociais	Pior ≤ 11	61	76,45	2.595,500	0,729	Comportamento Agressivo	Pior ≤ 11	5	12,70	41,500	0,793
	Melhor ≥ 12	88	73,99				Melhor ≥ 12	18	11,81		
Alterações de Pensamento	Pior ≤ 11	61	73,81	2.756,500	0,766	Comportamento Desviante	Pior ≤ 11	5	17,20	19,000	0,044
	Melhor ≥ 12	88	75,82				Melhor ≥ 12	18	10,56		
Problemas de Atenção	Pior ≤ 11	61	81,29	2.300,500	0,137	Comportamento Intrusivo	Pior ≤ 11	5	13,60	37,000	0,542
	Melhor ≥ 12	88	70,64				Melhor ≥ 12	18	11,56		
Comportamento Delinquente	Pior ≤ 11	61	75,42	2.658,500	0,920	Queixas Somáticas	Pior ≤ 11	5	11,20	49,000	0,750
	Melhor ≥ 12	88	74,71				Melhor ≥ 12	18	12,22		
Comportamento Agressivo	Pior ≤ 11	61	75,80	2.635,500	0,851	Problemas de Atenção	Pior ≤ 11	5	18,40	13,000	0,016
	Melhor ≥ 12	88	74,45				Melhor ≥ 12	18	10,22		
Internalização	Pior ≤ 11	61	85,45	2.107,500	0,020	Internalização	Pior ≤ 11	5	11,70	41,500	0,937
	Melhor ≥ 12	89	68,68				Melhor ≥ 12	17	11,44		
Externalização	Pior ≤ 11	61	78,10	2.556,000	0,543	Externalização	Pior ≤ 11	5	14,10	29,500	0,306
	Melhor ≥ 12	89	73,72				Melhor ≥ 12	17	10,74		

Tabela 36: Diferenças em relação aos internamentos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<u>CBCL</u>	Internamentos	N	Mean Rank	U	P	<u>ABCL</u>	Internamentos	N	Mean Rank	U	P
Isolamento	C/ internamentos	101	116,59	6.624,500	0,935	Ansiedade/ Depressão	C/ internamentos	23	29,83	410,000	0,160
	S/ internamento	132	117,31				S/ internamento	45	36,89		
Queixas Somáticas	C/ internamentos	101	121,72	5.189,000	0,344	Isolamento	C/ internamentos	23	30,30	421,000	0,206
	S/ internamento	132	113,39				S/ internamento	45	36,64		
Ansiedade/ Depressão	C/ internamentos	101	112,13	6.174,000	0,332	Alterações de Pensamento	C/ internamentos	23	33,48	494,000	0,744
	S/ internamento	132	120,73				S/ internamento	45	35,02		
Problemas Sociais	C/ internamentos	101	120,54	6.308,000	0,477	Comportamento Agressivo	C/ internamentos	23	34,66	516,500	0,990
	S/ internamento	132	114,29				S/ internamento	45	34,52		
	C/ internamentos	101	125,54	5.803,500	0,069		C/ internamentos	23	36,02	482,500	0,641

Alterações de Pensamento	S/ internamento	132	110,47			Comportamento Desviante	S/ internamento	45	33,72		
Problemas de Atenção	C/internamentos	101	121,01	6.260,500	0,424	Comportamento Intrusivo	C/internamentos	23	36,48	472,000	0,551
	S/ internamento	132	113,93				S/ internamento	45	33,49		
Comportamento Delinquente	C/internamentos	101	128,53	5.501,500	0,019	Queixas Somáticas	C/internamentos	23	28,28	374,500	0,059
	S/ internamento	132	108,18				S/ internamento	45	37,68		
Comportamento Agressivo	C/internamentos	101	121,19	6.242,500	0,404	Problemas de Atenção	C/internamentos	23	33,65	498,000	0,800
	S/ internamento	132	113,79				S/ internamento	45	34,93		
Internalização	C/internamentos	102	116,93	6.674,000	0,910	Internalização	C/internamentos	22	35,70	457,500	0,616
	S/ internamento	132	117,94				S/ internamento	45	33,17		
Externalização	C/internamentos	102	126,59	5.805,000	0,070	Externalização	C/internamentos	22	22,45	241,000	0,001
	S/ internamento	132	110,48				S/ internamento	45	39,64		

Tabela 37: Diferenças em relação aos cuidados intensivos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos pacientes segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<i>CBCL</i>	Cuidados Intensivos	N	Mean Rank	U	P	<i>ABCL</i>	Cuidados Intensivos	N	Mean Rank	U	P
Isolamento	C/ Cuidados	81	115,97	6.072,500	0,929	Ansiedade/ Depressão	C/ Cuidados	19	31,55	409,500	0,440
	S/ Cuidados	151	116,78				S/ Cuidados	49	35,64		
Queixas Somáticas	C/ Cuidados	81	121,74	5.691,000	0,378	Isolamento	C/ Cuidados	19	31,89	416,000	0,494
	S/ Cuidados	151	113,69				S/ Cuidados	49	35,51		
Ansiedade/ Depressão	C/ Cuidados	81	115,16	6.007,000	0,823	Alterações de Pensamento	C/ Cuidados	19	36,47	428,000	0,583
	S/ Cuidados	151	117,22				S/ Cuidados	49	33,73		
Problemas Sociais	C/ Cuidados	81	119,48	5.874,500	0,615	Comportamento Agressivo	C/ Cuidados	19	36,61	425,500	0,583
	S/ Cuidados	151	114,90				S/ Cuidados	49	33,68		
Alterações de Pensamento	C/ Cuidados	81	127,12	5.255,500	0,058	Comportamento Desviante	C/ Cuidados	19	35,97	437,500	0,694
	S/ Cuidados	151	110,80				S/ Cuidados	49	33,93		
Problemas de Atenção	C/ Cuidados	81	126,77	5.283,500	0,086	Comportamento Intrusivo	C/ Cuidados	19	39,79	365,000	0,165
	S/ Cuidados	151	110,99				S/ Cuidados	49	32,45		
Comportamento Delinquente	C/ Cuidados	81	131,01	4.940,500	0,013	Queixas Somáticas	C/ Cuidados	19	30,29	385,500	0,264
	S/ Cuidados	151	108,72				S/ Cuidados	49	36,13		
Comportamento Agressivo	C/ Cuidados	81	126,32	5.320,000	0,101	Problemas de Atenção	C/ Cuidados	19	35,00	357,000	0,234
	S/ Cuidados	151	111,23				S/ Cuidados	49	34,31		
Internalização	C/ Cuidados	82	119,35	5.998,500	0,695	Internalização	C/ Cuidados	18	38,67	233,500	0,003
	S/ Cuidados	151	115,73				S/ Cuidados	49	32,29		
Externalização	C/ Cuidados	82	130,96	5.046,500	0,020	Externalização	C/ Cuidados	18	22,47	546,500	0,080
	S/ Cuidados	151	109,42				S/ Cuidados	49	38,23		

Tabela 38: Diferenças entre os estilos educativos relativamente às dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores segundo o Teste *U de Mann-Whitney*

<u>CBCL</u>	Estilo Educativo	N	Mean Rank	U	P
Isolamento	Super-protetor ou Protetor	82	122,55	5.653,500	0,306
	Permissivo e/ou Autoritário	150	113,19		
Queixas Somáticas	Super-protetor ou Protetor	82	126,76	5.309,000	0,082
	Permissivo e/ou Autoritário	150	110,89		
Ansiedade/ Depressão	Super-protetor ou Protetor	82	122,57	5.652,000	0,306
	Permissivo e/ou Autoritário	150	113,18		
Problemas Sociais	Super-protetor ou Protetor	82	131,35	4.932,500	0,012
	Permissivo e/ou Autoritário	150	108,38		
Alterações de Pensamento	Super-protetor ou Protetor	82	120,27	5.841,000	0,497
	Permissivo e/ou Autoritário	150	114,44		
Problemas de Atenção	Super-protetor ou Protetor	82	134,57	4.668,500	0,002
	Permissivo e/ou Autoritário	150	106,62		
Comportamento Delinquente	Super-protetor ou Protetor	82	126,49	5.330,500	0,086
	Permissivo e/ou Autoritário	150	111,04		
Comportamento Agressivo	Super-protetor ou Protetor	82	125,04	5.450,000	0,150
	Permissivo e/ou Autoritário	150	111,83		
Internalização	Super-protetor ou Protetor	82	129,30	5.182,000	0,040
	Permissivo e/ou Autoritário	151	110,32		
Externalização	Super-protetor ou Protetor	82	126,98	5.372,500	0,095

	Permissivo e/ou Autoritário	151	111,58		
--	--------------------------------	-----	--------	--	--

Tabela 39: Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*

<u>CBCL</u>		Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Responsabilidade
Isolamento	r1	0,093	- 0,096	0,016	- 0,005	- 0,112
	P	0,217	0,201	0,836	0,944	0,135
	N	179	179	179	179	179
Queixas Somáticas	r1	- 0,044	-0,074	-0,011	0,037	-0,120
	P	0,556	0,323	0,887	0,624	0,109
	N	179	179	179	179	179
Ansiedade/ Depressão	r1	0,047	0,073	0,018	0,032	0,002
	P	0,532	0,330	0,811	0,669	0,980
	N	179	179	179	179	179
Problemas Sociais	r1	0,020	- 0,127	- 0,104	0,176*	- 0,166*
	P	0,786	0,091	0,166	0,019	0,026
	N	179	179	179	179	179
Alterações de Pensamento	r1	- 0,084	- 0,059	- 0,095	0,039	- 0,149*
	P	0,264	0,436	0,206	0,605	0,047
	N	179	179	179	179	179
Problemas de Atenção	r1	0,109	0,035	0,042	0,133	-0,104
	P	0,147	0,642	0,579	0,075	0,166
	N	179	179	179	179	179
Comportamento Delinquente	r1	- 0,013	- 0,018	0,048	0,041	-0,130
	P	0,861	0,807	0,524	0,583	0,083
	N	179	179	179	179	179
Comportamento Agressivo	r1	0,105	0,081	- 0,033	0,097	- 0,041
	P	0,162	0,281	0,659	0,198	0,583
	N	179	179	179	179	179
Internalização	r1	- 0,028	- 0,040	- 0,039	0,083	- 0,150*
	P	0,711	0,598	0,601	0,269	0,044
	N	180	180	180	180	180
Externalização	r1	0,049	0,059	- 0,028	0,097	- 0,102
	P	0,510	0,431	0,706	0,197	0,174
	N	180	180	180	180	180

Tabela 40: Resultados entre os fatores do NEO-FFI com as dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*

<u>ABCL</u>	Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Responsabilidade
-------------	--------------	-------------	---------------------------	-------------	------------------

Ansiedade/ Depressão	r1	0,166	- 0,080	- 0,195	- 0,343	0,175
	P	0,389	0,678	0,310	0,069	- 0,241
	N	29	29	29	29	29
Isolamento	r1	0,328	0,113	0,158	- 0,186	0,003
	P	0,082	0,558	0,412	0,335	0,988
	N	29	29	29	29	29
Alterações de Pensamento	r1	0,288	- 0,022	0,231	- 0,105	0,055
	P	0,130	0,912	0,229	0,586	0,778
	N	29	29	29	29	29
Comportamento Agressivo	r1	0,455*	- 0,185	0,074	0,047	- 0,216
	P	0,013	0,337	0,703	0,810	0,261
	N	29	29	29	29	29
Comportamento Desviante	r1	0,198	0,095	0,025	- 0,095	- 0,230
	P	0,303	0,624	0,899	0,623	0,231
	N	29	29	29	29	29
Comportamento Intrusivo	r1	0,543**	0,171	0,223	- 0,196	0,101
	P	0,002	0,374	0,245	0,309	0,601
	N	29	29	29	29	29
Queixas Somáticas	r1	0,384*	- 0,107	0,036	0,091	-0,066
	P	0,040	0,582	0,855	0,641	0,735
	N	29	29	29	29	29
Problemas de Atenção	r1	0,152	- 0,098	- 0,025	- 0,338	- 0,508**
	P	0,431	0,614	0,898	0,073	0,005
	N	29	29	29	29	29
Internalização	r1	0,371	0,057	- 0,012	- 0,112	0,006
	P	0,052	0,772	0,953	0,569	0,975
	N	28	28	28	28	28
Externalização	r1	0,490**	- 0,119	- 0,008	- 0,018	- 0,075
	P	0,008	0,547	0,969	0,929	0,704
	N	28	28	28	28	28

Tabela 41: Resultados entre a morbidade psiquiátrica com as dimensões do ajustamento psicossocial do relato dos cuidadores, segundo Correlação de *Spearman*

<i>CBCL</i>	Morbidade Psiquiátrica		<i>ABCL</i>	Morbidade Psiquiátrica	
Isolamento	r1	0,053	Ansiedade/ Depressão	r1	0,358**
	P	0,427		P	0,003
	N	230		N	68
Queixas Somáticas	r1	0,310**	Isolamento	r1	0,136
	P	0,000		P	0,267
	N	230		N	68
Ansiedade/ Depressão	r1	0,205**	Alterações de Pensamento	r1	0,205
	P	0,002		P	0,094
	N	230		N	68
	r1	0,133*		r1	0,210

Problemas Sociais	P	0,045	Comportamento Agressivo	P	0,086
	N	230		N	68
Alterações de Pensamento	r1	0,232**	Comportamento Desviante	r1	0,262*
	P	0,000		P	0,031
	N	230		N	68
Problemas de Atenção	r1	0,137*	Comportamento Intrusivo	r1	0,196
	P	0,038		P	0,110
	N	230		N	68
Comportamento Delinquente	r1	0,105	Queixas Somáticas	r1	0,269*
	P	0,113		P	0,027
	N	230		N	68
Comportamento Agressivo	r1	0,139*	Problemas de Atenção	r1	0,271*
	P	0,035		P	0,025
	N	230		N	68
Internalização	r1	0,233**	Internalização	r1	0,290*
	P	0,000		P	0,017
	N	231		N	67
Externalização	r1	0,151*	Externalização	r1	0,287*
	P	0,021		P	0,019
	N	231		N	67

Tabela 42: Resultados entre a qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*

<i>CBCL</i>		Domínio	Domínio	Domínio	Domínio	Domínio
		Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Isolamento	r1	- 0,132*	- 0,341**	- 0,252**	- 0,163*	- 0,345**
	P	0,049	0,000	0,000	0,015	0,000
	N	221	221	221	221	221
Queixas Somáticas	r1	- 0,073	- 0,108	- 0,145*	- 0,042	- 0,023
	P	0,282	0,108	0,032	0,530	0,733
	N	221	221	221	221	221
Ansiedade/ Depressão	r1	- 0,073	- 0,229**	- 0,117	- 0,136*	- 0,135*
	P	0,282	0,001	0,083	0,043	0,045
	N	221	221	221	221	221
Problemas Sociais	r1	- 0,154*	- 0,278**	- 0,185**	- 0,073	- 0,224**
	P	0,022	0,000	0,006	0,281	0,001
	N	221	221	221	221	221
Alterações de Pensamento	r1	- 0,087	- 0,207**	- 0,202**	- 0,113	- 0,117
	P	0,198	0,002	0,003	0,093	0,084
	N	221	221	221	221	221
Problemas de Atenção	r1	- 0,191**	- 0,185**	- 0,218**	- 0,167*	- 0,263**
	P	0,004	0,006	0,001	0,013	0,000
	N	221	221	221	221	221
Comportamento	r1	- 0,191**	- 0,172*	- 0,147*	- 0,060	- 0,191**

