

# Desempenho Neurocognitivo e Qualidade de Vida em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

Ivone Santos António

Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da saúde  
e Neuropsicologia

Gandra, junho de 2017



Ivone Santos António

Código de aluno: 20245

# Desempenho Neurocognitivo e Qualidade de Vida em Adolescentes e jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

Dissertação integrada no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto  
Universitário de Ciências da Saúde

Gandra

Ano letivo 2015/2016



## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Ivone Santos António, estudante do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração desta Dissertação.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.



## Agradecimentos

**Aos meus pais e irmãs**, por todo o apoio que me deram ao longo desta jornada. Pelas palavras cheias ternura e incentivo, que permitiram ultrapassar os momentos mais difíceis.

**À Professora Doutora Maria Emília Areias**, por me ter acompanhado em todo o processo de investigação. Pela atenção e orientação que permitiram a conclusão desta etapa. Pela disponibilidade e encorajamento, que me ajudaram a seguir em frente.

Ao **Professor José Maranhão**, pela atenção, apoio e inspiração. Por todos os seus conselhos sábios e encorajadores. Por se mostrar sempre disponível. Pelo enriquecimento que me proporcionou, tanto a nível profissional, como pessoal. Um muito obrigado.

Ao **Professor Doutor Bruno Peixoto**, por todo o apoio e pela disponibilidade em socorrer-me sempre que necessário. Obrigado.

**À Lígia Cruz**, pelo companheirismo. Pelos conselhos e partilhas, que me ajudaram a ultrapassar momentos mais difíceis. Pela amizade ao longo destes anos.

**À Marcela Leite**, pela amizade ao longo destes cinco anos. Por se manter num postura disponível, mesmo quando não há necessidade. Pelas palavras motivadoras e por toda a confiança que deposita em mim. Muito obrigado!

**À Daniela Jacinto**. Pela amizade ao longo destes anos. Pela confiança, apoio e companheirismo. Por me inspirar e encorajar. Por me ajudar em tudo, mesmo no impossível. Por se manter realista, e mesmo assim, compreensiva. Muito obrigado!

**À Sara Braguês**, por me aturar nos momentos mais difíceis. Pela alegria e bem-estar que me transmite. Por estar tão longe, e ao mesmo tempo, tão perto. Pela amizade incondicional. Muito obrigado!





# Resumo

As Cardiopatias Congénitas são malformações estruturais do coração ou dos grandes vasos que decorrem durante o desenvolvimento fetal, sendo consideradas a doença cardíaca mais comum na infância. Esta população apresenta um pior desempenho neurocognitivo, podendo estar associado a fatores como a gravidade da doença, as intervenções cirúrgicas e as hospitalizações frequentes. Crianças com esta doença poderão apresentar limitações ao nível da atividade física, baixa aceitação social, imagem corporal negativa, baixos resultados académicos, entre outros. Estes fatores poderão levar ao isolamento e à solidão, sendo preditores de uma má perceção da qualidade de vida.

Esta investigação torna-se pertinente no sentido em que, possibilita a identificação de fatores influenciadores do desempenho neurocognitivo e da perceção da qualidade de vida, permitindo, no futuro, uma melhor intervenção nesta área.

Com este estudo, procurou-se apurar de que forma o desempenho neurocognitivo de adolescentes e jovens adultos com Cardiopatias Congénitas poderá ter impacto na sua qualidade de vida. Para este estudo, foram recolhidos dados de 327 participantes, sendo que 80 pertenceram ao grupo de controlo. Os resultados permitiram observar que o desempenho neurocognitivo é um fator determinante na qualidade de vida, verificando-se uma pior perceção desta última em vários domínios quando o desempenho neurocognitivo é inferior.

Palavras-Chave: Adolescentes, Jovens Adultos, Cardiopatias Congénitas, Desempenho Neurocognitivo, Qualidade de Vida



# Abstract

The Congenital Heart Diseases are malformations of the heart or great vessels, that occur during the fetal development, being considered the most common cardiac disease during childhood. Poorer neurocognitive outcome in this population may be related to severity of the disease, surgical interventions and frequent hospitalizations. Children with this condition, may have restrictions in physical activity, lack of social acceptance, low corporal image, low academic achievement, and others. This factors may lead to loneliness and isolation, becoming predictors of a lower quality of life perception.

This investigation becomes significant, because contributes to the identification of factors that affect neurocognitive performance and quality of life perception, allowing a better intervention in this field, in the future.

In this study, we try to understand how the neurocognitive outcome of adolescents and young adults with Congenital Heart Disease may have impact on their quality of life. With that purpose, it was a collected a sample with 327 participants, whereas 80 belonged to the control group. As result, it was concluded that worse neurocognitive outcome is determinant of poorer perception in quality of live in several domains.

Key Words: Adolescents, Young Adults, Congenital Heart Disease, Neurocognitive Performance, Quality of Life



# Índice

Índice de Anexos .....	I
Índice de Tabelas .....	III
Índice de Figuras.....	V
Siglas.....	VII
Abreviaturas .....	IX
Resumo .....	XI
Abstract.....	XIII
Introdução.....	1
Objetivos .....	8
Hipóteses.....	9
Métodos.....	10
Amostra.....	10
Instrumentos de Avaliação .....	13
Procedimento.....	18
Desenho .....	18
Análise estatística .....	19
Resultados .....	21
Discussão .....	32
Conclusão.....	39
Bibliografia .....	40



# Índice de Anexos

## ANEXO A – Instrumentos de Avaliação

- A1 – Consentimento Informado
- A2 – Ficha de Identificação
- A3 – Entrevista Semi-Estruturada
- A4 – *Young Self Report* (YSR)
- A5 – *Child Behavior Checklist* (CBCL)
- A6 – *Adult Self Report* (ASR)
- A7 – *Adult Behavior Checklist* (ABCL)
- A8 – *World Health Organization Quality of Life - Brief Version* (WHOQOL-BREF)
- A9 – *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia -Lifetime Version* (SADS-L)
- A10 – *NEO Five-Factor Inventory* (NEO-FFI – Versão Reduzida)
- A11 – Código
- A12 – Memória de Dígitos
- A13 – Memória Lógica
- A14 – Figura Complexa de *Rey*
- A15 – Procura da Chave
- A16 – Teste de Cores e Palavras (STROOP)
- A17 – *Trail Making Test* (TMT)

## ANEXO B – Artigo submetido à revista *Circulation*





# Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Análise descritiva das variáveis neonatais.....	11
<b>Tabela 2</b> – Diagnóstico de CC corresponde a cada participante.....	12
<b>Tabela 3</b> - Testes Neuropsicológicos correspondentes aos DN.....	17
<b>Tabela 4</b> - Comparação dos DN entre pacientes com CC e o grupo de controlo. ....	21
<b>Tabela 5</b> - Comparação dos DN entre Clusters. ....	22
<b>Tabela 6</b> - Diferenças relativas ao género, cardiopatia, intervenção cirúrgica e gravidade entre os diferentes clusters.....	25
<b>Tabela 7</b> - Diferenças relativas à idade e anos de escolaridade entre os diferentes clusters. ....	26
<b>Tabela 8</b> - Diferenças relativas ao desempenho escolar, entre os diferentes clusters. ....	27
<b>Tabela 9</b> - Diferenças relativas às variáveis neonatais entre os diferentes clusters. ....	27
<b>Tabela 10</b> - Diferenças relativas ao sexo nos diferentes domínios da QV. ....	28
<b>Tabela 11</b> - Diferenças relativas ao tipo de Cardiopatia nos diferentes domínios da QV.....	29
<b>Tabela 12</b> - Diferenças relativas à intervenção cirúrgica nos diferentes domínios da QV...	29
<b>Tabela 13</b> - Diferenças relativas à gravidade nos diferentes domínios da QV.....	30
<b>Tabela 14</b> - Diferenças entre clusters nos diferentes domínios da QV.....	31



# Índice de Figuras

Figura 1 - Perfis Neurocognitivos dos diferentes <i>clusters</i> .....	23
--	----



# Siglas

AE – Anomalia de *Ebstein*  
ABCL - *Adult Behavior Checklist*  
ASR - *Adult Self Report*  
AP – Atresia Pulmonar  
AT – Atresia Tricúspide  
CBCL - *Child Behavior Checklist*  
CC – Cardiopatia Congénita  
CHSJ – Centro Hospitalar de São João  
CIA – Comunicação Interauricular  
CIV – Comunicação Interventricular  
CoA – Coartação da Aorta  
DCE – Defeito do Coxim Endocárdico  
DN – Domínio Neurocognitivo  
EA – Estenose Aórtica  
EC – Estenose Congénita  
EM – Estenose Mitral  
EP – Estenose Pulmonar  
ES – Estenose Subaórtica  
FCR – Figura Complexa de *Rey*  
IVA – Insuficiência Válvula Aórtica  
IVM – Insuficiência Válvula Mitral  
NEO-FFI - *NEO Five-Factor Inventory*  
PCA – Persistência do Canal Arterial  
PVM – Prolapso da Válvula Mitral  
QI – Quociente de Inteligência  
QV – Qualidade de Vida  
RVA – Retorno Venoso Anómalo

SADS-L - *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia -Lifetime Version*

SE – Síndrome de Eisenmenger

STROOP – Teste de Cores e Palavras

TF – Tetralogia de *Fallot*

TMT – *Trail Making Test*

TGV – Transposição dos Grande Vasos

VAB – Válvula Aórtica Bicúspide

VPD – Válvula Pulmonar Displásica

VU – Ventrículo Único

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

YSR - *Young Self Report*

# Abreviaturas

DP – Desvio padrão

Et al. – Entre Outros

F – Teste ANOVA *One-Way*

M – Média

Max – Máximo

Min – Mínimo

P – Significância

U – Teste de *Mann-Whitney*





## Resumo

**Objetivos:** Avaliar o desempenho de diferentes domínios neurocognitivos de adolescentes e jovens adultos com Cardiopatias Congénitas, verificando de que forma estes podem ser fatores influenciadores da qualidade de vida.

**Procedimentos:** A amostra deste estudo foi constituída por 327 participantes, com idades compreendidas entre os 12 e os 30 anos, sendo que 80 pertencem ao grupo de controlo e 247 ao grupo de pacientes com Cardiopatias Congénitas. Foram recolhidos dados sociodemográficos, neuropsicológicos e relativos à qualidade de vida.

**Resultados:** Participantes com Cardiopatia Congénita apresentam resultados significativamente inferiores nos domínios neurocognitivos, quando comparados com o grupo de controlo. Foram elaborados três grupos de desempenho neurocognitivo, tendo sido obtido um grupo sem alterações neurocognitivas, um com alterações neurocognitivas moderadas e um com alterações neurocognitivas significativas. Verificaram-se diferenças significativas entre os grupos quanto ao tipo de Cardiopatia Congénita, à intervenção cirúrgica, à gravidade, anos de escolaridade e taxa de reprovação escolar. Foram também encontradas diferenças quanto perímetro cefálico, comprimento e peso à nascença. Relativamente à qualidade de vida, verificaram-se diferenças significativas quanto ao tipo de cardiopatia, à intervenção cirúrgica e à gravidade da doença. A qualidade de vida foi ainda comparada com o desempenho neurocognitivo, onde se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos.

**Conclusões:** A partir dos resultados obtidos foi possível constatar que, um pior desempenho neurocognitivo poderá estar relacionado com uma baixa perceção da qualidade de vida de adolescentes e jovens adultos com Cardiopatia Congénita.

**Palavras-Chave:** Adolescentes, Jovens Adultos, Cardiopatias Congénitas, Desempenho Neurocognitivo, Qualidade de Vida



# Abstract

**Objective:** Evaluate the performance of several neurocognitive domains in adolescents and young adults with Congenital Heart Disease, and verify how they can affect quality of life.

**Procedures:** A sample with 327 participants, aged between 12 and 30 years old, 80 of those, belonged to the control group and 247 were patients with Congenital Heart Disease. Quality of life, neuropsychological, sociodemographic, clinical and neonatal information were collected.

**Results:** Patients presented significantly worse outcome on neurocognitive domains comparing to the control group. It was obtained three groups of neurocognitive performance, a first with no neurocognitive impairments, a second with moderate neurocognitive impairments and a third with significant neurocognitive impairments. Significant differences were found between groups, concerning to the type of disease, surgical intervention, severity, schooling, reprobation, head circumference, birth weight and birth length. Regarding to quality of life, significant differences were found related to type of disease, surgical intervention and severity. Quality of life was also compared with neurocognitive performance, where it was found significant differences between groups.

**Conclusions:** Several factors, such as type of disease, surgical intervention and severity, are associated with a worse neurocognitive outcome and a negative quality of life perception. Also, a negative quality of life perception is associated with a worse neurocognitive performance in adolescents and young adults with Congenital Heart Disease.

**Key Words:** Adolescents, Young Adults, Congenital Heart Disease, Neurocognitive Performance, Quality of Life



## INTRODUÇÃO

As Cardiopatias Congénitas (CC) são caracterizadas pela presença de anomalias estruturais do coração ou dos grandes vasos durante o período fetal, onde ocorre o desenvolvimento das grandes estruturas cardiovasculares (Mitchell, 2013), comprometendo assim o funcionamento das mesmas. Constituem um vasto grupo de patologias que incluem lesões cianóticas e acianóticas (Limbers, Emery, & Uzark, 2013). Embora alguns tipos de CC apresentem manifestações ainda no desenvolvimento fetal, outros apenas se tornam evidentes numa idade mais tardia (Mitchell, 2013; Nousi & Christou, 2010; Hoffman & Kaplan, 2002).

As CC são a doença cardíaca mais comum na infância, havendo uma maior incidência em prematuros e recém-nascidos (Mitchell, 2013). Em Portugal, tem-se verificado uma diminuição da mortalidade nesta população, de 11,5% em 2000 para 8,7% em 2004. Estima-se que nos Estados Unidos da América, a incidência esteja entre 4 a 10 por 1000 natos vivos, na Europa de 6,9 por 1000 natos vivos e na Ásia de 9,3 por 1000 natos vivos (Go et al., 2013). Em 2009, as CC foram consideradas a maior causa de morte na infância, embora o número de óbitos tenha vindo a diminuir ao longo dos anos (Go et al., 2013).

As CC podem ser divididas em três grandes grupos: malformações que causam *shunt* direito-esquerdo, malformações que causam *shunt* esquerdo-direito e malformações que causam obstrução. Um *shunt* é caracterizado pela comunicação anormal entre as cavidades cardíacas ou vasos sanguíneos, permitindo que o sangue circule do lado direito para o lado esquerdo do coração e *vice-versa* (Mitchell, 2013).

Nas malformações que causam *shunt* direito-esquerdo, o sangue com baixo nível de oxigénio, proveniente do lado direito do coração, entra diretamente na circulação arterial provocando um fenómeno conhecido como cianose, estando associado à circulação sanguínea pulmonar deficitária (Mitchell, 2013). As CC cianóticas derivam então

de um desvio do sangue venoso sistémico para a circulação arterial, provocando a dessaturação do oxigénio (Brickner, Hillis, & Lange, 2000), razão pela qual alguns bebés apresentam pele azulada nas periferias. Grande parte dos pacientes com estas malformações, virá a necessitar de intervenção cirúrgica (Brickner et al., 2000). Existem várias patologias inerentes às CC cianóticas, como: Transposição dos Grandes Vasos (TGV), Tetralogia de *Fallot* (TF), Ventrículo Único (VU), Anomalia de *Ebstein* (AE), Síndrome de Eisenmenger (SE), Atresia Pulmonar (AP) e Atresia Tricúspide (AT).

As malformações denominadas *shunt* esquerdo-direito, caracterizaram-se pelo aumento da pressão da circulação sanguínea pulmonar, levando a um aumento do volume e resistência vascular progressiva, o que poderá provocar hipertrofia ventricular direita (Mitchell, 2013). Estas são consideradas acianóticas, ou seja, existe uma quantidade adequada de oxigénio na circulação arterial. O diagnóstico precoce é essencial, uma vez que, permite a prevenção de patologias como a SE, considerada cianótica (Samadi, Khosroshahi, Macooie, Eskandartash, & Anvari, 2017; Mitchell, 2013).

As malformações que causam obstrução estão associadas ao estreitamento das cavidades cardíacas, válvulas ou vasos sanguíneos (Mitchell, 2013).

São várias as patologias pertencentes às CC acianóticas, entre elas: Comunicação Interauricular (CIA), Estenose Pulmonar (EP), Estenose Mitral (EM), Estenose Congénita (EC), Estenose Subaórtica (ES), Defeito do Coxim Endocárdico (DCE), Comunicação Interventricular (CIV), Coartação da Aorta (CoA), Estenose Aórtica (EA), Válvula Aórtica Bicúspide (VAB), Insuficiência da Válvula Mitral (IVM), Insuficiência da Válvula Aórtica (IVA), Prolapso da Válvula Mitral (PVM), Persistência do Canal Arterial (PCA), Válvula Pulmonar Displásica (VPD), Cardiomiopatia e Retorno Venoso Anómalo (RVA).

As causas destas malformações são muitas vezes desconhecidas, no entanto verifica-se a presença de fatores genéticos e ambientais associados (Mitchell, 2013; Nousi & Christou, 2010). Relativamente aos fatores genéticos, observa-se a presença de certas

anormalidades cromossômicas em familiares de indivíduos com CC. A morfogênese cardíaca envolve múltiplos genes, que ao trabalharem em conjunto permitem um desenvolvimento saudável. Contudo, mesmo as mais pequenas variações têm um papel preponderante no resultado final (Mitchell, 2013), podendo provocar alterações estruturais do coração ou grandes vasos. As causas ambientais incluem o consumo de substâncias (Nousi & Christou, 2010), Diabetes gestacional (Jenkins et al., 2007) infeções maternas, como a Rubela (Gregg, Ramsay Brevis, & Heseltine, 1945) e outras doenças febris (Jenkins et al., 2007).