Delinquente	P	0,004	0,010	0,029	0,378	0,004
	N	221	221	221	221	221
Comportamento Agressivo	r1	- 0,175**	- 0,087	- 0,143*	- 0,072	- 0,180**
	P	0,009	0,197	0,034	0,287	0,007
	N	221	221	221	221	221
Internalização	r1	- 0,143*	- 0,334**	- 0,217**	- 0,139*	- 0,232**
	P	0,034	0,000	0,001	0,038	0,000
	N	222	222	222	222	222
Externalização	r1	- 0,188**	- 0,127	- 0,160*	- 0,102	- 0,222**
	P	0,005	0,059	0,017	0,129	0,001
	N	222	222	222	222	222

Tabela 43: Resultados entre a qualidade de vida com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de Spearman

<u>ABCL</u>		Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Ansiedade/ Depressão	r1	- 0,069	- 0,268*	- 0,044	- 0,327**	- 0,046
	P	0,576	0,027	0,719	0,007	0,710
	N	68	68	68	68	68
Isolamento	r1	- 0,185	- 0,143	- 0,129	- 0,361**	- 0,056
	P	0,131	0,246	0,295	0,003	0,652
	N	68	68	68	68	68
Alterações de Pensamento	r1	0,000	- 0,135	0,017	- 0,168	- 0,042
	P	0,997	0,273	0,891	0,170	0,731
	N	68	68	68	68	68
Comportamento Agressivo	r1	- 0,159	- 0,176	- 0,187	- 0,293*	- 0,122
	P	0,196	0,150	0,126	0,015	0,321
	N	68	68	68	68	68
Comportamento Desviante	r1	- 0,027	- 0,177	- 0,056	- 0,184	0,111
	P	0,830	0,149	0,652	0,132	0,368
	N	68	68	68	68	68
Comportamento Intrusivo	r1	- 0,129	- 0,280*	- 0,132	- 0,201	- 0,156
	P	0,295	0,021	0,285	0,100	0,204
	N	68	68	68	68	68
Queixas Somáticas	r1	- 0,130	- 0,257*	- 0,232	- 0,188	- 0,049
	P	0,292	0,034	0,057	0,125	0,694
	N	68	68	68	68	68
Problemas de Atenção	r1	- 0,095	- 0,154	- 0,238	- 0,251*	0,052
	P	0,442	0,209	0,051	0,039	0,674
	N	68	68	68	68	68
Internalização	r1	- 0,121	- 0,259*	- 0,160	- 0,286*	- 0,016
	P	0,330	0,034	0,196	0,019	0,898

	N	67	67	67	67	67
Externalização	r1	- 0,114	- 0,220	- 0,232	- 0,300*	0,049
	P	0,357	0,074	0,059	0,013	0,697
	N	67	67	67	67	67

Tabelas 44: Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*

<i>CBCL</i>		MDD	MDI	FCRC	FCRM	Código	Pro. Chave	Stroop P	Stroop C	Stroop PC	TMT A	TMT B	ML
Isolamento	r1	-0,055	-0,105	-0,040	0,004	-0,135	0,064	-0,066	-0,177	-0,077	0,030	0,156*	-0,112
	P	0,484	0,178	0,598	0,961	0,082	0,412	0,385	0,121	0,306	0,692	0,041	0,155
	N	165	165	175	175	167	165	177	177	177	173	173	164
Queixas Somáticas	r1	-0,065	-0,163*	-0,085	-0,009	-0,058	0,065	-0,059	-0,183*	-0,117	0,068	-0,002	-0,092
	P	0,404	0,037	0,262	0,902	0,458	0,405	0,436	0,015	0,119	0,373	0,979	0,243
	N	165	165	175	175	167	165	177	177	177	173	173	164
Ansiedade/ Depressão	r1	-0,113	-0,148	-0,134	-0,088	-0,078	-0,046	-0,116	-0,118	-0,084	0,137	0,159*	-0,162*
	P	0,148	0,059	0,078	0,249	0,319	0,558	0,123	0,117	0,266	0,072	0,036	0,030
	N	165	165	175	175	167	165	177	177	177	173	173	164
Problemas Sociais	r1	-0,108	-0,108	-0,279**	-0,199**	-0,154*	-0,055	-0,183*	-0,139	-0,136	0,108	0,195*	-0,137
	P	0,167	0,169	0,000	0,008	0,048	0,486	0,015	0,065	0,072	0,156	0,010	0,080
	N	165	165	175	175	167	165	177	177	177	173	173	164
Alterações de Pensamento	r1	-0,063	-0,140	-0,228**	-0,051	-0,099	-0,038	-0,116	-0,134	-0,133	0,137	0,186*	-0,155*
	P	0,425	0,072	0,002	0,499	0,202	0,625	0,125	0,074	0,079	0,073	0,014	0,047
	N	165	165	175	175	167	165	177	177	177	173	173	164
Problemas de Atenção	r1	-0,093	-0,243**	-0,292**	-0,197**	-0,196*	-0,062	-0,148*	-0,117	-0,126	0,145	0,207**	-0,129
	P	0,236	0,002	0,000	0,009	0,011	0,429	0,050	0,119	0,095	0,057	0,006	0,101
	N	165	165	175	175	167	165	177	177	177	173	173	164
Comportamento Delinquente	r1	-0,025	-0,123	-0,160*	-0,132	-0,022	0,047	-0,029	-0,116	-0,095	0,039	0,151*	-0,094
	P	0,746	0,114	0,034	0,082	0,778	0,552	0,706	0,125	0,210	0,607	0,047	0,233
	N	165	165	175	175	167	165	177	177	177	173	173	164
Comportamento Agressivo	r1	-0,051	-0,235**	-0,171*	-0,092	-0,081	0,001	0,018	-0,022	-0,045	0,019	0,117	-0,061
	P	0,513	0,002	0,024	0,228	0,298	0,988	0,814	0,769	0,551	0,807	0,127	0,431
	N	165	165	175	175	167	165	177	177	177	173	173	164
Internalização	r1	-0,093	-0,190*	-0,113	-0,025	-0,116	0,017	-0,120	-0,143	-0,111	0,104	0,108	-0,181*
	P	0,231	0,014	0,134	0,746	0,134	0,826	0,112	0,058	0,140	0,171	0,157	0,020
	N	166	166	176	176	168	166	178	178	178	174	174	165
Externalização	r1	-0,071	-0,240**	-0,178*	-0,113	-0,054	0,002	0,021	-0,054	-0,047	0,043	0,100	-0,080
	P	0,362	0,002	0,018	0,136	0,486	0,976	0,785	0,473	0,536	0,569	0,188	0,306
	N	166	166	176	176	168	166	178	178	178	174	174	165

Tabelas 45: Resultados entre os resultados dos testes neuropsicológicos e as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*

<i>ABCL</i>		MDD	MDI	FCRC	FCRM	Código	Pro. Chave	Stroop P	Stroop C	Stroop PC	TMT A	TMT B	ML
Ansiedade/ Depressão	r1	-0,420*	-0,275	-0,154	-0,215	-0,192	0,138	0,100	-0,133	0,037	0,200	0,072	0,046
	P	0,026	0,156	0,435	0,273	0,326	0,483	0,612	0,499	0,851	0,307	0,716	0,818
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Isolamento	r1	-0,057	-0,027	-0,037	-0,100	0,160	0,147	-0,015	0,151	0,022	0,153	-0,066	0,140
	P	0,771	0,890	0,853	0,611	0,417	0,456	0,941	0,442	0,912	0,438	0,738	0,479
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Alterações de Pensamento	r1	-0,176	-0,550**	-0,162	-0,336	-0,339	0,074	-0,041	0,263	0,201	0,297	-0,056	-0,119
	P	0,370	0,002	0,410	0,080	0,077	0,707	0,837	0,176	0,304	0,125	0,776	0,546
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Comportamento Agressivo	r1	-0,318	-0,257	-0,239	-0,144	-0,029	-0,141	-0,127	-0,113	-0,241	0,383*	0,064	0,013
	P	0,099	0,186	0,221	0,465	0,885	0,474	0,518	0,568	0,217	0,044	0,748	0,949
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Comportamento Desviante	r1	-0,250	-0,161	-0,202	-0,004	0,016	0,144	-0,147	-0,103	0,105	0,170	0,178	0,423*
	P	0,199	0,414	0,303	0,985	0,934	0,464	0,456	0,603	0,594	0,387	0,366	0,025
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Comportamento Intrusivo	r1	-0,348	-0,504**	-0,440*	-0,467*	-0,409*	-0,171	-0,108	-0,052	-0,128	0,015	-0,097	-0,049
	P	0,069	0,006	0,019	0,012	0,031	0,385	0,585	0,792	0,517	0,939	0,622	0,803
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Queixas Somáticas	r1	-0,062	-0,162	-0,076	0,096	-0,074	-0,068	0,272	-0,154	-0,121	-0,001	-0,187	0,086
	P	0,755	0,410	0,702	0,628	0,709	0,731	0,162	0,435	0,540	0,997	0,341	662
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Problemas de Atenção	r1	-0,329	-0,064	-0,196	-0,183	0,032	0,120	-0,209	-0,182	-0,003	0,232	0,238	0,184
	P	0,088	0,747	0,318	0,352	0,873	0,545	0,285	0,353	0,986	0,235	0,222	0,348
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Internalização	r1	-0,273	-0,280	-0,228	-0,177	-0,135	0,252	0,049	0,102	0,097	0,150	-0,110	0,134
	P	0,168	0,157	0,252	0,377	0,501	0,206	0,807	0,612	0,632	0,455	0,583	0,506
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
Externalização	r1	-0,266	-0,195	-0,169	0,014	-0,039	-0,052	0,220	-0,120	-0,058	0,114	-0,137	0,156
	P	179	0,330	0,398	0,946	0,846	0,797	0,270	0,551	0,775	0,573	0,497	0,436
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27

Tabelas 46: Resultados entre as variáveis neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*

<i>CBCL</i>		Perímetro Cefálico	Apgar 1	Apgar 2	Peso	Comprimento
Isolamento	r1	0,169	0,045	0,089	0,153	0,155

	P	0,058	0,616	0,315	0,074	0,076
	N	127	129	129	137	133
	r1	- 0,049	0,088	- 0,033	0,045	0,150
Queixas Somáticas	P	0,588	0,323	0,710	0,604	0,085
	N	127	129	129	137	133
Ansiedade/ Depressão	r1	0,088	0,130	0,058	0,112	0,124
	P	0,328	0,143	0,512	0,192	0,154
	N	127	129	129	137	133
Problemas Sociais	r1	0,093	0,125	0,042	0,102	0,160
	P	0,299	0,157	0,639	0,234	0,066
	N	127	129	129	137	133
Alterações de Pensamento	r1	- 0,004	0,148	0,034	0,082	0,130
	P	0,965	0,095	0,706	0,344	0,137
	N	127	129	129	137	133
Problemas de Atenção	r1	0,017	0,014	0,010	0,092	0,133
	P	0,852	0,876	0,909	0,284	0,128
	N	127	221	129	137	133
Comportamento Delinvente	r1	0,055	0,094	- 0,008	0,074	0,111
	P	0,537	0,289	0,926	0,391	0,203
	N	127	129	129	137	133
Comportamento Agressivo	r1	0,093	- 0,039	0,30	0,143	0,150
	P	0,300	0,657	0,736	0,097	0,085
	N	127	129	129	137	133
Internalização	r1	0,062	0,152	0,046	0,085	0,185*
	P	0,490	0,084	0,603	0,322	0,033
	N	128	130	130	138	134
Externalização	r1	0,120	- 0,001	- 0,003	0,087	0,126
	P	0,177	0,993	0,973	0,309	0,148
	N	128	130	130	138	134

Tabelas 47: Resultados entre as variáveis neonatais com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*

<i>ABCL</i>		Perímetro Cefálico	Apgar 1	Apgar 2	Peso	Comprimento
Ansiedade/ Depressão	r1	- 0,77	0,457	0,103	- 0,051	- 0,346
	P	0,747	0,057	0,683	0,817	0,105
	N	20	18	18	23	23
Isolamento	r1	0,110	0,385	0,075	- 0,019	- 0,483*
	P	0,645	0,115	0,766	0,930	0,019
	N	20	18	18	23	23
Alterações de Pensamento	r1	- 0,090	0,291	0,255	- 0,166	- 0,067
	P	0,705	0,242	0,307	0,449	0,762
	N	20	18	18	23	23

Comportamento Agressivo	r1	- 0,166	0,375	- 0,012	- 0,402	- 0,474*
	P	0,484	0,125	0,962	0,057	0,001
	N	20	18	18	23	23
Comportamento Desviante	r1	0,122	0,267	0,031	- 0,093	- 0,474*
	P	0,608	0,284	0,902	0,672	0,022
	N	20	18	18	23	23
Comportamento Intrusivo	r1	- 0,129	0,547*	0,278	- 0,235	- 0,462*
	P	0,588	0,019	0,265	0,280	0,026
	N	20	18	18	23	23
Queixas Somáticas	r1	0,208	- 0,121	- 0,098	- 0,102	- 0,103
	P	0,380	0,633	0,698	0,644	0,641
	N	20	18	18	23	23
Problemas de Atenção	r1	- 0,129	0,047	- 0,345	- 0,266	- 0,649**
	P	0,587	0,853	0,161	0,220	0,001
	N	20	18	18	23	23
Internalização	r1	0,180	0,299	0,119	0,041	- 0,401
	P	0,462	0,244	0,648	0,855	0,064
	N	19	17	17	22	22
Externalização	r1	- 0,079	0,269	0,203	- 0,316	- 0,455**
	P	0,748	0,296	0,434	0,153	0,033
	N	19	17	17	22	22

Tabelas 48: Resultados entre variáveis clínicas e demográficas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (CBCL), segundo Correlação de *Spearman*

<u>CBCL</u>		Idade	Anos de Escolaridade	Nº de Suporte Social	Nº de Intervenções Cirúrgicas	Nº de Reprovações
Isolamento	r1	0,040	0,009	-0,066	0,084	0,139*
	P	0,542	0,895	0,420	0,203	0,034
	N	233	233	153	233	232
Queixas Somáticas	r1	- 0,107	0,008	- 0,010	0,083	0,083
	P	0,104	0,905	0,906	0,204	0,206
	N	233	233	153	233	232
Ansiedade/ Depressão	r1	0,041	- 0,039	- 0,045	0,007	0,150*
	P	0,537	0,549	0,577	0,920	0,022
	N	233	233	153	233	232
Problemas Sociais	r1	- 0,015	- 0,084	-0,017	0,073	0,109
	P	0,817	0,203	0,832	0,267	0,098
	N	233	233	153	233	232
Alterações de Pensamento	r1	0,098	0,078	- 0,108	0,114	0,161*
	P	0,136	0,237	0,186	0,082	0,015
	N	233	233	153	233	232
	r1	- 0,034	- 0,101	- 0,092	0,126	0,194**

Problemas de Atenção	P	0,610	0,123	0,259	0,054	0,003
	N	233	233	153	233	232
Comportamento Delinquente	r1	0,045	0,009	- 0,073	0,136*	0,132*
	P	0,494	0,893	0,373	0,038	0,044
	N	233	233	153	233	232
Comportamento Agressivo	r1	- 0,043	- 0,073	- 0,109	0,047	0,139*
	P	0,515	0,269	0,182	0,474	0,034
	N	233	233	153	233	232
Internalização	r1	- 0,021	- 0,033	- 0,042	0,104	0,139*
	P	0,744	0,614	0,608	0,113	0,034
	N	234	234	154	234	233
Externalização	r1	- 0,031	- 0,052	- 0,082	0,107	0,135*
	P	0,636	0,432	0,312	0,101	0,040
	N	234	234	154	234	233