Alguns pacientes apresentam uma menor gravidade da doença, possibilitando um menor uso dos cuidados de saúde. No entanto, alguns requerem um cuidado especializado que permita a resolução da problemática individual do paciente (Hoffman & Kaplan, 2002). Desta forma, as CC podem ser classificadas de acordo com a gravidade da patologia como complexas, moderadas ou ligeiras. Ao primeiro grupo, correspondem os pacientes gravemente doentes e cuja patologia se manifesta durante o desenvolvimento fetal, o período neonatal ou nos primeiros anos de vida, sendo consideradas todas as CC cianóticas (Hoffman & Kaplan, 2002). Pacientes com necessidade de intervenção cirúrgica nos primeiros 12 meses de vida, são geralmente os que apresentam uma maior gravidade da doença (Tworetzky et al., 2001). As CC moderadas, tal como o nome indica, apresentam uma menor gravidade que as anteriores, no entanto existe a necessidade de tratamento médico especializado e contínuo (Hoffman & Kaplan, 2002). O último grupo, é constituído por pacientes considerados assintomáticos, necessitando apenas de uma resolução simples das lesões (Hoffman & Kaplan, 2002).

A sobrevivência desta população está intimamente ligada ao tipo e à gravidade da doença (Nousi & Christou, 2010; Bajolle, Zaffran, & Bonnet, 2009). Atualmente e devido aos avanços da medicina, verifica-se uma maior taxa de sobrevivência nesta população, permitindo chegar à idade adulta (Warnes, 2005). Um bom exemplo é a ecocardiografia fetal, que permite o diagnóstico precoce, assim como da preparação das possibilidades de

tratamento (Davey et al., 2014). A introdução de tratamentos mais eficazes de acordo com a severidade das diferentes patologias no campo das CC, também tem vindo a ser um aspeto relevante na diminuição da taxa de mortalidade (Hoffman, Kaplan, & Liberthson, 2004). Devido à crescente possibilidade desta população chegar à idade adulta, verifica-se um maior impacto na qualidade de vida (QV), assim como do funcionamento psicossocial (Moons, Budts, & De Geest, 2006).

Pacientes com CC estão em risco de vir a apresentar alterações aos níveis pessoal e social, relacionadas com a perceção que têm em relação à própria doença, ao relacionamento com os pares e até mesmo com a sua imagem corporal, o que poderá ter impacto no seu dia a dia (Bellinger & Newburger, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997), a QV é caracterizada pela perceção que o indivíduo tem da sua vida, de acordo com as normas e a cultura enraizadas na sociedade, e a partir dos quais se relaciona com os objetivos, expetativas, valores e preocupações. Este conceito está implicado no domínio físico da pessoa, assim como, aos níveis psicológico, social e ambiental. Esta está intimamente relacionada com a saúde, no sentido em que, a doença, as hospitalizações frequentes, a terapia médica e os serviços de saúde têm influência nos funcionamentos físico, social e psicológico do paciente (Costello et al., 2015). Vários estudos concluíram que a diminuição da QV em indivíduos com doença cardíaca está relacionada com o índice de mortalidade (Blok et al., 2015; Schron, Friedman, & Thomas, 2014).

A baixa perceção da QV pode estar relacionada com a má aceitação social, sobretudo na escola, bem como as limitações que o indivíduo sente na prática das atividades do seu quotidiano, aquando o diagnóstico da doença; excetuando as situações em que o diagnóstico ocorre durante o desenvolvimento fetal ou nos primeiros meses de vida (Nousi & Christou, 2010). Estas “balizas” na vida do paciente, podem levar ao isolamento, à solidão e à rejeição social, conduzindo a que seja cada vez mais difícil para este integrar-se a nível social (Nousi & Christou, 2010).



Crianças com CC apresentam um maior risco de alterações comportamentais, assim como competências sociais deficitárias, dificuldades adaptativas e baixos níveis académicos (Bellinger & Newburger, 2010; Majnemer, Limperopoulos, Rohlicek, Rosenblatt, & Tchervenkov, 2008). Esta última consequência poderá estar associada à dificuldade que as crianças têm no cumprimento das tarefas de âmbito escolar, quer devido à complexidade da doença, quer às hospitalizações frequentes (Nousi & Christou, 2010).

Outros fatores de risco que podem afetar a QV destes pacientes são a mudança corporal nos períodos pré e pós-operatório, o suporte parental (Luyckx et al., 2014), a severidade da doença (Goldbeck & Melches, 2005), as limitações físicas inerentes à mesma (Luciano Daliento, Mapelli, & Volpe, 2006) e o funcionamento cognitivo (Krol et al., 2003). Contudo, também se tem verificado através da literatura, uma melhor perceção da QV nesta população, quando comparados com crianças portadoras de outras doenças crónicas (Kwon et al., 2011; Mussato & Tweddell, 2005), e com a população geral, em termos psicológicos, sociais e ambientais (Silva et al., 2011).

Com o aumento da taxa de sobrevivência tem sido possível constatar a presença de morbilidade neurocognitiva nesta população. Apura-se através da literatura, que crianças com CC apresentam alterações ao nível da capacidade visuo-construtiva, com dificuldades na execução de tarefas relacionadas com a cópia (Miatton, DeWolf, Francois, Thiery, & Vingerhoets, 2007). Crianças com CC complexa apresentam alterações ao nível do funcionamento executivo, mais propriamente, relacionadas com o controlo inibitório, planeamento, flexibilidade cognitiva, memória de trabalho e resolução de problemas (Cassidy, White, DeMaso, Newburger, & Bellinger, 2014). A memória é uma parte integrante e fundamental da cognição. Mais de 50% dos adolescentes com CC, que tenham sido submetidos a cirurgia, apresentam défices ao nível da memória (Bellinger et al., 2015). Vários estudos têm comprovado a presença de alterações ao nível da atenção em pacientes com CC. Erros e omissões frequentes, assim como um tempo de reação

inferior ao esperado, estão associados à dificuldade em manter a capacidade de atenção (Bellinger & Newburger, 2010).

Crianças e adolescentes com CC exibem também, um maior risco de vir a apresentar défices ao nível da linguagem e velocidade de processamento quando comparados com os seus pares (Bellinger et al., 2015; Bellinger & Newburger, 2010; Calderon et al., 2016; Marino et al., 2012), algo que está relacionado com a gravidade da doença. Estes défices poderão provocar grandes alterações na vida do paciente, verificando-se impacto na progressão escolar, na empregabilidade e na QV (Pike et al., 2016).

Alguns estudos associam estas alterações aos potenciais riscos que sucedem da cirurgia. Um exemplo, são hemorragias e outras ocorrências neurológicas, que poderão advir do transplante cardíaco (Marino et al., 2012a). A reanimação cardiopulmonar (Peddy et al., 2007) e a hospitalização prolongada (Fuller et al., 2009) estão associadas a lesões neurológicas e a um pior funcionamento neurodesenvolvimental. No entanto têm-se verificado anomalias neurológicas e défices neurocognitivos nesta população, mesmo antes de serem submetidos a cirurgia (Limperopoulos et al., 1999; Owen et al., 2014).

Os períodos fetal e neonatal são indispensáveis no desenvolvimento cerebral do indivíduo. Alterações estruturais provenientes de um desenvolvimento cerebral deficitário levam à disfunção neuronal, estando esta associada a défices neurocognitivos no futuro (Colonnese & Khazipov, 2012; Smyser & Neil, 2015). Tem sido demonstrado uma redução no crescimento e maturação cerebral durante o período de gestação em fetos com CC (Sun et al., 2015), algo que estará relacionado a um menor perímetro cefálico à nascença. Crianças com lesões cianóticas apresentam um risco acrescido a nível neurodesenvolvimental, devido à presença de hipoxemia crónica (Mahle & Wernovsky, 2001). Alterações ao nível da circulação sanguínea cerebral, provocando redução dos níveis de oxigénio, estarão associadas a danos no desenvolvimento cerebral, verificando-se uma correlação positiva entre o volume cerebral e a saturação do oxigénio (Salama et

al., 2016). Num estudo desenvolvido por Owen et al. (2014), com uma amostra composta por recém-nascidos com CC complexa, constatou-se que cerca de metade dos participantes exibiam sinais de lesão cerebral e dois terços apresentavam alterações neurocomportamentais, antes de serem submetidos a cirurgia. Vários outros estudos reportaram lesões na maturação cerebral em recém nascidos com CC (Herberg & Hövels-Gürich, 2012; Shedeed & Elfaytouri, 2011), algo que está associado à hipoxia fetal (Muthusami et al., 2015).

Desta forma, verifica-se que são vários os fatores de risco associados ao desenvolvimento cerebral e, conseqüentemente, ao desempenho neurocognitivo. Entre eles estão a predisposição genética, a gravidade da patologia, os parâmetros neonatais (peso, comprimento, índice de apgar e perímetro cefálico), períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Todas estas alterações estão associadas a potenciais défices neurocognitivos, provocando grande impacto noutras áreas, incluindo a QV (Neal et al., 2015).

## OBJETIVOS

Esta investigação teve como principal objetivo avaliar o desempenho nos diferentes domínios neurocognitivos (DN) em participantes com CC cianótica e acianótica, e verificar de que forma, estes podem ser fatores influenciadores da qualidade de vida. Foi colocada então a seguinte questão: “Será o desempenho neurocognitivo um fator influenciador da qualidade de vida em adolescentes e jovens adultos com Cardiopatia Congénita?”