Tabelas 49: Resultados entre variáveis clínicas e demográficas com as dimensões do ajustamento psicossocial de acordo com o relato dos cuidadores (ABCL), segundo Correlação de *Spearman*

<i>ABCL</i>		Idade	Anos de Escolaridade	Nº de Suporte Social	Nº de Intervenções Cirúrgicas	Nº de Reprovações
Ansiedade/ Depressão	r1	0,054	- 0,110	-0,034	0,077	0,145
	P	661	0,370	0,877	0,534	0,238
	N	68	68	23	68	68
Isolamento	r1	- 0,093	- 0,139	0,038	0,081	0,193
	P	0,449	0,259	0,863	0,510	0,114
	N	68	68	23	68	68
Alterações de Pensamento	r1	0,132	0,111	0,034	0,093	0,238
	P	0,283	0,366	0,879	0,449	0,051
	N	68	68	23	68	68
Comportamento Agressivo	r1	0,064	- 0,011	- 0,102	- 0,087	0,166
	P	0,603	0,932	0,639	0,480	0,175
	N	68	68	23	68	68
Comportamento Desviantes	r1	- 0,014	- 0,145	0,135	0,179	0,046
	P	0,912	0,238	0,540	0,144	0,712
	N	68	68	23	68	68
Comportamento Intrusivo	r1	- 0,027	- 0,218	0,159	0,179	0,258*
	P	0,827	0,074	0,469	0,143	0,033
	N	68	68	23	68	68
Queixas Somáticas	r1	- 0,098	- 0,296*	0,366	0,198	- 0,041
	P	0,428	0,014	0,086	0,106	0,742
	N	68	68	23	68	68
Problemas de Atenção	r1	0,180	- 0,069	0,038	0,450**	0,239*
	P	0,141	0,576	0,863	0,000	0,050

	N	68	68	23	68	68
Internalização	r1	- 0,090	- 0,224	-0,056	0,289*	0,155
	P	0,469	0,069	0,806	0,018	0,212
	N	67	67	22	67	67
Externalização	r1	0,033	- 0,196	- 0,023	0,143	0,206
	P	0,793	0,112	0,921	0,248	0,095
	N	67	67	22	67	67

Tabela 50: Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - CBCL) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Modelo	R	R ²	F	P	B	T	P
1	0,208	0,043	6,472	0,012			
Diagnóstico Psiquiátrico					0,208	2,544	0,012

Tabela 51: Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - CBCL) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Modelo	R	R ²	F	P	B	T	P
1	0,191	0,036	5,411	0,021			
Percurso Escolar Insatisfatório					0,191	2,326	0,021

Tabela 52: Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - ABCL) ao nível da internalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Modelo	R	R ²	F	P	B	T	p
1	0,464	0,215	5,211	0,034			
Neuroticismo					0,464	2,283	0,034

Tabela 53: Preditores do ajustamento psicossocial (relato dos cuidadores - ABCL) ao nível da externalização, segundo a regressão linear *stepwise*

Modelo	R	R ²	F	P	β	T	P
1	0,542	0,293	7,892	0,011			
Neuroticismo					0,542	2,809	0,011

Anexo II

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, (Nome) _____, após ter sido informado integralmente sobre o projeto de investigação que versa os aspetos 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 20_____.

Assinatura

Anexo III

Instrumentos de Avaliação

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 Anatômica Data: _____

Correção Paliativa Data: _____

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

Lesões Residuais: Leves Moderadas Graves

Mantém atualmente 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?

Sim Não

2. Ambiente Familiar/Estilo Educativo

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

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 Superprotector

Outro: _____

Se tem irmãos:

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

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

Sim Não

3. Limitações Funcionais

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

Sim Não

Se respondeu sim:

3.2. Diga qual(ais) é que é(são).

3.3. Foram sugeridas alternativas?

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

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

Satisfeito Conformado Desagradado Insatisfeito

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

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

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

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 atualmente não trabalhe): _____

Profissão da Mãe (mesmo que atualmente 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 exatamente.

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

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

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

II PARTE

I

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

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

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

Não pratico nenhum desporto

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

II

Por favor enumera os teus passatempos, atividades 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, atividade ou jogo

Passatempo, atividade 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 pertences.

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

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 (18-69 ANOS)

Por favor marque as suas respostas

	PRIMEIRO	MÉIO	ÚLTIMO	
O SEU NOME COMPLETO				O SEU TIPO DE TRABALHO ÚNICO, mesmo que não esteja a trabalhar actualmente. Por favor, seja específico - por exemplo, médico, professor de ensino secundário, jornalista, técnico, técnico mecânico, vendedor de seguros, técnico de máquinas, estudante (indique o que está a estudar e qual a área que espera atingir)
O SEU GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		A SUA IDADE	GRUPO ÉTNICO OU RAÇA	
A SUA DATA DE NASCIMENTO Mês _____ Dia _____ Ano _____		A SUA DATA DE NASCIMENTO Mês _____ Dia _____ Ano _____		O trabalho/profissão do seu Cônjuge/Companheiro _____
Por favor, preencha este questionário de modo a reflectir os seus pontos de vista, mesmo que outras pessoas possam não concordar com eles. Não precisa de gastar muito tempo em cada questão. Pode acrescentar comentários. Certifique-se de que responde a todas as questões.				POR FAVOR MARQUE COM UMA CRUZ A SUA FORMAÇÃO ACADÉMICA <input type="checkbox"/> 1 Sem Formação Escolar <input type="checkbox"/> 7 Frequência Universitária <input type="checkbox"/> 2 Até Quatro Anos de Escolaridade <input type="checkbox"/> 8 Bacharelato <input type="checkbox"/> 3 Cinco a Seis Anos de Escolaridade <input type="checkbox"/> 9 Licenciatura <input type="checkbox"/> 4 Sete a Nove Anos de Escolaridade <input type="checkbox"/> 10 Mestrado <input type="checkbox"/> 5 Dez a Doze Anos de Escolaridade <input type="checkbox"/> 11 Doutoramento

I. AMIGOS

- A. Aproximadamente, quantos amigos próximos tem? (Não inclui familiares)
- Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais
- B. Aproximadamente, quantas vezes por mês tem contacto com amigos próximos? (inclui contactos pessoais, por telefone, carta, e-mail)
- Menos de 1 1 ou 2 3 ou 4 5 ou mais
- C. Como se dá com os seus amigos próximos?
- Não do bem quanto gostaria Moderadamente Além da média Muito acima da média
- D. Aproximadamente, quantas vezes por mês visita alguns amigos ou familiares (a visitas)?
- Menos de 1 1 ou 2 3 ou 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 Divorçado/a
 Viúvo/a Outros - 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 = Uma pouco ou às Vezes Verdadeiro 2 = Muito Verdadeiro ou Quase Sempre Verdadeiro

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

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"/>
4. Outros filhos	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Os seus enteados?	<input type="checkbox"/> Não tenho enteados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. TRABALHO/ EMPREGO: Alguma vez, nos últimos 6 meses, teve algum trabalho remunerado (inclui 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-E 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 entendê-lo com os chefes	0 1 2 G. Eu falto ao emprego mesmo que não esteja doente ou de férias
0 1 2 C. Faço bem o meu trabalho	0 1 2 H. O meu emprego é muito stressante para mim
0 1 2 D. Tenho dificuldades em terminar os trabalhos	0 1 2 I. Preocupá-me demais com o trabalho
0 1 2 E. Estou satisfeito com a minha situação de emprego	

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

Não – por favor passe ao ponto VI

Sim – Que tipo de aulas ou formação? _____

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

Quando espera conseguir obter o grau ou diploma? _____

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

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

0 1 2 A. Dou-me bem com os outros alunos	0 1 2 D. Estou satisfeito com a minha situação educacional
0 1 2 B. Tenho resultados de acordo com as minhas capacidades	0 1 2 E. Eu faço coisas que podem levar-me a atrasar-me
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 considerava 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 esquivo		0 1 2 37. Escrevo-me em muitos conflitos e brigas
0 1 2 2. Aproveito as oportunidades quando surgem		0 1 2 38. As minhas relações com os outros são más
0 1 2 3. Douzo muito		0 1 2 39. Dou-me com pessoas que se metem em problemas/trabalhos
0 1 2 4. Dou o melhor de mim, esforço-me ao máximo		0 1 2 40. Oço saber os fatos que não criam (descreva) _____
0 1 2 5. Culpo os outros pelos meus problemas		0 1 2 41. Sou impudico ou faço coisas sem pensar
0 1 2 6. Comaço depois (pelo malhar físico ou outras) para (ou não) melhorar (descreva) _____		0 1 2 42. Prefiro estar sozinho do que conviver
0 1 2 7. Sou indiferente		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. Sento-me culpado pelas responsabilidades
0 1 2 9. Não consigo afastar de mim a mente sempre pensamentos (descreva) _____		0 1 2 45. Sou nervoso, irritável, tenso
0 1 2 10. Não consigo estar sozinho, quieto, durante muito tempo		0 1 2 46. Tenho momentos nervosos ou com reacções impetivas (descreva) _____
0 1 2 11. Dependo muito dos outros		0 1 2 47. Tenho muita auto-confiança
0 1 2 12. Sento-me só		0 1 2 48. As pessoas não gostam de mim
0 1 2 13. Sento-me confuso / não consigo pensar claramente		0 1 2 49. Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros
0 1 2 14. Chamo muito		0 1 2 50. Sento-me ansioso e inseguro
0 1 2 15. Sou muito bastante		0 1 2 51. Sento-me satisfeito com a cabeça para
0 1 2 16. Sou inseguro, mas pacífico com os outros		0 1 2 52. Sento-me muito culpado
0 1 2 17. Sou muito ambicioso		0 1 2 53. Tenho dificuldades em planejar o futuro
0 1 2 18. Auto-observo-me ou tento auto-observar		0 1 2 54. Sento-me cansado sem razão
0 1 2 19. Tento que me dêem muita atenção		0 1 2 55. O meu humor varia entre euforia e depressão 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida
0 1 2 20. Cuido os outros os meus problemas		0 1 2 a. dor de cabeça b. dor de costas c. náusea, tontura de estômago
0 1 2 21. Deixo os outros se preocuparem com os outros		0 1 2 d. problemas de visão (não inclui os problemas com óculos) (descreva) _____
0 1 2 22. Preocupo-me com o meu futuro		0 1 2 e. enjoo na pele ou outros problemas de pele f. dor de estômago
0 1 2 23. Não consigo seguir no meu local de trabalho ou outras locais		0 1 2 g. vômito
0 1 2 24. Não me alimento tão bem quanto devia		0 1 2 h. reacção aos salões, alérgico
0 1 2 25. Não me dá bem com as outras pessoas		0 1 2 i. desconforto, adormecimento em diferentes partes do corpo
0 1 2 26. Não me sinto culpado após ter feito algo que não devia		0 1 2 57. Agido facilmente as pessoas
0 1 2 27. Tenho pânico dos outros		0 1 2 58. Tiro/arranco pele de outras partes do corpo
0 1 2 28. Dou-me mal com a minha família		0 1 2 59. Não consigo controlar as manias
0 1 2 29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares (descreva) _____		0 1 2 60. Há poucas coisas de que gosto
0 1 2 30. As minhas relações com os outros são más		0 1 2 61. A minha produtividade no trabalho é baixa
0 1 2 31. Tento pensar no futuro algo de mau ou chato		0 1 2 62. Sou desorganizado ou desajustado em certos momentos
0 1 2 32. Sento que devo ao próximo		0 1 2 63. Prefiro as pessoas não vêem a de muito idade
0 1 2 33. Sento que ninguém gosta de mim		
0 1 2 34. Sento que estou sempre a tentar apertar-me em falso		0 1 2 64. Tenho dificuldade em estabelecer prioridades
0 1 2 35. Sento-me inútil ou inferior		0 1 2 65. Recordo-me a falar
0 1 2 36. Minto-me muito, ou pretendo a alguém		

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 algumas coisas vezes sem conta (decorra) _____	0	1	2	95. Tenho mais féria, mas glória
0	1	2	67. Tenho problemas em falar ou manter conversas	0	1	2	96. Penso muito em sono
0	1	2	68. Gosto ou bebo muito	0	1	2	97. Ameço frequentemente as pessoas
0	1	2	69. Sou reservado, guardo as coisas para mim mesmo	0	1	2	98. Gosto de andar as pessoas
0	1	2	70. Vejo coisas que não existem (decorra) _____	0	1	2	99. Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio
0	1	2	71. Sinto-me constrangido ou embaraçado facilmente	0	1	2	100. Tenho problemas de sono
0	1	2	72. Preocupo-me com a minha família	0	1	2	101. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias
0	1	2	73. Cumprio as responsabilidades para com a minha família	0	1	2	102. Não tenho muita energia
0	1	2	74. Trabalho muito ou faço pilhas-pilha	0	1	2	103. Sinto-me triste, infeliz, deprimido
0	1	2	75. Sou muito tímido ou envergonhado	0	1	2	104. Sou muito barulhento
0	1	2	76. Tenho um comportamento irresponsável	0	1	2	105. As pessoas acham-me desorganizado
0	1	2	77. Deixo mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite (decorra) _____	0	1	2	106. Tento ser honesto com os outros
0	1	2	78. Tenho dificuldades em tomar decisões	0	1	2	107. Sinto que não consigo obter sucesso em nada
0	1	2	79. Tenho problemas de fala / comunicação (decorra) _____	0	1	2	108. Tenho tendência a perder coisas
0	1	2	80. Luto pelos meus dentes	0	1	2	109. Gosto de experimentar coisas novas
0	1	2	81. O meu comportamento é inconsequente, instável	0	1	2	110. Quero ter dois ter do sexo oposto
0	1	2	82. Triste	0	1	2	111. Afasto-me do contacto com outras pessoas
0	1	2	83. Aborreço-me, sinto-me com facilidade	0	1	2	112. Preocupo-me muito
0	1	2	84. Faço coisas que os outros acham estúpidas (decorra) _____	0	1	2	113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto
0	1	2	85. Tenho pensamentos que os outros acham estranhos (decorra) _____	0	1	2	114. Não juro as muitas coisas nem assumo responsabilidades facilmente
0	1	2	86. Sou tímido/ reservado, inseguro, amado ou inútil	0	1	2	115. Sinto-me inquieto ou inseguro
0	1	2	87. Os meus sentimentos ou o meu humor mudam frequentemente	0	1	2	116. Aborresco-me, odeio-me facilmente
0	1	2	88. Gosto de correr	0	1	2	117. Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito
0	1	2	89. Ajo sem pensar nos outros	0	1	2	118. Sou demasiado exigente
0	1	2	90. Bebo muito álcool ou fico embaraçado	0	1	2	119. Não sou bom com palavras
0	1	2	91. Passo em espécie em	0	1	2	120. Cometto demasiado rápido
0	1	2	92. Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei (decorra) _____	0	1	2	121. Costumo apertar-me para mim mesmo/curiosa
0	1	2	93. Fico demasiado	0	1	2	122. Tenho dificuldade em manter um emprego
0	1	2	94. Dependo muito dos outros	0	1	2	123. Sou uma pessoa feliz
				124. Nos últimos 6 meses, quantas vezes faltou por dia (incluindo faltas de manhã)? _____ vezes por dia.			
				125. Nos últimos 6 meses, quantos dias se embriagou? _____ dias.			
				126. Nos últimos 6 meses, quantas vezes tomou droga sem fins terapêuticos (incluindo marijuana, cocaína, e outras drogas, incluindo álcool e nicotina)? _____ dias.			