Assim, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. Obter diferentes DN a partir dos testes neuropsicológicos aplicados aos participantes;
2. Comparar os resultados obtidos nos diferentes DN, entre pacientes com CC e o grupo de controlo;
3. Elaborar fenótipos de pacientes com CC, de acordo com o desempenho neurocognitivo;
4. Verificar as diferenças entre os fenótipos de pacientes com CC;
5. Comparar a QV em adolescentes e jovens adultos com CC;
6. Verificar de que forma os DN dos diferentes fenótipos de pacientes com CC, têm impacto na QV.

## Hipóteses

Hipótese 1: Existem diferenças estatisticamente significativas nos DN entre os pacientes com CC e o grupo de controlo.

Hipótese 2: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os fenótipos de pacientes com CC, nos DN.

Hipótese 3: Existem diferenças estatisticamente significativas nos fenótipos de pacientes com CC, relativamente às características sociodemográficas e clínicas.

Hipótese 4: Existem diferenças estatisticamente significativas nos fenótipos de pacientes com CC, relativamente às variáveis neonatais.

Hipótese 5: Existem diferenças estatisticamente significativas entre a QV e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Hipótese 6: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os fenótipos de pacientes com CC, relativamente à QV.

## MÉTODOS

### Amostra

A amostra é constituída por 327 participantes, sendo que 247 correspondem a pacientes com CC e 80 ao grupo de controlo. Relativamente ao grupo de controlo, 35 são do sexo masculino e 45 do sexo feminino. As idades são compreendidas entre os 12 e os 19 anos, com uma média de aproximadamente 17 anos ( $\pm 2.22$ ). Destes, 74 são estudantes, três são trabalhadores não qualificados e três estão desempregados. 57.5% tem como nível de escolaridade o ensino secundário.

Já no grupo de pacientes com CC, 130 participantes são do sexo masculino e 117 do sexo feminino. Uma vez que a população presente neste estudo corresponde a adolescentes e jovens adultos com CC, as idades estão compreendidas entre os 12 e os 30 anos, com uma média de 16 anos ( $\pm 2.60$ ). Os participantes são maioritariamente estudantes (235) e dois encontram-se desempregados.

Em relação ao nível de escolaridade atingido, 24 completaram o 2º ciclo, 120 o 3º ciclo, 93 o ensino secundário e oito completaram a licenciatura. Durante o percurso escolar, 81 participantes reprovaram. Desses, 46 apenas reprovaram uma vez, 26 reprovaram duas vezes e 8 reprovaram mais que duas vezes.

135 pacientes foram diagnosticados no período neonatal, 54 tiveram o diagnóstico até ao primeiro ano de vida, 44 até aos 12 anos e 11 foram diagnosticados entre os 12 e os 18 anos. Do total de participantes, 158 necessitaram de intervenção cirúrgica, sendo que 69 foram submetidos a cirurgia no primeiro ano de vida.

No que respeita às variáveis neonatais, foram recolhidos dados do perímetro cefálico, índice de apgar 1 e 2, peso e comprimento. A análise descritiva está presente na tabela 1.

	MIN	MAX	M	DP
PERÍMETRO CEFÁLICO	27.00	48.00	33.96	2.12
APGAR 1	2	10	8.15	1.49
APGAR 2	6	10	9.56	.96
PESO	1.30	8.90	3.17	.71
COMPRIMENTO	32.00	54.00	48.34	3.31

**Tabela 1** - Análise descritiva das variáveis neonatais.

Tendo por base os processos clínicos disponibilizados, foi possível identificar o diagnóstico correspondente a cada participante (Tabela 2). Cerca de 34% da amostra apresenta malformação congénita cianótica, enquanto que 66% tem malformação congénita acianótica.

Diagnóstico	Frequência	Porcentagem
TF	46	18.6
CIA	24	9.7
EP	18	7.3
TGV	34	13.8
DCE	1	.4
AE	1	.4
CIV	67	27.1
CoA	16	6.5
AT	1	.4
VU	1	.4
AP	2	.8
EA	17	6.9
VAB	5	2.0
IVM	2	.8
PVM	5	2.0
PCA	1	.4
VPD	1	.4
Cardiomiopatia	3	1.2
EC	1	.4
EA	1	.4
Total	247	100

**Tabela 2** – Diagnóstico de CC corresponde a cada participante.



## Instrumentos de Avaliação

Embora o propósito deste estudo seja estimar o desempenho neurocognitivo como preditor da QV, o protocolo de avaliação foi composto por instrumentos que permitem avaliar áreas distintas, com a finalidade de analisar os dados recolhidos posteriormente. Desta forma, procurou-se recolher dados relativos ao desempenho neurocognitivo, à QV, ao ajustamento psicossocial, à morbilidade psiquiátrica e aos traços de personalidade.

O **Consentimento informado**<sup>1</sup> tem como objetivo dar a conhecer aos participantes o propósito deste estudo, assim como a salvaguarda de todos os dados recolhidos, garantindo a máxima confidencialidade dos mesmos. É solicitada uma rúbrica (do cuidador, caso o participante seja menor de idade), confirmando assim o conhecimento sobre o estudo e a participação do paciente no mesmo.

A **Ficha de Identificação**<sup>2</sup> permite a recolha dos dados pessoais e familiares dos participantes. A partir desta, também foram recolhidos dados clínicos (diagnóstico, tipo de cardiopatia, registo de intervenções cirúrgica, entre outros) e parâmetros neonatais (peso, comprimento, perímetro cefálico e índice de apgar no primeiro e quinto minuto).

A **Entrevista Semi-Estruturada**<sup>3</sup> aborda questões relacionadas com o suporte social, estilo educacional, imagem corporal, percurso escolar e limitações funcionais.

Com o objetivo de avaliar o ajustamento psicossocial dos participantes foi utilizado o *Young Self Report (YSR)*<sup>4</sup> (preenchimento de autoavaliação) e o *Child Behavior Check-List (CBCL)*<sup>5</sup> (questionário de heteroavaliação, preenchido pelos pais ou cuidadores)

---

<sup>1</sup> Anexo A1 – Consentimento Informado

<sup>2</sup> Anexo A2 – Ficha de Identificação

<sup>3</sup> Anexo A3 – Entrevista Semi-Estruturada

<sup>4</sup> Anexo A4 – *Young Self Report (YSR)*

<sup>5</sup> Anexo A5 – *Child Behavior Checklist (CBCL)*

para os participantes com idade inferior a 18 anos. O *Adult Self Report (ASR)*<sup>6</sup> (questionário de autoavaliação) e o *Adult Behavior Checklist (ABCL)*<sup>7</sup> (questionário de heteroavaliação, preenchido pelos pais ou cuidadores), para participantes com idade superior a 18 anos (Achenbach & Rescorla, 2003).

A QV foi avaliada com recurso ao *World Health Organization Quality of Life – brief version (WHOQOL – BREF)*<sup>8</sup>. Este tem como objetivo a avaliação subjetiva da QV. É composto por 26 itens organizados em 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, e um indicador global (Qualidade de Vida Geral) (Canavarro, et al., 2007).

O *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Lifetime Version (SADS-L)*<sup>9</sup> é uma entrevista psiquiátrica estandardizada, que permite traçar um diagnóstico clínico de perturbações psiquiátricas a partir do relato de episódios de doença mental (Leboyer et al., 1991).

O *NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI - versão reduzida)*<sup>10</sup> tem como objetivo a avaliação da personalidade do indivíduo. Apresenta 60 itens e está dividido em cinco domínios: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Amabilidade e Responsabilidade (Costa & McCrae, 2000).

A avaliação neuropsicológica dos diferentes DN, foi feita com recurso a vários instrumentos: os subtestes Código e Memória de Dígitos, da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – III (WISC-III); o subteste Memória Lógica, da Escala de Memória de Wechsler – III (WMS-III); a Figura Complexa de Rey (FCR); o teste Procura da Chave, da bateria *Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)*; o Teste de Cores e Palavras (STROOP); e o *Trail Making Test (TMT)*.

---

<sup>6</sup> Anexo A6 – *Adult Self Report (ASR)*

<sup>7</sup> Anexo A7 – *Adult Behavior Checklist (ABCL)*

<sup>8</sup> Anexo A8 – *World Health Organization Quality of Life – brief version (WHOQOL – BREF)*

<sup>9</sup> Anexo A9 – *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Lifetime Version (SADS-L)*

<sup>10</sup> Anexo A10 – *NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI - versão reduzida)*

O **Código**<sup>11</sup> tem como objetivo avaliar o desempenho psicomotor, velocidade de processamento e organização perceptiva. Nesta prova é pedido ao indivíduo que reproduza corretamente os símbolos correspondentes ao número indicado, tendo como tempo limite, 120 segundos (Wechsler, 2003).