Por favor certifique-se que respondeu a todos os itens

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 Mentira 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 ativo(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>Nã o sei</i>	<i>Menos</i>	<i>Médio</i>	<i>Mais</i>	<i>Nã 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, atividades 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, atividade ou jogo

Passatempo, atividade ou Jogo	Tempo				Competência			
	<i>Nã o sei</i>	<i>Menos</i>	Médio	Mais	Não sei	Pior	Médio	Melhor
a.		1	2	3		1	2	3
b.		1	2	3		1	2	3
c.		1	2	3		1	2	3

III

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

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

Não pertence a nenhuma organização, clube ou grupo

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

IV

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

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

Não desempenha nenhuma tarefa

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

V

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

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

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

Menos que 1 vez

1 ou 2 vezes

3 ou mais vezes

VI.

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

Não tem irmãos

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

VII

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

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

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

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

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

Não Sim

(Que tipo de estabelecimento ou classe? _____)

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

Não Sim

(Qual e porquê? _____)

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

Não Sim

Que tipo de problema? _____

Quando começaram esses problemas? _____

Os problemas mencionados já acabaram? _____

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

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

QUESTIONÁRIO DE DESCRIÇÃO DO COMPORTAMENTO PARA ADULTOS

(18-59 ANOS)

Por favor marque as suas respostas

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

I. AMIGOS:

A. Quantos amigos próximos tem? (Não incluir familiares)

Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

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

Nenhuma 1 ou 2 3 ou 4 5 ou mais

C. Como se dá com os amigos próximos?

- Mal Bem Muito Bem MUITÍSSIMO Bem

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

- Nenhuma 1 a 2 3 a 4 5 ou mais

II. CÔNJUGE OU COMPANHEIRO

Qual é o seu estado civil? Nunca foi casado(a)

Casado(a), mas separado(a) do cônjuge

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 5. Culpa os outros pelos seus próprios problemas.

0 1 2

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

0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):

0 1 2 41. Impulsivo ou age sem pensar

6. Usa drogas (não considerar o tabaco) para fins não medicinais (descreva): _____ _____	0 1 2 42. Prefere estar sozinho do que com outras pessoas
0 1 2 7. É fanfarrão	0 1 2 43. Mentira ou engana/aldraba (faz batota)
0 1 2 8. Não se consegue concentrar, não presta atenção por muito tempo	0 1 2 44. Sente-se sufocado com as responsabilidades
0 1 2 9. Não consegue afastar alguns pensamentos; obsessões (descreva):_____	0 1 2 45. Nervoso, excitável, tenso
0 1 2 10. Não consegue estar sentado, é irrequieto, hiperactivo	0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou contracções (descreva):_____
0 1 2 11. Muito dependente dos outros	0 1 2 47. Tem falta de auto-confiança
0 1 2 12. Queixa-se de solidão	0 1 2 48. Não gostam dele
0 1 2 13. Fica confuso ou parece estar com pensamento “enevoado/turvado”	0 1 2 49. Consegue fazer algumas coisas melhor que os outros
0 1 2 14. Chora muito	0 1 2 50. Muito medroso ou ansioso
0 1 2 15. É muito honesto	0 1 2 51. Sente-se tonto ou de cabeça vazia
0 1 2 16. É cruel, intimida ou mal trata os outros	0 1 2 52. Sente-se demasiado culpado
0 1 2 17. Sonha acordado/ perde-se nos seus pensamentos	0 1 2 53. Tem dificuldades em planear o futuro
0 1 2 18. Auto-injúria-se ou tenta o suicídio	0 1 2 54. Sente-se cansado sem motivo para tal
0 1 2 19. Exige muita atenção	0 1 2 55. O humor varia entre exaltação e depressão
0 1 2 20. Estraga ou destrói coisas que lhe pertencem	0 1 2 56. Problemas físicos sem cauda médica conhecida:
0 1 2 21. Estraga ou destrói coisas que pertencem a outros	0 1 2 a. dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça)
0 1 2 22. Preocupa-se com o seu futuro	0 1 2 b. dores de cabeça
0 1 2 23. Não cumpre regras no local de trabalho ou noutros locais	0 1 2 c. náusea, sensação de enjoo
0 1 2 24. Não se alimenta bem	0 1 2 d. problemas visuais (não incluir aqueles corrigíveis com óculos) (descreva):_____
0 1 2 25. Não se dá bem com as outras pessoas	0 1 2 e. erupções na pele ou outros problemas de pele
0 1 2 26. Não parece sentir-se culpado depois de se comportar mal	0 1 2 f. dores de estômago
0 1 2 27. Fica facilmente ciumento	0 1 2 g. vômitos
0 1 2 28. Dá-se mal com a família	0 1 2 57. Agrede fisicamente as pessoas
0 1 2 29. Receia alguns animais, situações ou locais (descreva):_____	0 1 2 58. Tira/arranca pele ou outras partes do corpo (descreva): _____

0 1 2 30. Relaciona-se mal com o sexo oposto	0 1 2 59. Não termina as tarefas
0 1 2 31. Receia pensar ou fazer algo mal	0 1 2 60. Há poucas coisas de que ele(a) gosta
0 1 2 32. Sente que tem de ser perfeito(a)	0 1 2 61. Baixa performance no trabalho
0 1 2 33. Sente ou queixa-se/ tem a sensação que ninguém gosta dele	0 1 2 62. Fraca coordenação motora ou desajeitado
0 1 2 34. Sente que estão sempre a tentar apanhá-lo em falta	0 1 2 63. Prefere estar com pessoas mais velhas do que com pessoas da sua idade
0 1 2 35. Sente-se inútil ou inferior	0 1 2 64. Tem dificuldades em estabelecer prioridades

Certifique-se de que responde a todos os itens.

0= Não Verdadeiro

1= Por Vezes Verdadeiro

2= Muito ou Quase Sempre Verdadeiro

0 1 2 65. Recusa-se a falar	0 1 2 95. Tem acessos de mau génio, mau feitio
0 1 2 66. Repete alguns actos vezes sem conta, compulsões (descreva): _____	0 1 2 96. É passivo ou tem falta de iniciativa
0 1 2 67. Tem problemas em fazer ou manter amigos	0 1 2 97. Ameaça fisicamente as pessoas
0 1 2 68. Grita ou berra muito	0 1 2 98. Gosta de ajudar as pessoas
0 1 2 69. É reservado, guarda as coisas para si	0 1 2 99. Não gosta de permanecer no mesmo local por muito tempo
0 1 2 70. Vê coisas que não existem (descreva): _____ _____	0 1 2 100. Tem dificuldades em dormir
0 1 2 71. Sente-se constrangido ou embaraçado facilmente	0 1 2 101. Falta ao trabalho mesmo que não esteja doente ou de férias
0 1 2 72. Preocupa-se com a sua família	0 1 2 102. É hipoactivo, tem movimentos lentos, falta de energia
0 1 2 73. Corresponde às responsabilidades para com a família	0 1 2 103. É infeliz, triste ou depressivo
0 1 2 74. Exibe-se ou faz palhaçadas	0 1 2 104. É muito barulhento
0 1 2 75. É muito envergonhado, tímido	0 1 2 105. É desorganizado
0 1 2 76. Tem comportamentos irresponsáveis	0 1 2 106. Tenta ser honesto com os outros
0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite (descreva): _____	0 1 2 107. Acha que não consegue obter sucesso em nada
0 1 2 78. Tem dificuldades em tomar decisões	0 1 2 108. Tende a perder objectos
	0 1 2 109. Gosta de experimentar coisas novas

- 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 2 110. 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

Inventário de Personalidade NEO-PI-R

(NEO-FFI – versão reduzida)

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

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

17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
18. Acredito que, deixar os alunos ouvir as pessoas com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
19. Prefiro colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as suas obrigações.					
21. Muitas vezes, sinto-me tensa(o) e enervada(o).					
22. Gosto de estar onde está a ação.					
23. A poesia pouco ou nada lhe diz.					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
25. Tenho objetivos 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 otimista.					
43. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
44. Sou inflexível e dura (o) nas minhas atitudes.					
45. Às vezes não sou tão segura (o) ou digna (o) de confiança como deveria ser.					
46. Raramente estou triste ou deprimida (o).					
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido.					
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
49. Geralmente, procuro ser atenciosa (o) e delicada (o).					
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparada (o), desejando que alguém resolva os meus problemas.					
52. Sou uma pessoa muito ativa.					
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.					

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@fpe.uc.pt)

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

DADOS PESSOAISA1 Idade anosA2 Data de Nascimento / / A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade

A5 Profissão A6.1 Freguesia A6.2 Concelho A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

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	Bom	Muito Bom
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

SADS-L

Código

Data __/__/__

Avaliação Nº

Entrevistador _____

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

PARTE A - INFORMAÇÕES DO PASSADO

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

Onde nasceu?

A1. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS 213

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

A2. PADRÕES DE AMIZADE ADOLESCENTE 214

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

A2. ESTADO CIVIL
215

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

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

<p><i>Que espécie de trabalhos fez?</i></p> <p><i>Que tem feito nos últimos cinco anos?</i></p> <p><i>Houve alguma altura em que não teve trabalho?</i></p> <p><i>(Porquê?; Durante quanto tempo?; Outras vezes?; Algumas dessas vezes em que não trabalhou foi devido a problemas pessoais?)</i></p>	<p>0 Sem Informação</p> <p>1 Sem Tempo Fora Do Trabalho (Absentismo Justf.)</p> <p>2 De Uns Dias A Um Mês</p> <p>3 Até Seis Meses (10% Do Tempo)</p> <p>4 Até Um Ano (20% Do Tempo)</p> <p>5 Até Dois Anos (40% Do Tempo)</p> <p>6 Até Três Anos (60% Do Tempo)</p>
---	---

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

PARTE B – VISÃO GERAL DO DISTÚRPIO PSÍQUICO PASSADO

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

Faça perguntas acerca de qualquer Distúrbio Psiquiátrico corrente.

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

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

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

Para todos os sujeitos:

- *Quando diria que notou pela primeira vez que não estava bem (desta vez)?*
- *Até que ponto este problema tem sido diferente de como se sentia antes ou de como é habitualmente?*
- *Quanto tempo decorreu entre a altura em que notou pela primeira vez que não estava bem e o momento em que começou o tratamento?*
- *Sente-se melhor agora ou esta no seu pior período?*
- *(Se se sente melhor agora: - Quanto tempo passou desde que esteve ... (descrição da situação)*
- *Quando é que pela última vez se sentiu no seu normal durante alguns meses?*

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

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

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

**B1. TRATAMENTO EM CONSULTA EXTERNA (INCLUIR MEDICAÇÃO PARA OS “NERVOS”
217**

<p><i>Quantos anos tinha quando consultou alguém pela primeira vez por causa de ...?</i></p> <p><i>Alguma vez foi ao médico por causa dos seus nervos?</i></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>
--	--

B2. NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

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

**B3. TEMPO TOTAL DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS
224**

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

	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 afetivo, 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

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

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

	Sem Informação	Não	Sim	
Durante o período mais grave...				
<i>...Esteve mais ativo que o habitual socialmente, no trabalho, sexualmente, ou fisicamente inquieto?...</i>	X	1	2	226
<i>...Esteve mais falador que o habitual ou sentiu uma pressão para continuar a falar?...</i>	X	1	2	227
<i>...Os seus pensamentos corriam-lhe ou falava tão depressa que era difícil para as pessoas seguir o que dizia?...</i>	X	1	2	228
<i>...Sentiu que era uma pessoa muito importante, com planos especiais, poderes, talentos ou capacidades (grandeza)?</i>	X	1	2	229
<i>...Precisou menos de sono que o habitual?...</i>	X	1	2	230
<i>...Teve problemas em concentrar-se no que se passava porque a sua atenção saltava constantemente para coisas pouco importantes à sua volta (distratibilidade)?...</i>	X	1	2	231
<i>...Fez alguma coisa insensata que o pudesse ter metido em sarilhos, como comprar coisas, fazer investimentos financeiros, indiscrições sexuais, condução descuidada?...</i>	X	1	2	232
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

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

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

<p><i>Quantos episódios teve como este?</i></p> <p><i>Se incapaz de dar o número exato: Diria que teve pelo menos ___ episódios distintos como este?</i></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-afetiva presentes durante algum dos períodos de Síndrome Maníaco.

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

--

DURANTE PELO MENOS UM DOS PERÍODOS DE SÍNDROME MANÍACO	Sem informação	Não	Sim	
<p><i>Teve a sensação que estava sobre o controle de alguma força ou poder, para além de si? (Como se fosse um robot sem vontade própria?; Ou que foi forçado a fazer movimentos ou dizer coisas sem o desejar?; Ou pensar coisas e ter impulsos que não eram seus?)</i></p> <p><i>Sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de modo que as pessoas sabiam o que pensava, ou que os pensamentos lhe eram postos na cabeça não sendo seus, ou que os pensamentos lhe eram roubados por alguma força externa.</i></p>	X	1	2	239
Alucinações não-afetivas de qualquer tipo (appendix) 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 contínuo 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 afeto 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-afetivo, Tipo Maníaco.

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

	Desordem Maníaca	Esquizo-afetiva Tipo Maníaco	
Melhor estimativa dos períodos de mania (99 se muito numerosos)...			244-45-46-47
Idade no primeiro episódio de síndrome maníaco...			248-49-50-51

<i>Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			
Idade no último período de síndrome maniaco, se existiu mais do que um... <i>Quando foi a última vez que esteve...?</i>			252-53-54-55
Correntemente no episódio que inclui período de mania...	Sim	Sim	256-57
Se SIM, duração em semanas do período presente de síndrome maniaco			258-60-61-63
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			264-66-67-69
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTES SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS			
Durante estes episódios... <i>Hospitalizações...</i>	Sim	Sim	270-71
<i>...Esteve hospitalizado? ECT recebidos...</i>	Sim	Sim	272-73
<i>...Recebeu tratamentos de choques? Medicação recebida...</i>	Sim	Sim	274-75
<i>...Recebeu medicação? Imediatamente antes, durante ou a seguir a um episódio teve um pelo menos alguns dias em que se sentiu deprimido...</i>	Sim	Sim	313-14
<i>...Esteve deprimido ou em baixo durante alguns dias antes, durante ou após o período em que esteve eufórico? Delírios (de inquérito prévio)...</i>	Sim	Sim	315-16
<i>Alucinações (de inquérito prévio)...</i>	Sim	Sim	317-18
Incapacitado. Incapaz de levar adiante qualquer atividade com objetivo relativamente complexo tal como emprego, tomar conta de uma casa, manter atenção e participação em atividades sociais e recreativas. Não contar se se refere a recusa ou falta de motivação para as tarefas...	Sim	Sim	319-20
<i>...Esteve incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) porquê?</i> <i>Gestos suicidas ou tentativas..... Tentou matar-se?</i>	Sim	Sim	321-22
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTES SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS			
Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona...) <i>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</i>	Sim	Sim	323-24

Se SIM descreva o tratamento somático:

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

0 SEM INFORMAÇÃO OU NÃO APLICAVEL

1 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA GRAVE

2 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA SUB-AGUDA

3 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA SUB_CRONICA

4 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA GRAVE

PARTE D – EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR

CRITÉRIOS PARA SÍNDROME DEPRESSIVO GRAVE

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

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

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

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

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

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 atividades 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 exato:

Diria que teve pelo menos ___ diferentes episódios como este?

d - DETERMINAR SE ALGUM EPISÓDIO DE SÍNDROME DEP. MAJOR VAI DE ENCONTRO AO CRITÉRIO DE D. ESQUIZQ-AFFECT. 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-Afetiva; 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-Afetiva.