A **Memória de Dígitos**<sup>12</sup> pretende avaliar a atenção auditivo-espacial e memória de trabalho. É constituída por duas tarefas, no qual o examinador lê em voz alta uma sequência de números e pede, de seguida, ao indivíduo para repetir na mesma ordem (Dígitos em Ordem Direta) e na ordem inversa (Dígitos em Ordem Inversa) (Wechsler, 2003)

A **Memória Lógica**<sup>13</sup> avalia a memória verbal imediata. Consiste na leitura de uma história, sendo de seguida solicitado ao indivíduo que reproduza o maior número de itens que se recorda (Wechsler, 2008).

A **figura Complexa de Rey (FCR)**<sup>14</sup> procura avaliar a atividade perceptiva e a memória visual. É constituído por duas tarefas, sendo que a primeira consiste na cópia de um desenho geométrico complexo (Tarefa Cópia). Já a segunda, é constituída pela reprodução do mesmo (Tarefa Reprodução por Memória), 3 minutos após a Tarefa Cópia (Rey, 2002).

A **Procura da Chave**<sup>15</sup> avalia a conceção de estratégias de ação na resolução de um problema prático, estando associado ao funcionamento executivo. É pedido ao indivíduo para imaginar que perdeu as chaves num campo (representado por um quadrado numa folha de papel) e que desenhe o percurso que faria, de forma a ter a certeza que encontraria as chaves (Wilson, Alderman, Burgees, Emslie, & Evans, 1996).

---

<sup>11</sup> Anexo A11 – Código

<sup>12</sup> Anexo A12 – Memória de Dígitos

<sup>13</sup> Anexo A13 – Memória Lógica

<sup>14</sup> Anexo A14 – Figura Complexa de Rey

<sup>15</sup> Anexo A15 – Procura da Chave

O **Teste de Cores e Palavras (STROOP)**<sup>16</sup> permite avaliar a flexibilidade mental, habilidade de inibição e resistência e interferência em relação a estímulos externos, estando associado ao funcionamento executivo e velocidade de processamento. Apresenta três tarefas: a primeira (STROOP Palavras) é constituída por três nomes de cores (azul, vermelho e verde), a segunda (STROOP Cores) é apresentada pelas três cores com a letra X (XXXX), e a terceira e última tarefa (STROOP Interferência) contém nomes de cores escritos numa cor diferente (Golden, 1994).

O **Trail Making Test (TMT)**<sup>17</sup> é composto por dois subtestes. A parte A permite avaliar a atenção, *screening* visual e processamento de informação. Já a Parte B, avalia a memória de trabalho e funções executivas (Cavaco et al., 2013). Os resultados são obtidos a partir da cronometragem das provas. Para que se seja considerado a presença de perfil psicopatológico, os resultados devem ser superiores a 59 segundos na Parte A e superiores a 145 segundos na Parte B.

A Tabela 3 apresenta a inclusão dos testes neuropsicológicos, aplicados previamente aos participantes, nos DN correspondentes.

---

<sup>16</sup> Anexo A16 – Teste de cores e Palavras (STROOP)

<sup>17</sup> Anexo A17 – *Trail Making Test* (TMT)

DOMÍNIO NEUROCOGNITIVO	TESTES NEUROPSICOLÓGICOS
Memória	Memória Lógica FCR (Tarefa Reprodução por Memória)
Velocidade de Processamento	Código STROOP (Palavras) STROOP (Cores)
Atenção	Memória de Dígitos (Direta) TMT (Parte A)
Funcionamento Executivo	Procura da Chave STROOP (Interferência) TMT (Parte B)
Visuo-Construtivo	Memória de Dígitos (Inversa) FCR (Tarefa Cópia)

**Tabela 3** - Testes Neuropsicológicos correspondentes aos DN.

## Procedimento

A investigação deu início após a aprovação prévia da comissão de ética do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), local onde se procedeu à recolha de dados.

Numa fase inicial foram selecionados potenciais participantes, de acordo com os critérios de inclusão: ter diagnóstico de CC, ser paciente do CHSJ, ter acompanhamento regular pelo serviço de Cardiologia Pediátrica, registo médico atualizado, não apresentar comorbilidade mental ou física que justifique problemas de desenvolvimento cognitivo e/ou limitasse a realização o protocolo, e uma idade compreendida entre os 12 e os 30 anos.

A recolha de dados, foi então, realizada no Serviço de Cardiologia Pediátrica do CHSJ, antes ou após a consulta clínica e de acordo com a disponibilidade do paciente. Foi realizada na sala de espera e num gabinete, disponibilizado pelo Serviço. O Consentimento Informado, era o primeiro instrumento de avaliação a ser apresentado, possibilitando a participação do paciente na investigação.

## Desenho

O desenho deste estudo é transversal, tendo em conta que a recolha de dados foi efetuada num único momento. Aos pacientes foi pedida a participação na investigação após serem informados dos procedimentos e objetivos do estudo.

## Análise estatística

A análise estatística dos dados foi efetuada a partir do programa informático IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.

Inicialmente e com o propósito de caracterizar a amostra, procedeu-se ao estudo do carácter descritivo que permite a análise das frequências e medidas de tendência central (média e desvio padrão). Foram utilizadas as variáveis demográficas, como a idade, género e nível de escolaridade; variáveis clínicas, como o diagnóstico, o tipo de Cardiopatia e as intervenções cirúrgicas; e variáveis neonatais.

Com o objetivo de obter o desempenho dos participantes nos instrumentos neuropsicológicos, foram obtidos resultados *z* para cada participante, em cada teste, invertendo os resultados brutos do TMT-A e TMT-B (uma vez que resultados superiores indicam pior desempenho neurocognitivo). A partir destes resultados foram delineados diferentes DN, que foram comparados com o grupo de controlo, com recurso ao Teste-T para amostras independentes.

De seguida, procedeu-se à análise de *clusters (K-means)*, de forma a obter diferentes fenótipos baseados nos resultados *z* de cada DN. Estes foram comparados entre si, a partir da ANOVA One-Way, com recurso a comparações múltiplas (Teste de Scheffe's). Para a caracterização dos *clusters* em termos de variáveis sociodemográficas, clínicas e neonatais, procedeu-se à ANOVA One-Way, com recurso a comparações múltiplas (Teste de Scheffe's), e ao Teste do Qui-Quadrado.

Para comparar a QV com as variáveis sociodemográficas e clínicas recorreu-se ao Teste U de Mann-Whitney. De seguida, procedeu-se à comparação da performance neurocognitiva dos diferentes *clusters* com a QV, utilizando-se o Teste não paramétrico para amostras independentes *Kruskal-Wallis 1-way ANOVA*.

Para que os resultados sejam considerados estatisticamente significativos, o valor de  $p$  deverá ser inferior a 0.05.



## RESULTADOS

### 1. Diferenças nos DN entre pacientes com CC e o grupo de controlo:

Domínios Neurocognitivos	Pacientes com CC		Grupo de Controlo		P
	M	DP	M	DP	
Memória	-.13	.82	.40	.70	<.001
Velocidade de Processamento	-.17	.82	.45	.67	<.001
Atenção	-.13	.77	.41	.53	<.001
Funcionamento Executivo	-.14	.61	.43	.68	<.001
Visuo-Construtivo	-.17	1.10	.53	.34	<.001
Funcionamento Cognitivo Geral	-.15	.61	.43	.43	<.001

**Tabela 4** - Comparação dos DN entre pacientes com CC e o grupo de controlo.

A partir dos resultados obtidos (Tabela 4), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com CC e o grupo de controlo em todos os DN ( $p < .001$ ), existindo pontuações consideravelmente inferiores nos pacientes com CC.

## 2. Elaboração de fenótipos, com recurso ao desempenho neurocognitivo dos participantes com CC:

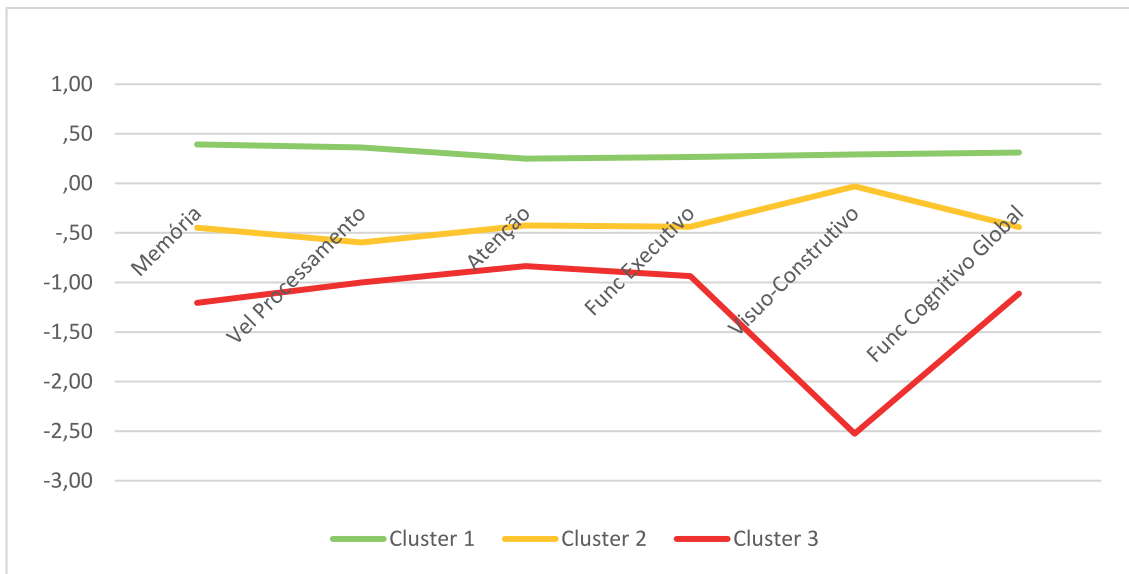
A análise de *clusters* (*K-means*) foi usada para identificar diferentes perfis de desempenho neurocognitivo, de acordo com os resultados z dos domínios. Tendo em conta o número de participantes em cada grupo, foi considerado que o número de *clusters* mais apropriado seria três, uma vez que um dos grupos de quatro *clusters* teria um baixo número de participantes (n=19). A tabela 5 apresenta as diferenças nos DN entre os três *clusters*, a partir da *ANOVA One-Way*, com recurso a comparações múltiplas (Testes de *Scheffe's*).