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

DURANTE PELO MENOS UM PERÍODO DE SÍNDROME MANÍACO:				
	Sem Informação	Não	Sim	
<p>Delírio de ser controlado, difusão de pensamento, inserção...</p> <p><i>Quando estava deprimido teve a sensação que estava sobre o controle de alguma força ou poder, para além de si?; Como se fosse um robot e sem vontade própria?; Ou que foi forçado a fazer movimentos ou fazer coisas sem o desejar?; Ou pensar coisas, ou ter impulsos que não lhe eram próprios?</i></p> <p><i>Sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de modo que as pessoas sabiam em que pensava, ou que os pensamentos lhe eram postos na sua cabeça não sendo seus, ou que os pensamentos lhe eram roubados por alguma força externa?</i></p>	X	1	2	341
Alucinações não-afetivas 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 (Appendix) pensamento formal acentuado acompanhado por embotamento do afeto ou afeto 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 Esquizoafetivo Tipo Depressivo

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

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

	Desordem Depr.Major	Depr.Esquizo- Afectiva	
Melhor estimativa do número de episódios (99 se muito numerosos)...			347- 48-49- 50
Idade do primeiro episódio... <i>Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			351- 52-53- 54
Idade no último episódio, se existiu mais do que um... <i>Quando foi a última vez que esteve...?</i>			355- 56-57- 58
Actualmente num episódio que inclui um período de Depressão Major	Sim	Sim	359-60
Se SIM, duração do período presente de Depressão Major			361- 63-64- 66
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			367- 69-70- 72

MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS:			
Hospitalizações... SIM ...Esteve hospitalizado?	Sim	Sim	373-74
ECT recebidos...Recebeu tratamentos de choques?	Sim	Sim	375-413
Medicação recebida.....Recebeu medicação?	Sim	Sim	414-15
<i>Imediatamente antes, durante ou a seguir a um episódio teve Um período de pelo menos uns dias em que esteve hipo ou maníaco (com ou não critério total de Síndrome Maníaco) ...Esteve com uma energia ou alegria inabitual no período de tempo imediatamente antes, durante ou logo a seguir a estar deprimido?..</i>	Sim	Sim	416-17
Delírios. ..	Sim	Sim	418-19
Alucinações...	Sim	Sim	420-21
Incapacitado. Incapaz de levar adiante qualquer atividade com objetivo relativamente complexo tal como emprego, tomar conta de uma casa, manter atenção e participação em atividades sociais e recreativas. Não contar se se refere a recusa ou falta de motivação para as tarefas...	Sim	Sim	422-23
<i>.. Esteve incapaz de trabalhar (ir a escola, tomar conta de casa) alimentar-se, vestir-se ou limpar-se? Gestos suicidas ou tentativas...Durante...tentou alguma vez matar-se?</i>	Sim	Sim	424-25
Associação com gravidez ou nascimento (no espaço de 2 meses)... <i>Estava grávida ou tinha acabado de dar à luz?</i>	Sim	Sim	426-27
Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona)... <i>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</i> Se SIM descreva o tratamento somático e as drogas usadas:...	Sim	Sim	430-31

<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>	Sim	Sim	432-33
<p>Se SIM 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>	434		

PARTE E – PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGANICA

- Determine inicialmente se o sujeito teve um episódio ou período de doença que:
 - não preenche o critério de Depressão Major ou Síndrome Maníaco
 - teve proporções Psicóticas
 - não foi causado aparentemente por nenhum fator fisico
- Estes episódios ou períodos de Psicose serão mais tarde categorizados como Esquizofrenia ou Psicose não-específica Funcional, Psicose de transição situacional, Estados Paranóides, Psicose Histérica e episódios tipo Esquizofrénico com duração inferior a duas semanas.

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

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

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

Houve alguma altura...

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

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

... ou sentiu sensações estranhas no seu corpo?

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

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

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

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

Andava a beber muito nessa altura ou tinha exatamente 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-afetiva Não-orgânica (delírios, alucinações, desordens do pensamento formal, comportamento estranhamente bizarro) no passado ou se a condição corrente é Esquizofrenia crónica, marque aqui e avance para Alcoolismo.

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

E4. Número total min.) de episódios ou períodos de Psicose Não-afetiva Não-orgânica (separados por 2 meses)(Se mostrou sinais de esquizofrenia mais ou menos consciente desde o inicio, conte como 1 per.)
436-437

Teve quantos períodos diferentes como este? NÚMERO:

Se incapaz de dar o número exato:

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... <i>Alguma vez sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de tal modo que as outras pessoas sabiam o que estava a pensar, ou sentiu que lhe eram postos na cabeça pensamentos que não eram seus, ou que lhe eram tirados pensamentos por alguma força externa?</i>	X	1	2	438
Delírios de ser controlado (ou influenciado), delírios múltiplos ou outros delírios bizarros...	X	1	2	439
<i>Teve a sensação de estar debaixo do controle de alguma força ou poder além de si, como se fosse um robot sem vontade própria ou que foi forçado a fazer movimentos ou a dizer coisas sem o desejar, a pensar coisas ou a ter impulsos que não eram seus?</i> 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-afetivas 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 afeto 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 PERÍODO DA DOENÇA (NÃO NECESSARIAMENTE OS SINTOMAS ESPECIFICOS) DUROU PELO MENOS DUAS

0 SEM INFORMAÇÃO, OU SEM CERTEZA

1 DURAÇÃO DE MENOS DE 2 SEMANAS

2 DURAÇÃO DE PELO MENOS 2 SEMANAS

PARTE G – CARACTERÍSTICAS DA PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGÂNICA

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

	Esquizofrenia	Psicose Funcional Inespecífica	
Melhor estimativa do número de episódios ou períodos (99 se muito numerosos). Se manifestou sinais relevantes de Esquizofrenia mais ou menos contínuos desde o início, contar como um período de doença...			449-50-51-52
Idade na altura do primeiro episódio (pode ser difícil distinguir do funcionamento habitual, se o início foi insidioso. Dê a melhor estimativa)...			453-54-55-56
<i>Que idade tinha quando pela primeira vez...?</i> Idade na altura do último episódio, se houve mais do que um episódio...			457-58-59-60
<i>Qual foi a última vez em que esteve...?</i> 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... <i>Qual foi o máximo de tempo que durou...?</i>	Sim	Sim	469-71-72-74
Nos itens seguintes deve ser feito um círculo em torno do SIM se eles caracterizam <u>algum</u> desses episódios: Durante <u>algum</u> desses episódios...			
Hospitalizado... esteve hospitalizado?	Sim	Sim	475-513

Recebeu tratamento somático (ECT, medicação)...recebeu algum tratamento para...?	Sim	Sim	514-15
A informação para os itens seguintes deve ser fornecida pelo inquérito feito previamente. Se o sujeito teve ambos os tipos de episódios pode ser necessária clarificação.			
Delírios de qualquer tipo...	Sim	Sim	516-17
Delírios de perseguição...	Sim	Sim	518-19
Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilísticos ou outros sem conteúdo de perseguição ou ciúme, durando pelo menos 1 semana...	Sim	Sim	520-21
Delírios de controle (ou influência), delírios múltiplos, ou outros delírios bizarros...	Sim	Sim	522-23
Delírios de qualquer tipo se acompanhados por alucinações de qualquer tipo durante pelo menos 1 semana...	Sim	Sim	524-25
Alucinações de qualquer tipo...	Sim	Sim	526-27
Alucinações de qualquer tipo durante o dia por vários dias, ou intermitentemente por pelo menos 1 mês...	Sim	Sim	528-29
Alucinações visuais...	Sim	Sim	530-531
Alucinações auditivas...	Sim	Sim	532-33
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário contínuo acerca do comportamento ou pensamento do sujeito à medida que ele ocorre, ou em que duas ou mais vozes conversam entre elas...	Sim	Sim	534-35
Alucinações verbais não-afetivas 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 catatônico 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 atividade com objetivo complexo como trabalhar, tomar conta da casa, manter a atenção e participação em atividades 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-crônicos ou crônicos

0 Não Aplicável

1 Esquizofrenia Aguda

2 Esquizofrenia Sub-Aguda

3 Esquizofrenia Sub-Crônica

4 Esquizofrenia Crônica

PARTE H – ALCOOLISMO

Existem dois critérios

H1- TEVE PELO MENOS DOIS DOS ITENS
553-571

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Como têm sido os seus hábitos de bebida? Existiu algum período na sua vida em que bebia demais?..</i>	X	1	2	553
<i>Havia alguém na sua família- ou outrém- que se manifestou contra a sua bebida?..</i>	X	1	2	554
<i>Houve alguma altura em que não conseguia parar de beber quando queria?..</i>	X	1	2	555
<i>Quando bebia em que quantidade o fazia?</i> <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				
<i>Houve alguma altura em que bebia frequentemente antes do pequeno almoço?..</i>	X	1	2	557
<i>Houve alguma altura ou período em que, por causa da bebida faltou frequentemente ao trabalho, teve problemas no emprego ou esteve incapaz de tomar conta da casa (fazer as refeições, fazer compras)?..</i>	X	1	2	558

<i>Alguma vez perdeu um emprego por causa da bebida?..</i>	X	1	2	559
<i>Teve com frequência dificuldades com a família, amigos ou conhecidos por causa da bebida?..</i>	X	1	2	560
<i>Divorciou-se ou separou-se essencialmente por causa dos seus hábitos de beber?...</i>	X	1	2	561
<i>Alguma vez entrou no período de beber continuamente por 3 ou mais dias bebendo mais de um quinto de uma garrafa de whiskey (ou 24 garrafas de cerveja, ou 3 garrafas de vinho) [deve ter ocorrido 3 ou mais vezes]...</i>	X	1	2	562
<i>Alguma vez esteve fisicamente violento enquanto bebia? (deve ter ocorrido em pelo menos 2 ocasiões)...</i>	X	1	2	563
<i>Alguma vez teve dificuldades de condução e tráfico por causa da bebida - como condução descuidada, acidentes ou excesso de velocidade?..</i>	X	1	2	564
<i>Alguma vez foi apanhado pela polícia pela maneira como se comportava enquanto bebia? (perturbar a paz, lutar, intoxicação pública. Não incluir dificuldades de trânsito) ... Alguma vez teve falhas de memória para acontecimentos que ocorram enquanto esteve consciente num episódio de bebida?..</i>	X	1	2	566
<i>Teve com frequência tremuras (que seriam provavelmente devido à bebida)?..</i>	X	1	2	567
<i>Alguma vez teve "Delirium Tremens"? (Estado confusional que se segue à paragem de beber que inclui desorientação, delírios ou alucinações)...</i>	X	1	2	568
<i>Alguma vez ouviu vozes, viu coisas que não estavam realmente ali, logo a seguir a parar de beber? (alucinações – devem ter ocorrido em pelo menos 2 ocasiões separadas) ...</i>	X	1	2	569
<i>Alguma vez teve um ataque ou um acesso depois de parar de beber? (Não epilético)...</i>	X	1	2	570
<i>Alguma vez um médico lhe disse que desenvolveu uma complicação física devido ao alcoolismo como gastrite, pancreatite, cirrose ou neurite? (incluir uma boa evidência do síndrome de Korsakoff- síndrome cerebral crónico com amnésia antecipada como principal sinal)...</i>	X	1	2	571

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

2 SIM

572

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

1 NÃO Avance para I

2 SIM

573

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

PARTE I – ABUSO DE DROGAS OU DEPENDÊNCIA

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

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

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

Tipo de droga:	<input type="checkbox"/> Narcóticos: Heroína, Morfina, Ou Outros 618 <input type="checkbox"/> Substâncias Tipo Anfetamina 619 <input type="checkbox"/> Cocaína 620 <input type="checkbox"/> Sedativos, Hipnóticos, Tranquilizantes 621 <input type="checkbox"/> Derivados De Cannabis 622 <input type="checkbox"/> 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 crônica ou sub-crônica, ou desordem esquizo-afectiva sub-crônica ou crônica, marque aqui e avance para distinção primária/secundária dentro das desordens de depressão major porque, as desordens desta secção são de pouco diagnóstico ou prognóstico para tais pacientes.

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

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

PARTE J- EPISÓDIOS HIPOMANIÁCOS

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

Existem 2 critérios:

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

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

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

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

Vai de encontro aos 2 critérios de episódios Hipo Maníaco	1 NÃO 2 SIM	642
Melhor estimativa do número de episódios de hipomania		643 -44
Idade do primeiro episódio hipomaniaco		645 -46
Duração do período hipomaniaco mais longo em semanas		647 -49
Correntemente num episódio que inclui períodos de hipomania	SIM	650
Se SIM duração em semanas do período presente de hipomania		651 -53

PARTE K- PERSONALIDADE CICLOTÍMICA

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

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

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

K2- FREQUENTEMENTE NÃO NO HUMOR NORMAL
655

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

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

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

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

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

PARTE L- DISTÚRBIOS DE SOMATIZAÇÃO

Existem 2 critérios:

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

<i>Como tem estado a sua saúde física? Tem tido muitas doenças? E operações?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
--	---

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

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

	Sem Informação	Não	Sim	
GRUPO I - Sujeito acredita que tem estado doente a maior parte da sua vida <i>Diria que tem estado doente uma grande parte da sua vida?</i>	X	1	2	659
GRUPO II - Perda de sensações, perda de voz e incapaz de murmurar, problemas em	X	1	2	660