DOMÍNIO NEUROCOGNITIVO	CLUSTER 1		CLUSTER 2		CLUSTER 3		F	P	CLUSTER1 VS 2	CLUSTER1 VS 3	CLUSTER2 VS 3
	M	DP	M	DP	M	DP					
Memória	.39	.60	-.45	.64	-1.21	.57	103.99	<.001	<.001	<.001	<.001
Velocidade De Processamento	.36	.58	.60	.60	-.99	.85	91.21	<.001	<.001	<.001	.010
Atenção	.25	.62	-.42	.61	-.83	.96	45.88	<.001	<.001	<.001	.014
Funcionamento Executivo	.27	.38	-.44	.40	-.94	.66	130.50	<.001	<.001	<.001	<.001
Visuo-Construtivo	.29	.48	.03	.55	2.53	1.01	272.52	<.001	.001	<.001	<.001
Funcionamento Cognitivo Geral	.31	.29	-.44	.28	-1.11	.64	257.17	<.001	<.001	<.001	<.001

**Tabela 5** - Comparação dos DN entre *Clusters*.

A partir dos resultados apresentados na tabela acima, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os *clusters* na Memória (F=103.99; p<.001),

Velocidade de Processamento ( $F=91.21$ ;  $p<.001$ ), Atenção ( $F=45.88$ ;  $p<.001$ ), Funcionamento Executivo ( $F=130.50$ ;  $p<.001$ ), Domínio Visuo-Construtivo ( $F=272.52$ ;  $p<.001$ ) e Funcionamento Cognitivo Geral ( $F=257.17$ ;  $p<.001$ ). O perfil neurocognitivo dos três *clusters* está representado na figura 1.



**Figura 1** - Perfis Neurocognitivos dos diferentes *clusters*.

O *cluster* 1 representa o fenótipo sem alterações neurocognitivas e é constituído por 122 participantes. Apresenta resultados estatísticos significativamente superiores em todos os DN, comparativamente com os *clusters* 2 e 3 (tabela 4). Embora os resultados sejam inferiores, não se verificam diferenças significativas em relação ao grupo de controlo: Memória ( $M=.40$ ), Velocidade de Processamento ( $M=.45$ ), Atenção ( $M=.41$ ), Funcionamento Executivo ( $M=.43$ ), Visuo-Construtivo ( $M=.53$ ) e Funcionamento Cognitivo Geral ( $M=.43$ ).

O *cluster 2* é constituído por 95 participantes. Apesar de apresentar diferenças estatisticamente significativas comparativamente ao *cluster 1*, também tem resultados estatísticos significativamente superiores ao *cluster 3*, sendo considerado o fenótipo com alterações neurocognitivas moderadas.

O *cluster 3* representa o fenótipo com piores resultados nos DN e é constituído por 30 participantes. Apresenta diferenças estatisticamente significativas em todos os DN: Memória ( $p < .001$ ), Velocidade de Processamento ( $p = .010$ ), Atenção ( $p = .014$ ), Funcionamento Executivo ( $p < .001$ ), Visuo-Construtivo ( $p < .001$ ) e Funcionamento Cognitivo Geral ( $p < .001$ ), sendo considerado o fenótipo com alterações neurocognitivas significativas.

### 3. Diferenças quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas e neonatais, nos diferentes *clusters*:

Relativamente ao género (Tabela 6), verifica-se que existe uma boa distribuição dos participantes do sexo feminino e masculino nos três fenótipos, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre eles ( $p=.87$ ).

		<i>CLUSTER 1</i>	<i>CLUSTER 2</i>	<i>CLUSTER 3</i>	P
Sexo	Feminino	56	47	14	.87
	Masculino	66	48	16	
Cardiopatía	Cianótica	31	39	15	.009
	Acianótica	91	56	15	
Intervenção Cirúrgica	Sim	68	64	24	.033
	Não	52	30	6	
Gravidade	Complexa/Grave	24	32	4	.014
	Moderada/Leve	87	55	25	

**Tabela 6** - Diferenças relativas ao género, cardiopatía, intervenção cirúrgica e gravidade entre os diferentes *clusters*.

No que concerne ao tipo de Cardiopatía, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os três fenótipos ( $p=.009$ ) (Tabela 6). Existe um elevado número de participantes acianóticos no *cluster 1* e 2, comparativamente com os participantes cianóticos. Já no *cluster 3*, o número de participantes com Cardiopatía cianótica e acianótica não difere.

Embora haja um número superior de pacientes que tenham sido submetidos a cirurgia nos três fenótipos, observa-se que no *cluster 3* este número é bastante superior, havendo diferenças estatisticamente significativas entre eles ( $p=.033$ ) (Tabela 6).

Existe um maior número de participantes com gravidade moderada/leve em todos os *clusters*, em relação aos participantes com gravidade complexa/grave, contudo verificam diferenças estatisticamente significativas entre os *clusters* ( $p=.0.14$ ).

Nenhum dos três *clusters* difere significativamente em relação à idade ( $F=2.65$ ;  $p=.073$ ) (Tabela 7). Os participantes do *cluster 1* apresentam uma escolaridade superior à dos outros *clusters* ( $M=9.96$ ), verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre este e o *cluster 2* ( $p=.001$ ) e 3 ( $p=.006$ ).

CARACTERÍSTICAS	CLUSTER 1		CLUSTER 2		CLUSTER 3		F	P	CLUSTER 1 VS 2	CLUSTER 1 VS 3	CLUSTER 2 VS 3
	M	DP	M	DP	M	DP					
Idade	15.98	2.50	15.16	2.81	15.53	2.30	2.65	.073	.074	.707	.789
Anos De Escolaridade	9.96	1.89	8.93	2.13	8.63	2.14	9.46	<.001	.001	.006	.788

**Tabela 7** - Diferenças relativas à idade e anos de escolaridade entre os diferentes *clusters*.

No que respeita ao desempenho escolar, existem diferenças estatisticamente significativas entre os *clusters* ( $p<.001$ ), verificando-se que os *clusters 2* e 3 apresentam uma maior distribuição de participantes com reprovação escolar, comparativamente com o *cluster 1* (tabela 8).

		<i>CLUSTER 1</i>	<i>CLUSTER 2</i>	<i>CLUSTER 3</i>	P
Reprovação	Sim	25	42	14	<.001
	Não	84	38	14	

**Tabela 8** - Diferenças relativas ao desempenho escolar, entre os diferentes clusters.

Os resultados relativos às diferenças entre *clusters* nas variáveis neonatais estão apresentados na tabela 9. Verifica-se que os participantes do *cluster 3* apresentam valores relativos ao perímetro cefálico, significativamente inferiores, quando comparados com o *cluster 1* ( $p=.007$ ) e com o *cluster 2* ( $p=.030$ ). Embora os valores do índice de apgar 1 e 2 sejam inferiores no *cluster 3*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre eles ( $F=2.47$ ;  $p=.88$  e  $F=.892$ ;  $p=.412$  respetivamente). No que respeita ao comprimento, o *cluster 3* apresenta valores inferiores em relação aos outros *clusters*, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre este e o *cluster 1* ( $p=.017$ ) e o *cluster 2* ( $p=.017$ ). Os participantes do *cluster 3* apresentam resultados significativamente inferiores, quando comparados com o *cluster 1*, em relação ao peso ( $p=.029$ ).

VARIÁVEIS NEONATAIS	<i>CLUSTER 1</i>		<i>CLUSTER 2</i>		<i>CLUSTER 3</i>		F	P	<i>CLUSTER 1 VS 2</i>	<i>CLUSTER 1 VS 3</i>	<i>CLUSTER 2 VS 3</i>
	M	DP	M	DP	M	DP					
Perímetro Cefálico	34.08	1.83	33.87	1.62	32.66	2.44	5.22	.006	.794	.007	.030
Apgar 1	8.01	1.30	8.41	1.34	7.67	2.47	2.47	.088	.263	.641	.141
Apgar 2	9.65	.80	9.60	.76	9.38	1.07	.892	.412	.947	.413	.556
Comprimento	48.55	2.68	48.62	2.74	46.33	6.25	4.68	.010	.990	.017	.017
Peso	3.29	.81	3.09	.57	2.84	.77	4.18	.017	.202	.029	.341

**Tabela 9** - Diferenças relativas às variáveis neonatais entre os diferentes *clusters*.

#### 4. Diferenças quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas na QV:

A partir dos resultados obtidos, pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao sexo, em nenhum domínio da QV (Tabela 10).