<p>caminhar, ou outras conversões pseudo-neurológicas, ou reacções dissociativas.. .</p> <p><i>Alguma vez perdeu as sensações ou esteve incapaz de sentir qualquer coisa (associado ou não com paralisia), ou perdeu a voz, ou esteve incapaz de sequer murmurar (mas não apenas rouquidão), problemas em caminhar ou paralisia- incapacidade para se mover (não devida a dor ou paralisia), ou cegueira (completa ausência de percepção da luz durando mais de um instante), convulsões, ataques, desmaios, ou períodos de inconsciência em que não consegue recordar-se do que lhe aconteceu ou que fez (não associado com álcool ou drogas)?</i></p>				
<p>GRUPO III - Dores abdominais ou vômitos (sem gravidez)...</p> <p><i>Alguma vez teve dores abdominais ou vômitos?</i></p>	X	1	2	661
<p>GRUPO IV - Dismenorreia, irregularidade menstrual, excesso de fluxo menstrual (julgados pelo sujeito como ocorrendo mais frequentemente ou com mais gravidade do que na maioria das mulheres)...</p> <p><i>Sentiu-se frequentemente tão incomodada por dores menstruais que fazia com dificuldade o seu (trabalho, trabalho doméstico, cuidados com as crianças, actividades de tempo livre)?</i></p> <p><i>Faltaram-lhe mais do que dois períodos seguidos várias vezes (excluindo gravidez, ou primeiro ano depois da menarca ou menopausa)?</i></p> <p><i>Sentiu-se alguma vez perturbada por excessivo fluxo sanguíneo?</i></p>	X	1	2	662
<p>GRUPO V - Indiferença sexual (falta de interesse em relações sexuais), falta de prazer ou dor durante o coito (na maior parte da vida depois de ter oportunidade para uma vida sexual)...</p> <p><i>Tem-se sentido habitualmente desinteressado por sexo, ou incapaz de sentir prazer nas relações sexuais com ou sem orgasmo), ou tem sentido dor durante o coito?</i></p>	X	1	2	663
<p>GRUPO VI - Dores nas costas, dores nas articulações, dores nas extremidades, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas</p> <p><i>Tem-se sentido incomodado por dores nas costas, nas articulações, nas pernas e nos braços, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas?</i></p>	X	1	2	664
<p>Critério para Mulheres - Ter 1 manifestação em pelo menos 5 dos 6 grupos</p>	SIM			665
<p>Critério para Homens - Ter 1 manifestação em pelo menos 4 dos 6 grupos</p>	SIM			666
<p>Vai de encontro aos 2 critérios para Distúrbio de Briquet (Distúrbio de Somatização)</p> <p>(Avance para Distúrbio de Pânico)</p>	SIM			667
<p><input type="checkbox"/> Se vai de encontro aos critérios de Personalidade Ciclotímica, marque aqui e avance para Distúrbio de Pânico</p>				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 Menor 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)]	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N 2 Sim
<i>Agora gostaria de saber se durante a maior parte da sua vida tem sido uma pessoa cuja disposição muda rapidamente de normal para má, como por exemplo sentir-se deprimido ou zangado durante algumas horas ou dias e depois voltar ao normal; aparentemente não devido ao período menstrual; quanto tempo é que isso dura habitualmente; quantas vezes é que isso acontece)?</i>	

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

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

Teve pelo menos 3 dos sintomas ou traços	1 NÃO Avance para N			713
	2 SIM			

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

<p><i>Isto interferiu com a sua vida social, trabalho ou capacidade para fazer as coisas?</i></p> <p><i>Tomou alguma medicação por causa disso?</i></p> <p><i>Procurou ajuda de alguém por causa disso? (Foi indicado para procurar ajuda?)</i></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 716

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><i>Alguma vez teve outros episódios que durassem pelo menos uma semana em que foi perturbado por se sentir deprimido, triste, angustiado, desesperançado, em baixo, indiferente, mas não era tão grave como nos outros episódio(s) que discutimos?</i></p> <p><u>Se não teve Síndrome Depressivo Major:</u></p> <p><i>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?</i></p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</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

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

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:				
<i>Falta de apetite, perda de peso, aumento de apetite ou peso?</i>	X	1	2	719
<i>Problemas em adormecer ou demasiado sono?</i>	X	1	2	720
<i>Perda de energia, facilmente fatigado, ou cansaço?</i>	X	1	2	721
<i>Perda de interesse ou prazer nas suas actividades habituais ou sexo?</i>	X	1	2	722
<i>Sensação de culpa, sem valor ou em baixo?</i>	X	1	2	723
<i>Problemas em concentrar-se, pensar ou tomar decisões?</i>	X	1	2	724
<i>Pensar acerca de morte ou suicídio (tentou suicidar-se)?</i>	X	1	2	725
<i>Incapaz de se sentar quieto ou ter que se movimentar ou oposto - sentir-se lentificado ou com problemas em mover-se?</i>	X	1	2	726
<i>Choro?</i>	X	1	2	727
<i>Pensar acerca das coisas com visão pessimista?</i>	X	1	2	728
<i>Pensativo acerca de coisas desagradáveis que aconteceram?</i>	X	1	2	729
<i>Sentir-se inadaptado?</i>	X	1	2	730
<i>Sentir-se ressentido, irritável, zangado?</i>	X	1	2	731
<i>Precisou de ser tranquilizado ou ajudado por alguém (dependência ou exigência)?</i>	X	1	2	731

<i>Sentir pena de si próprio (auto-piedade)?</i>	X	1	2	733
<i>Queixas físicas que não pareciam ser causadas por nenhuma doença física em particular?</i>	X	1	2	734
Teve pelo menos 2 sintomas	1 NÃO Avance para O			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			
<i>Durante quanto tempo se sentiu assim ao longo dos últimos 2 anos?</i>				
Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Depressiva Minor e não encontra os critérios de Personalidade Ciclotímica, Desordem Depressiva Intermitente ou Personalidade Lábil	1 Sim, Episódico 2 Sim, Crónico, persistiu 2 anos e Continuou em condições piores			736
Melhor estimativa do número de episódios				737-38
Idade no primeiro episódio...				739-40
Duração do episódio mais longo em semanas...				741-43
Correntemente num episódio... SIM				744
Se SIM, duração do episódio presente em semanas...				745-47
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

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

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.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERÍODO 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 não vai de encontro ao critério de ,Personalidade Ciclotímica	SIM	753
---	-----	-----

Idade em que aparentou pela primeira vez...	754-55
---	--------

Duração do episódio corrente em anos... (Se correntemente tem outra desordem, indicar a duração do período de sintomas depressivos intermitentes anteriores ao desenvolvimento da desordem corrente)...	756-57
--	--------

PARTE P- DESORDEM DE PÂNICO

Existem 4 critérios

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

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Alguma vez teve ataques de pânico ou ansiedade aguda em que se sentiu subitamente muito assustado e teve sintomas físicos como... (quando é que isto acontece?)</i>	X	1	2	758
<i>Falta de ar (dispneia)?</i>	X	1	2	
<i>Palpitações?</i>	X	1	2	759
<i>Dores no peito ou desconforto?</i>	X	1	2	760
<i>Sensações de choques?</i>	X	1	2	761
<i>Tonturas ou a sensação de que andasse tudo à volta (vertigens) ou como se as coisas fossem irreais?</i>	X	1	2	762
<i>Tremores (parastésias)?</i>	X	1	2	763
<i>Suores?</i>	X	1	2	764
<i>Desmaios?</i>	X	1	2	765
<i>Tremor ou abanar?</i>	X	1	2	766
<i>Medo de morrer, ficar louco, ou perder o controle durante um ataque?</i>	X	1	2	767
Teve medo intenso ou receio e pelo menos 2 sintomas	1 NÃO Avance para item 821			768
	2 SIM			

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

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

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

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

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

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?.. tomou medicação?..</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para Q 2 Sim
<i>Os (ataques de pânico) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?</i>	
Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem de Pânico	SIM 772
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	773-74
Duração do episodio mais longo em semanas	813-15
Correntemente num episódio	SIM 816
Se SIM, duração do episodio corrente em semanas...	1 Igual situação ou tipo na maioria dos ataques 820
Situações estimuladoras para evocar ataques de pânico...	2 Não claramente 1 ou 3 3 Sem tipo particular de situação
<input type="checkbox"/> Se teve Desordem de Briquet marque aqui e avance para Desordem Ansiosa Generalizada e vá para Desordem Obsessiva Compulsiva	821

PARTE Q- DESORDEM DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Existem 3 critérios

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

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

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

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

<p><i>Que efeito tiveram estas (obsessões, compulsões) em si? Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?</i></p> <p><i>As (obsessões, compulsões) afectaram de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?</i></p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</p> <p>1 NÃO Avance Para 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	1Obsessões

2 Compulsões
3 Nenhum Deles (Ou Ambos Com Igual Gravidade)

PARTE S- DESORDEM FÓBICA

Existem 2 critérios:

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

Existiram alturas em que sentiu medo de alguma coisa ou situação particular como multidões, certos animais, alturas, ou estar fechado?

0 Sem informação ou sem certeza
1 NÃO Avance para T
2 SIM

(E medo de certas atividades - como estar só, sair sozinho ou certas formas de viajar?; Saiu do seu caminho para evitar...?)

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

Que efeito teve isto em si?

Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?

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

Os (sintomas fóbicos) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?

Vai de encontro aos 2 critérios de Desordem Fóbica

SIM 856

Idade em que pela primeira vez encontra o critério

857-58

Duração do episódio mais longo em semanas

859-861

Correntemente vai de encontro ao critério

SIM 862

Se SIM, duração do episódio corrente em semanas

863-65

Tipo de Fobia (marque a mais predominante):

- 1 AGORAFOBIA
- 2 FOBIAIS SOCIAIS
- 3 FOBIAIS SIMPLES
- 4 FOBIAIS MISTAS

PARTE T- PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

Existem 4 critérios

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

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Desde que começou a trabalhar, mudou muito de emprego (SIM, se teve 1 ou mais empregos em 5 anos)?</i>	X	1	2	867
<i>Teve períodos sem trabalhar (SIM, se num total de 6 meses durante 10 anos quando era esperado trabalhar: e não devido a doença física)?</i>	X	1	2	868
<i>Faltava muito enquanto trabalhava (SIM, se o absentismo envolveu uma média de 3 dias ou mais por mês quer quando se atrasava quer quando se ausentava)?</i>	X	1	2	869
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	
<i>Quando era mais novo... ..Faltava à escola?</i>	X	1	2	871
<i>Foi alguma vez expulso da escola?</i>	X	1	2	872
<i>As pessoas esperavam melhores notas do que teve?</i>	X	1	2	873
<i>Estava sempre a quebrar regras em casa ou na escola?</i>	X	1	2	874
<i>Foi preso ou mandado para tribunal de menores por alguma coisa que fez?</i>	X	1	2	875
<i>Fugia de casa à noite?</i>	X	1	2	913
<i>Mentia muito?</i>	X	1	2	914

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

T3- TEVE PELO MENOS 2 SINTOMAS ANTES DOS 15 ANOS

Desde a idade dos 15 anos...	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Foi preso (SIM, se 1 ou mais vezes preso)?</i>	X	1	2	920
<i>Divorciou-se ou separou-se (SIM, se 2 ou mais divórcios ou separações legalmente casado ou não)?</i>	X	1	2	921
<i>Meteu-se em lutas (físicas)?</i>	X	1	2	922
<i>Embragava-se frequentemente (todas as semanas)?</i>	X	1	2	923
<i>Não pagava com frequência dívidas ou não tomava conta de outras responsabilidades financeiras como era esperado?</i>	X	1	2	924
<i>Alguma vez teve um período de tempo sem residência permanente ou vagueou de lugar para lugar sem planos prévios (para além das férias)?</i>	X	1	2	925
Teve pelo menos 2 sintomas	1 NÃO Avance para U 2 SIM			926

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

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

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

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

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

para relaxar ou ir de férias?..	
---------------------------------	--

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

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

PARTE V- OUTRAS DESORDENS PSIQUIÁTRICAS
--

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

Existem 2 critérios:

V1-

	Sim	
O quadro clínico sugere um distúrbio específico não coberto por este instrumento (ex: Anorexia Nervosa, Transexualismo, Personalidade Paranoide) Especificar _____		932
Suspeita-se de uma ou mais desordens mas os sintomas são mínimos para completar os critérios Especificar _____		933
A ordem cronológica de classes de sintomas importantes não é conhecida ex: alcoolismo e alucinações: desconhecimento do que apareceu primeiro		934

A informação existente sobre a fenomenologia é inadequada para estabelecer um diagnóstico específico		935
Um fator orgânico conhecido é provavelmente a causa etiológica ex: abuso de álcool, intoxicação por anfetaminas, ingestão de alucinogêneos, febre		936
Pelo menos um destes critérios é verdade 1 Não Passar para Traços Esquizofrênicos 2 Sim		

O estado foi de gravidade suficiente para resultar na procura ou recomendação de procura de ajuda, tomar medicação (que não sejam hipnóticos ocasionais para a insónia), ou causou impedimento de funcionar socialmente, com a família, em casa, na escola, no trabalho	0 Sem informação ou sem certeza: Passar para Traços Esquizofrênicos 1 Não: Passar para Traços Esquizofrênicos 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 ESQUIZOFRÊNICOS

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

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

	Sem Informação	Não	Sim
Ilusões recorrentes, sentir a presença de uma pessoa ou presença não presentes na realidade ("sinto que a minha mãe que já morreu está comigo"), suspeita de alucinações, ou períodos de dissociações severas, despersonalização, ou desrealização (que não seja ataque de pânico) <i>Sentiu com frequência que o mundo parece diferente ou que de alguma forma mudou?</i> <i>Sentiu que estava fora do seu próprio corpo, ou como se uma parte não lhe pertencesse? Ou que estava fisicamente desligado das pessoas... ou sentiu como se estivesse num sonho...ou alguma experiência estranha?</i>	X	1	2

Ideação 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 interação face a face devido a afeto 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 atual 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"> 1. Esquizofrenia (não agora mas Tipo Residual) 2. Perturbação Esquizo-afectiva 3. Perturbação de Pânico 4. Perturbação Fóbica 5. Perturbação Obsessivo-Compulsiva 6. Perturbação de Briquet (Perturbação de Somatização) 7. Personalidade anti-social 8. Alcoolismo 9. Abuso de drogas 10. Preferência Homossexual (perguntar se necessário) 11. Anorexia Nervosa 12. Transsexualismo 13. Síndrome Cerebral Orgânico 	<p><input type="checkbox"/> Sem informação, sem certeza, ou nunca teve uma Desordem Depressiva Major 953</p> <p><input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major <u>não</u> foi precedido pelas desordens listadas ao lado 954</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><i>Alguma vez tentou matar-se ou fazer algo que o pudesse ter matado?</i></p> <p><i>Se sim Perguntar por mais detalhes</i></p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza</p> <p>1 Não Passa para o funcionamento social</p> <p>2 Sim</p>	961
Número de gestos ou tentativas	1 2 3 4 5 6 7 8 +	962

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 fatores como: probabilidade de ser salvo, precauções para não ser descoberto, ações para obter ajuda durante ou após a tentativa, grau de planeamento da tentativa, o objetivo aparente da tentativa (manipulativo ou a conseguir a morte)</p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza</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>	953
---	---	-----

Y2- Ameaça médica atual 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>	<p>0 Sem informação ou sem certeza</p> <p>1 Sem perigo (ex: sem efeito, apenas com os comprimidos na mão)</p> <p>2 Mínimo (ex: arranhão ou wrist)</p> <p>3 Médio (ex: tomou 10 aspirinas, gastrite média)</p> <p>4 Moderado (ex: tomou 10 seconals, inconsciência breve)</p> <p>5 Severo (ex: corte de garganta)</p>	964
---	--	-----

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><i>Até que ponto se relacionou socialmente com amigos ou com outras pessoas?</i></p> <p><i>E visitas ou receber pessoas em casa?</i></p> <p><i>E actividades na igreja, clube ou jogos?</i></p> <p><i>Com quem se encontra?</i></p> <p><i>Até que ponto lhes é próximo?</i></p> <p><i>Consideraria algum deles como amigo íntimo - alguém que pudesse realmente confiar?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem certeza</p> <p>1 superior, muitos amigos especiais e saídas</p> <p>2 muito bom; alguns amigos, algumas saídas</p> <p>3 bom; 1 ou 2 amigos, saídas pouco frequentes</p> <p>4 suficiente; um amigo próximo, saídas raras</p> <p>5 pobre; sem amigos especiais, poucos contactos</p> <p>6 muito. pobre, sem amigos especiais, contactos raros</p> <p>7 muito inadequado sem contactos</p> <p><input type="checkbox"/> características de funcionamento durante a maior parte da sua vida 966</p> <p><input type="checkbox"/> aparentemente como resultado da deterioração do funcionamento 967</p>
--	--

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

<p><i>Nos 5 anos passados quando se sentiu melhor?</i></p> <p><i>Isso durou pelo menos alguns meses?;</i></p> <p><i>O que o aborrecia nessa altura?;</i></p> <p><i>E acerca do seu humor, família, vida social, etc,?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem certeza</p> <p>1 ausente ou sintomas mínimos; bom func.</p> <p>2 ausente ou sintomas mínimos; func. diminuído</p> <p>3 alguns sintomas médios; algumas dificuldades func. 4 sintomas moderados; func.com dificuldade</p>
---	---

	5 alguns sintomas serios; grande diminuição de func. 6 diminuição grave em várias áreas
--	--

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

<i>Durante o mês passado quando e que se sentiu pior?</i>	0 sem informação ou sem certeza
<i>Quanto tempo durou?</i>	1 ausente ou sintomas minimos
<i>O que e que o preocupava nessa altura? E acerca do seu humor, trabalho, e vida social?</i>	2 sintomas minimos; ligeiro disfuncionamento
<i>Até que ponto se tornou mau?</i>	3 sintomas médios; humor depressivo e insónia média
	4 sintomas moderados; func. geral com alguma dificul.
	5 alguns sintomas sérios de disfuncionamento
	6 disfuncionamento major em várias áreas

RESULTADOS DE DOENÇAS ANTERIORES

970

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

CORRENTEMENTE SEM DOENÇA MENTAL

971

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

NUNCA DOENTE MENTAL

972

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

GRAU DE CONFIANÇA E CERTEZA DA INFORMAÇÃO OBTIDA NESTA ENTREVISTA

973

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

FONTES DE INFORMAÇÃO

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

11. Resolva os Símbolos

Introdução após 120 segundos

	6-9 Parte A	9-10 Parte B
Tempo limite	120"	120"
Tempo Desperdiçado		
1ª de nota correta		
2ª de nota incorreta		
Participação Nota Correta (Máximo = 4)		

Nome _____

Copyright © 1997, PSI by The Psychological Corporation, U.S.A.

Copyright de todos os direitos reservados © 2001 by CEBEC/TEA/Lucas, Príncipe

Proibida a reprodução sem o consentimento escrito.

Endereço: CEBEC/TEA, Av. Antônio Augusto Ribeiro 11.700-010, Curitiba

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, em qualquer idioma, sem o consentimento escrito.

Material não destinado ao diagnóstico ou à avaliação psicológica. Não utilizar este instrumento em locais de aplicação não autorizados. Este material está sujeito ao uso justo, de acordo com as condições de aplicação e uso de todos os direitos reservados.

CEBEC/TEA 071.627.50-4

WISC-III™

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição

Nome _____

12. Memória de Dígitos

Administração: Ambos os testes de cada item, inclusive quando o Exatidão 1 é bem sucedido. Introdução após 2 introduções consecutivas. Administração de Dígitos em Sequência Inversa Inclusive quando o sujeito obtiver uma pontuação de 0 nos Dígitos em Sequência Direta.

Tempo limite	Dígitos em Sequência Direta		Exatidão	Dígitos em Sequência Inversa		Exatidão	Pontuação Total
	Exatidão	Exatidão		Exatidão	Exatidão		
1	2-9			4-9			
2	3-8-3			6-1-2			
3	3-4-1-7			6-1-8-8			
4	8-4-2-3-9			5-2-1-8-6			
5	3-8-9-1-7-4			7-2-5-4-8-3			
6	6-1-7-6-2-3-8			9-8-2-1-5-3			
7	1-6-4-5-9-7-8-2			2-9-7-5-3-1-8-4			
8	8-3-8-7-1-2-4-6-9			4-2-6-9-1-7-8-3-8			

Totais Dígitos em Sequência Direta (Máximo = 16)

Tempo limite	Dígitos em Sequência Direta		Exatidão	Dígitos em Sequência Inversa		Exatidão	Pontuação Total
	Exatidão	Exatidão		Exatidão	Exatidão		
1	2-9			0-9			
2	2-7-4			2-8-9			
3	7-3-9-6			8-4-0-3			
4	4-1-3-5-7			9-7-8-5-2			
5	1-6-8-2-9-8			3-6-7-1-0-4			
6	8-5-0-2-3-8-2			4-5-7-0-2-8-1			
7	0-9-1-8-3-2-8			9-1-9-0-8-4-5-2			

Totais Dígitos em Sequência Inversa (Máximo = 16)

Pontuação do Total Dígitos (Máximo = 32)

13. Labirinto

Introdução após 2 introduções consecutivas, exceto para o Labirinto 1. Nos testes com idades entre 8 anos e administração do Labirinto 1 a 3 em caso de sucesso ou sucesso parcial no Labirinto 4. Caso o sujeito obtenha 0 pontos no Labirinto 4, fazer a demonstração do Labirinto Simple e administrar os Labirintos 1 a 3.

Labirinto	Tempo limite	Tempo Desperdiçado	Número de erros	Colação	Pontos
1-3 Exemplo					
1	30"			2ª linha 1º erro 0 pontos 2ª linha 1º erro 1 ponto 2 pontos 2ª linha 1º erro 2 pontos 3 pontos	
2	30"			2ª linha 1º erro 0 pontos 2ª linha 1º erro 1 ponto 2 pontos 2ª linha 1º erro 2 pontos 3 pontos	
3	30"			2ª linha 1º erro 0 pontos 2ª linha 1º erro 1 ponto 2 pontos 2ª linha 1º erro 2 pontos 3 pontos	
4	30"			2ª linha 1º erro 0 pontos 2ª linha 1º erro 1 ponto 2 pontos 2ª linha 1º erro 2 pontos 3 pontos	
5	45"			2ª linha 1º erro 0 pontos 2ª linha 1º erro 1 ponto 2 pontos 2ª linha 1º erro 2 pontos 3 pontos	
6	60"			2ª linha 1º erro 0 pontos 2ª linha 1º erro 1 ponto 2 pontos 2ª linha 1º erro 2 pontos 3 pontos	
7	120"			2ª linha 1º erro 0 pontos 2ª linha 1º erro 1 ponto 2 pontos 2ª linha 1º erro 2 pontos 3 pontos	
8	120"			2ª linha 1º erro 0 pontos 2ª linha 1º erro 1 ponto 2 pontos 2ª linha 1º erro 2 pontos 3 pontos	
9	180"			2ª linha 1º erro 0 pontos 2ª linha 1º erro 1 ponto 2 pontos 2ª linha 1º erro 2 pontos 3 pontos	
10	180"			2ª linha 1º erro 0 pontos 2ª linha 1º erro 1 ponto 2 pontos 2ª linha 1º erro 2 pontos 3 pontos	

Pontuação Total Labirinto

Sequências corretas para o subteste Labirinto (ver Capítulo 6 do Manual) Máximo = 25.

As seguintes recomendações podem ser fornecidas, não sendo obrigatórias, mas cada uma delas só poderá ser feita uma vez ao decorrer da administração do subteste:

1. Não pode começar aqui. Aponte para o centro do labirinto.
2. Não pode passar através de uma parede.
3. Não pode. Continue até encontrar a saída. Pode voltar para o início.
4. Não costear contra as paredes. Continue a partir daqui sempre que o teste estiver pronto para ser dado.

5. Não costear a parede para fora.

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

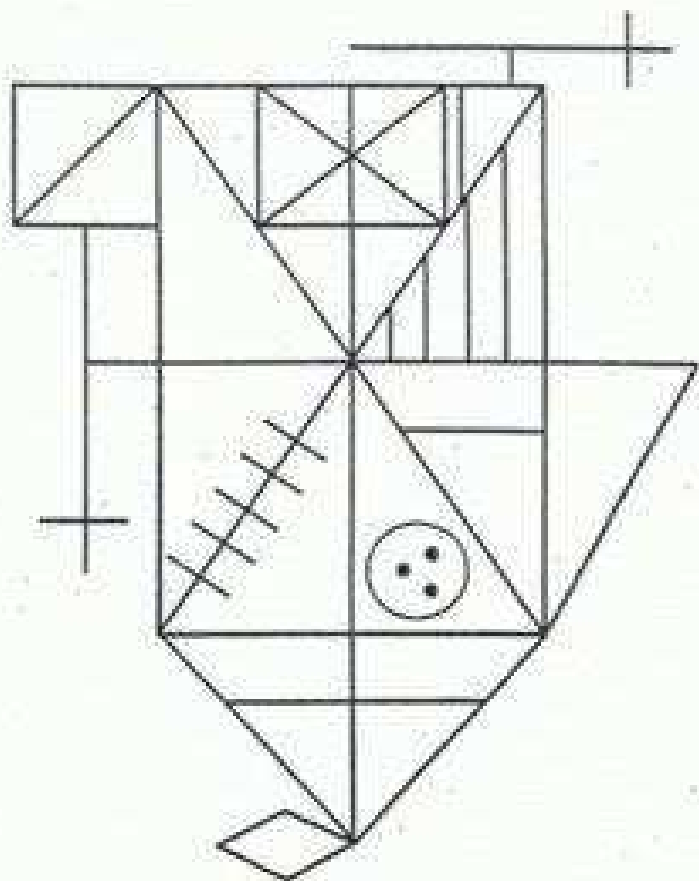
A

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.

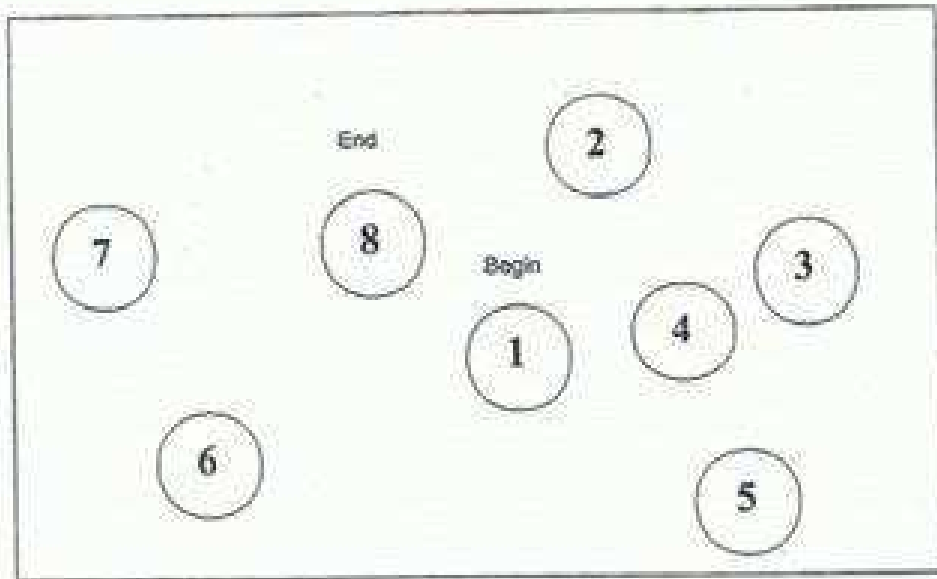
História A	Cotação		Critério de Cotação	
	Unidade de História	Unidade Temática		
Maria	0	1	É necessário referir <i>Maria</i> .	
Lopes,	0	1	É necessário referir <i>Lopes</i> .	
que vive no Lumiar	0	1	<i>Lumiar</i> (em qualquer contexto).	
em Lisboa	0	1	<i>Lisboa</i> (em qualquer contexto).	
		0	1	Indicação 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 <i>cozinheira</i> , ou outra forma da palavra.	
no refeitório	0	1	É necessário referir <i>refeitório</i> ou sinónimo.	
de uma escola,	0	1	É necessário referir <i>escola</i> 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	<i>Esquadra</i> (em qualquer contexto) ou uma palavra ou frase que indique que é uma esquadra da polícia.	
da polícia	0	1	<i>Polícia</i> (em qualquer contexto).	
de ter sido assaltada	0	1	Indicação de que foi assaltada.	
na Avenida da Liberdade,	0	1	<i>Na Avenida da Liberdade</i> (em qualquer contexto).	
na noite anterior,	0	1	Indicação de que o assalto ocorreu na 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 <i>quatro</i> , juntamente com a indicação de que as crianças eram suas.	
filhos pequenos,	0	1	É necessário referir <i>filhos pequenos</i> ou sinónimos.	
		0	1	Indicação de que a protagonista tem filhos.
a renda por pagar	0	1	Uma frase indicando que tem a renda de 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 <i>dois dias</i> , 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 da 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.

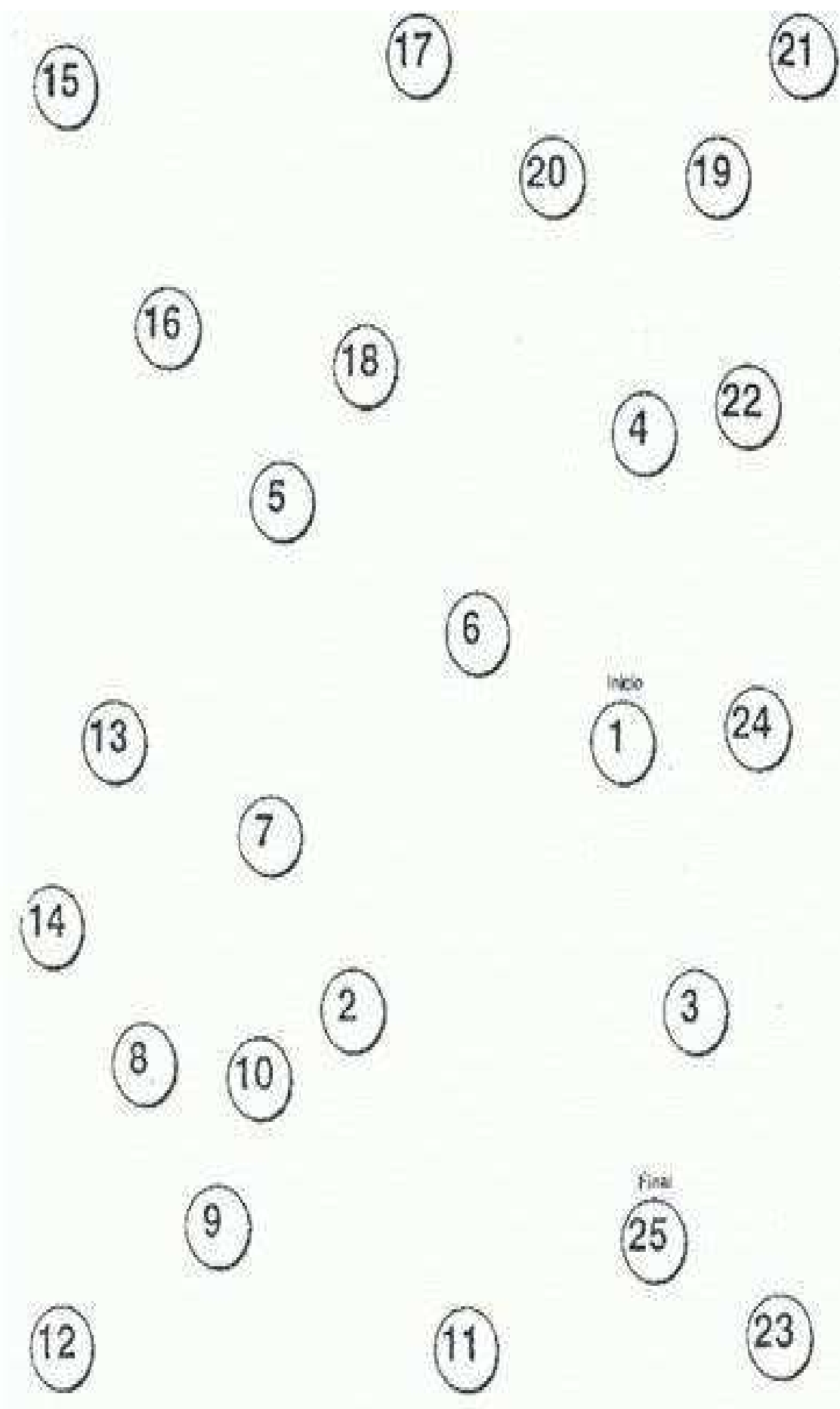
História A
Pont. Evocação Unid. História
Mínimo = 0 Máximo = 25