DOMÍNIO QUALIDADE DE VIDA	SEXO FEMININO	SEXO MASCULINO	U	P
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Geral	166.99	167.01	13,669.500	.999
Físico	161.38	171.44	12,845.000	.343
Psicológico	162.73	170.38	13,043.000	.471
Relações Sociais	164.89	168.66	13,361.500	.720
Meio Ambiente	160.66	172.01	12,738.500	.284

**Tabela 10** - Diferenças relativas ao sexo nos diferentes domínios da QV.

No que respeita ao tipo de Cardiopatia, apenas se encontram diferenças estatisticamente significativas no domínio Meio Ambiente da QV ( $p=.050$ ), indicando que pacientes com CC Cianótica, têm uma pior perceção da QV neste domínio (Tabela 11).



DOMÍNIO QUALIDADE DE VIDA	CARDIOPATIA ACIANÓTICA	CARDIOPATIA CIANÓTICA	U	P
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Geral	173.58	153.83	13,782.500	.062
Físico	169.67	161.66	12,913.500	.474
Psicológico	168.81	163.38	12,723.000	.627
Relações Sociais	173.30	154.40	13,719,500	.088
Meio Ambiente	174.31	152.37	13,944.500	<b>.050</b>

**Tabela 11** - Diferenças relativas ao tipo de Cardiopatia nos diferentes domínios da QV.

A tabela 12 apresenta as diferenças referentes à intervenção cirúrgica nos diferentes domínios da QV. A partir dos resultados obtidos, observa-se que pacientes com CC submetidos a cirurgia têm uma pior percepção da QV, no entanto apenas se encontram diferenças estatisticamente significativas no domínio Relações Sociais ( $p=.001$ ).

DOMÍNIO QUALIDADE DE VIDA	NÃO SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRURGICA	SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRURGICA	U	P
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Geral	177.68	158.54	14,061.500	.064
Físico	178.00	158.36	14,099.500	.072
Psicológico	173.63	160.85	13,576.000	.241
Relações Sociais	187.51	152.92	15,241.000	<b>.001</b>
Meio Ambiente	177.07	158.89	13,988.000	.095

**Tabela 12** - Diferenças relativas à intervenção cirúrgica nos diferentes domínios da QV.

Relativamente à gravidade das CC, apenas existem resultados com diferenças estatisticamente significativas no domínio Físico da QV ( $p < .001$ ), verificando-se que, participantes com uma gravidade complexa/grave apresentam uma pior perceção da QV neste domínio (Tabela 13).

DOMÍNIO QUALIDADE DE VIDA	GRAVIDADE COMPLEXA/GRAVE	GRAVIDADE MODERADA/LEVE	U	P
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Geral	157.99	156.70	8,604.500	.910
Físico	123.69	166.95	11,074.000	<b>&lt;.001</b>
Psicológico	150.99	158.79	9,108.500	.520
Relações Sociais	161.35	155.70	8,362.500	.638
Meio Ambiente	146.79	160.05	9,411.000	.275

**Tabela 13** - Diferenças relativas à gravidade nos diferentes domínios da QV.

## 5. Diferenças entre a QV e o desempenho neurocognitivo de pacientes com CC:

Com o objetivo de responder à questão central desta investigação, procurou-se verificar de que forma o desempenho neurocognitivo tem um papel preponderante na QV, com recurso à análise de *clusters* anterior. As diferenças estão apresentadas na tabela 14.

DOMÍNIO QUALIDADE DE VIDA	CLUSTER1	CLUSTER2	CLUSTER 3	Kruskal-Wallis	P
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Geral	113.88	111.56	93.46	2.56	.278
Físico	121.86	99.98	96.54	7.08	<b>.029</b>
Psicológico	121.24	100.80	96.56	6.38	<b>.041</b>
Relações Sociais	117.68	102.91	104.59	2.90	.235
Meio Ambiente	121.10	98.25	104.98	6.35	<b>.042</b>

**Tabela 14** - Diferenças entre *clusters* nos diferentes domínios da QV.

No que respeita ao domínio Geral da QV, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p=.278$ ) entre os *clusters*, no entanto os resultados mostram-se inferiores no *cluster 3*. Existem diferenças estatisticamente significativas no domínio Físico ( $p=.029$ ) e no domínio Psicológico ( $p=.041$ ), com resultados inferiores no *cluster 3*, indicando uma pior perceção da QV dos respetivos domínios neste *cluster*. No domínio Relações Sociais, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p=.235$ ), no entanto o *cluster 2* apresenta resultados ligeiramente inferiores aos *clusters 1 e 3*. O *cluster 2* apresenta também resultados inferiores, comparativamente com os restantes *clusters* no domínio Meio Ambiente, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ( $p=.042$ ), o que sugere uma pior perceção da QV neste domínio.

## DISCUSSÃO

Um dos objetivos deste estudo foi comparar os vários DN de adolescentes e jovens adultos com CC e o grupo de controlo. Verificou-se a partir dos resultados, que pacientes com CC apresentam, de forma geral, um desempenho neurocognitivo bastante inferior. Estes resultados vão ao encontro da literatura indicando que, pacientes com CC exibem uma maior probabilidade de vir a apresentar défices neurocognitivos (Amianto et al., 2011; Bellinger et al., 2015; Bellinger & Newburger, 2010; Calderon & Bellinger, 2015; Gaynor et al., 2015; Marino et al., 2012; Massaro, El-dib, Glass, & Aly, 2008; Matos et al., 2014; McCusker et al., 2007; Miatton et al., 2007; van der Rijken, Hulstin, Hulstijn-Dirkmaat, Daniels, & Maassen, 2011).

Vários estudos concluíram que participantes com CC apresentam piores resultados no que concerne à memória, quando comparados com o grupo de controlo (Bellinger et al., 2015; Cassidy et al., 2014; Pike et al., 2016; Schaefer et al., 2013). O mesmo se verifica no funcionamento executivo, (Bellinger & Newburger, 2010; Calderon & Bellinger, 2015; Cassidy et al., 2014; Gerstle, Beebe, Drotar, Cassedy, & Marino, 2016), velocidade de processamento (Murphy et al., 2017), atenção (Bellinger et al., 2003; Bellinger & Newburger, 2010; Hövels-Gürich et al., 2007) e domínio visuo-construtivo (Bellinger et al., 2003; Miatton, DeWolf, et al., 2007). Um pior desempenho nestes DN poderá estar associado à idade da primeira cirurgia, cianose, medicação, gravidade da doença (Marino et al., 2012) e morbidade psiquiátrica (Pike et al., 2016).

De forma a obter diferentes níveis de desempenho neurocognitivo em pacientes com CC, foram elaborados três fenótipos. Estes foram comparados entre si, verificando-se diferenças significativas em todos os DN nos diferentes fenótipos, tendo sido possível obter, um fenótipo sem alterações, um com alterações moderadas e por último, um com alterações significativas. Esta análise permitiu ainda, a sua caracterização em termos

sociodemográficos, clínicos e neonatais, enquadrando estes nos diferentes níveis de desempenho neurocognitivo.

No que concerne ao tipo de CC, encontra-se um maior número de participantes com CC acianótica nos fenótipos 1 e 2, enquanto que no fenótipo 3, o número de participantes com CC cianótica e acianótica é equivalente. Foi possível verificar que existem diferenças significativas entre fenótipos, podendo estas estar associadas a um menor número de participantes no fenótipo 3, comparativamente com os fenótipos 1 e 2. Embora a informação presente na literatura seja algo contraditória neste campo, encontram-se estudos que corroboram estes resultados (Bellinger et al., 2015; Majnemer et al., 2008; Wray & Sensky, 2001), encontrando-se diferenças significativas no desempenho neurocognitivo entre os tipos de CC, com prejuízo no tipo cianótico. Tal poderá estar relacionado com a presença de hipoxia durante o período fetal, uma vez que, esta provoca afetação no desenvolvimento cerebral (Limperopoulos et al., 1999; Mahle & Wernovsky, 2001; Sakazaki et al., 2015) e, consecutivamente, no desempenho neurocognitivo.

Tem-se verificado na literatura que as alterações neurocognitivas estarão associadas, não apenas ao tipo de CC, mas também à gravidade da doença (Granberg, Rydberg, & Fisher, 2008; Karsdorp, Everaerd, Kindt, & Mulder, 2007; Mahle & Wernovsky, 2001), no qual o desempenho neurocognitivo é inferior em pacientes com maior complexidade, havendo assim, uma relação direta entre a severidade e a prevalência de défice neurocognitivo (Karsdorp et al., 2007; Mahle & Wernovsky, 2001). Num estudo desenvolvido por Bellinger et al., (2015), composto por uma amostra de adolescentes com TF (considerada uma CC complexa), concluiu-se que, estes participantes apresentam um maior risco neurodesenvolvimental, verificando-se piores resultados na inteligência geral, sucesso académico, memória, funcionamento executivo, habilidades visuo-espaciais, atenção e cognição social.