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

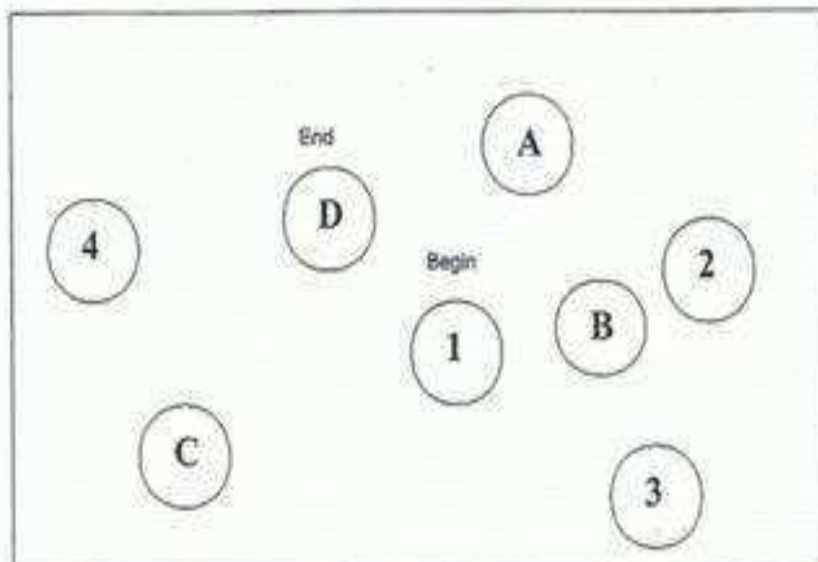


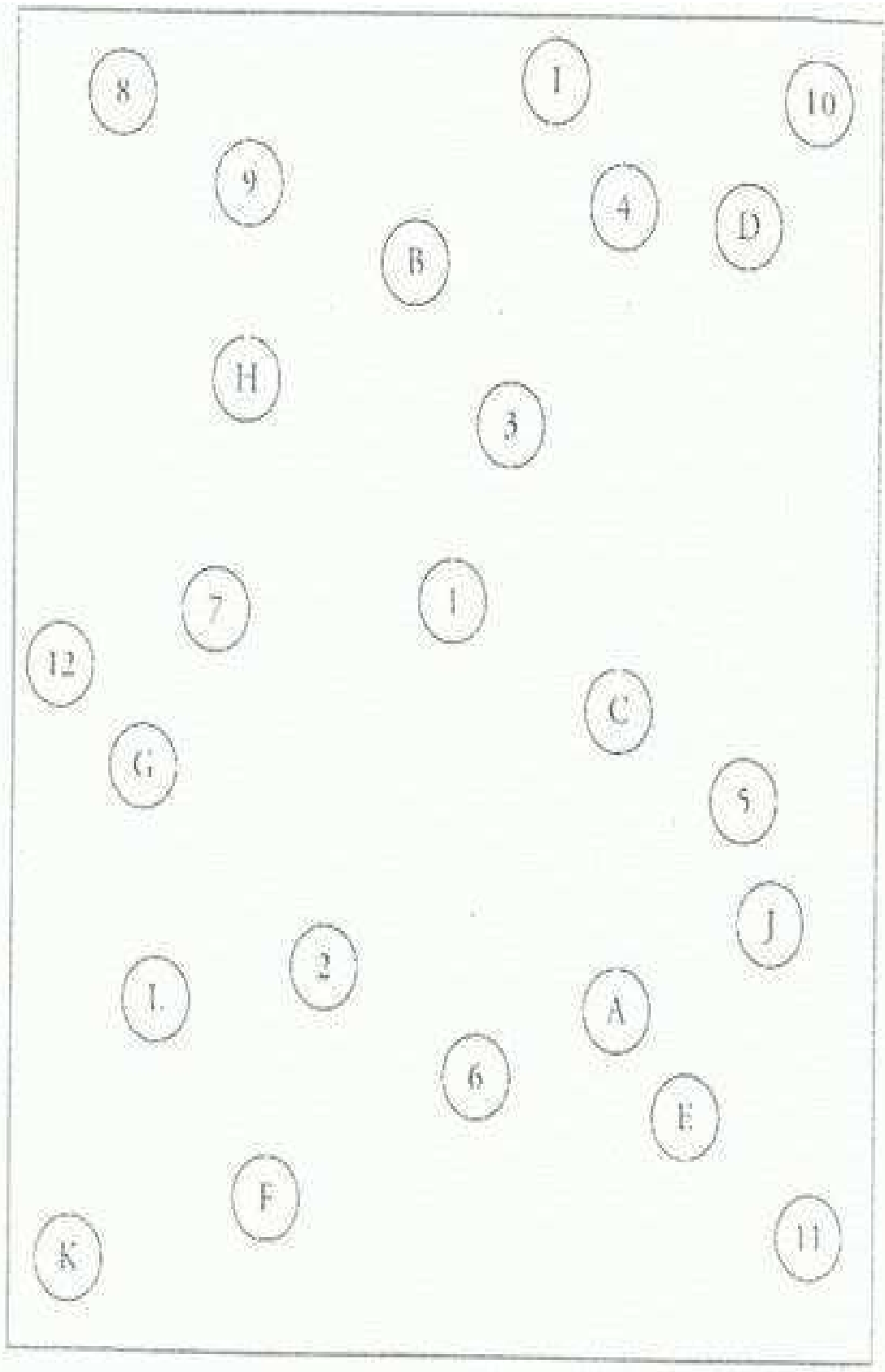
Trail Making Test Part A – SAMPLE





Trail Making Test Part B – *SAMPLE*





Key Search Test

Subject's name



© 2000
© 1998

B

1
÷

2
)

3
+

4
-

5
=

6
√

7
C

8
-

9
I

Ejemplo																				
2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3

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

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	6	5	1	6



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 © 1984 by Bowling Co., 820 Wheel Lane, Wood Dale, Illinois 60191 USA.
Copyright de adaptação portuguesa © 2012 by CEGOC TEA, Lisboa, Portugal. Todos os direitos reservados.
PROIBIDA a reprodução total ou parcial, em 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 CALEJÃO NÃO SEPRESTA A COPIAR, SE FOR AFECTADO POR O COMPUTADOR E NÃO É UMA REPRODUÇÃO FÍSICA. 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 Dorring Co., 620 West Lake, Wood Dale, Illinois 60191 USA.
Copyright de adaptação portuguesa © 2013 by COGITO T&A, Lda, 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 citações são permitidas nos termos de referência em vigor.
Este material está licenciado sob a licença de uso apropriado em português e não é uma reprodução em si. NÃO A UTILIZE.

Anexo IV

Abstract apresentado em forma de *Poster* no
Congresso Anual do *American Heart Association* (7-11
Novembro, 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^{1,2}, B PEIXOTO^{1,3}, AC PINHEIRO^{1,3}, H MONTEIRO^{1,3}, S ARAÚJO^{1,3}, T CARVALHO^{1,3}, S MELO^{1,3}, JP LOPES^{1,3}, F RODRIGUES^{1,3}, AC NASCIMENTO^{1,3}, J MIRANDA^{2,4}, F VILACOVA^{2,4}, C MOURA^{2,4}, J SOARES^{1,3}, V VIANA², J QUINTAS², JC AREIAS^{2,4}

1. Department of Social and Behavioral Sciences, IUGS (IGIPPUI)
2. Cardiovascular Research and Development Unit, University of Porto, Portugal

3. INFANTS (CESP) /
4. Department of Pediatric Cardiology, Centro Hospitalar S. João, Porto, Portugal

5. Faculty of Law, University of Porto, Portugal

Corresponding author: Maria Emilia G. Areias, mreg@psic.upp.pt

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, Schiecken 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.

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

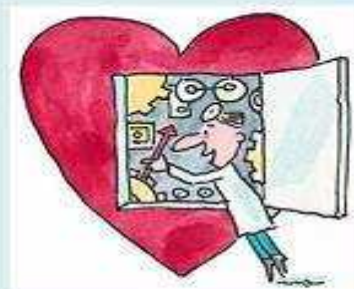


MEG Areias, B Peixoto, AC Pinheiro, H Monteiro, S Araújo, T Carvalho, S Melo, JP Lopes, F Rodrigues, AC Nascimento, J Miranda, F Vilacova, C Moura, J Soares, V Viana, J Quintas, JC Areias

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 Emilia G. Areias, 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, Zafran & 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-Iltu 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.

Moors, et al., 2002; Reid, et al., 2005

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, Schieken M et al, 2003;

Hinten 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 ± 3.12)
- Mean of years completed at school = 9.61 ± 2.13

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

- aged 12 to 19 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:
 - a. for auditory and verbal immediate attention – digits test, in direct form, Wechsler scale
 - b. for working memory – digits test, in reverse form, Wechsler scale
 - c. for psychomotor performance, speed of execution, perceptual organization and persistence – code test, Wechsler 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, Wechsler

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 – 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	0.906	0.025	0.085	0.287
Executive function	0.191	0.016	0.085	0.262	0.016	0.836	-0.113	-0.048	0.550
Visual constructive ability	0.173	0.011	0.144	0.051	0.189	0.012	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

	CHD Group (N=217)		Control Group (N=80)	
	Mean Rank	Mean Rank	U	P
Direct Digits	134.41	198.94	12675.000	<0.001
Reverse Digits	136.11	194.19	12205.500	<0.001
Ray Complex Copy	136.92	215.50	14086.500	<0.001
Ray C F memory	141.89	196.74	12489.000	<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	144.38	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.

Anexo V

Artigo Submetido ao *Canadian Journal of Cardiology*

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

ME Areias^{1,2}, B Peixoto^{1,3}, C Pinheiro^{1,4}, H Monteiro^{1,4}, S Araújo^{1,4}, T Carvalho^{1,4},
S Melo^{1,4}, JP Lopes^{1,4}, F Rodrigues^{1,4}, AC Nascimento^{1,4}, J Miranda^{2,5}, F Vilacova⁵,
C Moura^{2,5}, J Soares^{1,4}, V Viana^{5,6}, J Quintas⁷, JC Areias^{2,5}

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 ^{1, 2}. 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. ^{3, 4}. 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. ^{5, 6, 7, 8}

The conditions that enhance the risk for bad neurodevelopmental outcomes in children with CHD had been reviewed ⁹ 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 ¹⁰.

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 \pm 3.20) and a mean of 10.62 \pm 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 \pm 2.68), mean schooling of 9.41 \pm 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.¹¹
- b. for working memory – digits test, in reverse form, Weschler scale¹¹
- c. for psychomotor performance, speed of execution, perceptual organization and persistence – code test, Weschler scale¹¹
- d. for visual-constructive ability and visual-constructive memory – Rey complex figure test, copy and reproduction after 3 minutes¹²
- e. for executive functions and capacity for effective planning – BADS key-searching test¹³
- f. for efficiency of attention – Stroop test (colour-word)¹⁴
- g. for spatial orientation and psychomotor speed – trail making test, part A¹⁵
- h. for divided attention – trail making test, part B¹⁵
- i. for verbal memory – logical memory task, Weschler¹⁶

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^{17,18}.

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) ^{19, 20} and self-report questionnaires on Quality of Life (WHOQOL-BREF) ^{21, 22}, Psychosocial Adjustment (self-report versions: YSR and ASR; observational versions: CBCL and ABCL) ^{23, 24} and Traits of Personality (NEOFFI) ²⁵.

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 ²⁶. 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 ^{27, 28, 29, 30, 31}. 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 ^{9, 32, 33, 34}

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 ³⁵. The conditions involved in the delay and impairment of brain maturation in complex CHD, unique to each form of illness, have been reviewed ³⁵ 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 ¹⁰ 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 ^{35,36}. 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 ³⁷⁻⁴⁰. Consistently, Holsen, Sorensen, Hjortdal, Christensen, Pedersen ⁴¹ 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 ^{42, 43}. 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-Iltu 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-Iltu 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 quantitativemagnetic 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 RL. 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 L. 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 L. 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, Minkenbergr 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 (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

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	<.001	<.001	<.001	<.001
Processing Speed	0,32	0,66	-0,48	0,64	-0,94	0,86	<.001	<.001	<.001	.006
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	<.001	<.001	<.001	.153
Visuoconstructive	0,39	0,39	-0,02	0,53	-2,38	1,01	<.001	<.001	<.001	<.001

(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	.037	.271	.05	.472
Head Circumference (cm)	34,08±1,97	33,81±1,56	32,8±2,39	.001	.707	.019	.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	.033	.985	.05	.044

Vs = versus

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

		Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	χ^2	p
Clinical Diagnosis					17,37	.002
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		
Type of CHD					19,87	<.001
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

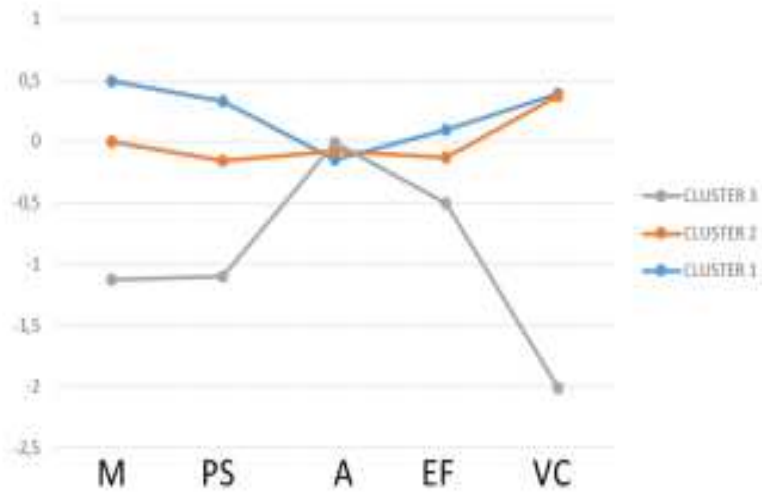
		Clusters				
		F	p	1 Vs 2	1Vs3	2Vs3
<18 Years old (n=168)						
Observational						
	Isolation	1,797	.169			
	Somatic complains	0,9	.409			
	Anxiety/ depression	2,542	.082			
	Social problems	3,003	.52			
	Thought alterations	3,291	.054			
	Attention problems	6,13	.003	.563	.003	.036
	Delinquent behaviour	0,356	.701			
	Agressive behaviour	0,657	.52			
Self-report						
	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	.003	.81	.004	.005

	F	p	1 Vs 2	1Vs3	2Vs3
≥18 Years old (n=49)					
Observational					
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			
Self-report					
Anxiety/ depression	1,681	.204			
Isolation	1,049	.364			
Thought alterations	1,831	.18			
Agressive behaviour	3,881	.033	.035	.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

Figure 1. Mean cluster performance on neurocognitive domains



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