Ao contrário do que seria expectável nesta investigação, apenas quatro participantes com CC complexa, foram inseridos no fenótipo com alterações neurocognitivas significativas, verificando-se um maior número destes participantes no fenótipo com alterações neurocognitivas moderadas.

Como foi referido anteriormente, a gravidade é determinada de acordo com a severidade das lesões e do tratamento médico necessário. Desta forma, uma CC complexa é assim caracterizada, quando o paciente é considerado cianótico ou apresenta lesões acianóticas graves, durante o desenvolvimento fetal ou nos primeiros meses ou anos de vida, e no qual, necessitarão de intervenção cirúrgica (Hoffman & Kaplan, 2002). Num estudo desenvolvido por McCusker et al., (2007), verificou-se que, pacientes com CC cianótica e que tenham sido submetidas a cirurgia apresentam um maior risco de vir a apresentar piores resultados neurocognitivos, comparativamente a crianças com CC acianótica. Segundo Marino et al., (2012), a necessidade de intervenção cirúrgica nos primeiros anos de vida, associada a uma maior complexidade da doença, poderá trazer repercussões a nível neurodesenvolvimental. O que vai ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, onde se encontraram diferenças significativas entre os fenótipos de desempenho neurocognitivo, verificando-se que no fenótipo com alterações significativas apenas seis participantes não foram submetidos a intervenção cirúrgica. Vários outros estudos reforçam que os períodos pré-operatório, operatório e pós-operatório, são um fator potenciador de pior desempenho neurocognitivo, devido à presença de hipoxia (Fuller et al., 2009; Hoffman, Brosig, Mussatto, Tweddell, & Ghanayem, 2013; ICCON, 2016; Marino et al., 2012; Sidhu et al., 2015; Wernovsky & Licht, 2016).

No que respeita à escolaridade, verifica-se que o fenótipo sem alterações neurocognitivas apresenta uma média de anos de escolaridade superior aos restantes, havendo também, uma menor taxa de reprovação. Já nos fenótipos com alterações neurocognitivas (moderadas e significativas), o número de participantes com reprovações é significativamente superior, algo que estará associado ao um pior desempenho

neurocognitivo e conseqüentemente, a piores resultados acadêmicos (Bellinger & Newburger, 2010).

Os parâmetros neonatais como o peso, o comprimento e o perímetro cefálico ao nascimento, e o índice de apgar 1 e 2, são fatores determinantes do desenvolvimento neurológico (Gaynor et al., 2007). Quanto ao peso e comprimento, verificou-se que estes diferem significativamente entre os diferentes fenótipos, com resultados inferiores no fenótipo com alterações neurocognitivas significativas. São vários os fatores associados a um baixo peso à nascença, como a prematuridade, doenças genéticas, insuficiência placentária e restrição no crescimento intrauterino, que podem aumentar o risco de atraso no desenvolvimento psicomotor e mental (Gaynor et al., 2007). No que respeita ao perímetro cefálico, os resultados são significativamente inferiores no fenótipo com alterações neurocognitivas significativas, algo que pode estar associado ao comprometimento da oxigenação fetal nos casos de CC complexa (Donofrio & Massaro, 2010).

Numa fase subsequente, procurou-se verificar, de que forma os fatores possivelmente determinantes de um pior desempenho neurocognitivo, provocam afetação da QV de adolescentes e jovens adultos com CC.

No que respeita ao sexo, não foram obtidas diferenças significativas, algo que vai ao encontro de outros estudos (Spijkerboer et al., 2006). No entanto, verifica-se que participantes do sexo masculino apresentam uma melhor percepção da QV em todos os domínios, o que poderá estar associado a uma melhor adaptação para com a doença e a um melhor suporte social e familiar.

Neste estudo, verificou-se que pacientes com CC cianótica apresentam uma pior percepção da QV apenas no domínio Meio Ambiente, embora apresentem resultados inferiores em todos os domínios, quando comparados com pacientes com condição acianótica. Já no que respeita à severidade da doença, participantes com gravidade

complexa/grave apresentam uma pior percepção da QV no domínio Físico em relação aos participantes com menor gravidade da doença. A obtenção destes resultados pode estar relacionada com vários aspetos, tais como, a restrição de algumas atividades de caráter físico, quer a nível académico ou social (Ternstedt et al., 2001); um estilo educacional protetor, que poderá influenciar a sua relação com os pares (Daliento et al., 2006); e a criação de expectativas em relação ao futuro (Bertoletti, Marx, Hattge Júnior, & Pellanda, 2014; O'Donovan, Painter, Lowe, Robinson, & Broadbent, 2016).

No que concerne à gravidade, os resultados na literatura não são consensuais. Vários estudos reportam que, indivíduos com CC apresentam uma pior QV, quando comparados com indivíduos saudáveis (Berkes et al., 2010; Landolt, Valsangiacomo Buechel, & Latal, 2008; Mellion et al., 2014; Rose et al., 2005), verificando-se um maior impacto nas patologias de maior complexidade. De acordo com alguns estudos, este é um fator importante na determinação da QV, existindo uma pior percepção em pacientes com CC cianótica (Amianto et al., 2011; Landolt et al., 2008), sobretudo quando associada ao domínio físico e à percepção que têm em relação à saúde (Amianto et al., 2011). É também verificado na literatura que, pacientes com maior complexidade da doença, apresentam piores resultados ao nível da QV, quando comparados com CC de menor gravidade (Cohen, Mansoor, Langut, & Lorber, 2007; Knowles et al., 2014; Mellion et al., 2014). Contudo, também se tem verificado, resultados similares, e até mesmo superiores, entre os pacientes com CC e a população geral, no que respeita à QV (Dunbar-Masterson et al., 2001; Hövels-Gürich et al., 2007; Schaefer et al., 2013; Silva et al., 2011), o que sugere que, estes pacientes se vão adaptando à sua condição médica (Daliento et al., 2005; O'Donovan et al., 2015). Os suportes familiar e social e os recursos pessoais, tais como, uma boa capacidade de *coping*, são também fatores que permitem uma melhor percepção da QV (Landolt et al., 2008).

Relativamente à intervenção cirúrgica em pacientes com CC, apenas foram encontradas diferenças significativas no domínio Relações Sociais, verificando-se que,



pacientes que tenham sido submetidos a intervenção cirúrgica apresentam uma pior percepção da QV neste domínio. Estes resultados poderão estar associados à complexidade e número de intervenções, tempo de hospitalização e até mesmo, à presença de cicatrizes que terão influência na satisfação corporal, e que poderão provocar alterações no relacionamento social do indivíduo. Vários estudos reportam que o número de intervenções cirúrgicas está diretamente relacionado com a diminuição da QV (Marino et al., 2008; Svensson, Idvall, Nilsson, & Liuba, 2016). O desenvolvimento de estratégias de *coping* neste sentido, parece ser eficaz em pacientes com CC e seus familiares, uma vez que, permite a resiliência e promove a QV (O'Connor et al., 2016).

A fase final desta investigação teve como propósito, verificar de que forma o desempenho neurocognitivo afeta a QV de indivíduos com CC. Com esse intuito, foram comparados os domínios da QV com os três fenótipos de desempenho neurocognitivo.

Neste estudo verificou-se que os pacientes pertencentes ao fenótipo com alterações neurocognitivas significativas apresentam uma pior percepção da QV nos domínios Físico e Psicológico. Os resultados obtidos poderão estar associados a vários fatores. Tendo em conta a complexidade da CC, estes pacientes apresentarão maiores alterações ao nível do desempenho neurocognitivo podendo vir a apresentar maior dificuldade em algumas áreas, como baixos resultados académicos, competências sociais deficitárias, entre outros; no futuro poderão ter maior dificuldade em encontrar emprego. Todos estes aspetos, inerentes a um pior desempenho neurocognitivo, poderão provocar alterações de carácter físico e psicológico, mais propriamente, ao nível da autoestima, da aceitação social, do relacionamento com os pares e até mesmo, na forma como o paciente se vê, perante o mundo que o rodeia, o que poderá influenciar de forma negativa, a percepção que tem em relação à sua QV. Já o fenótipo com alterações neurocognitivas moderadas apresenta uma pior percepção da QV no domínio Meio Ambiente. Este último resultado revelou-se um quanto intrigante, uma vez que, seria expectável que participantes com pior desempenho neurocognitivo tivessem uma pior percepção da QV

neste domínio. Como para estes pacientes as alterações neurocognitivas não se observam de forma tão evidente e vincada, tanto pelos pais como pelos professores e colegas, estes podem não ter o apoio e o acompanhamento devido e concordante com essas limitações, o que poderá levar a que a percepção da QV no domínio do Meio Ambiente seja inferior.

Para nosso conhecimento, foram poucos os estudos encontrados que avaliam o desempenho neurocognitivo como fator influenciador da QV. No entanto, tem-se verificado resultados que vão ao encontro desta investigação (Marino et al., 2011; Neal et al., 2015). Dunbar-Masterson et al., (2001), desenvolveram um estudo com uma amostra constituída por crianças com TGV e submetidas a intervenção cirúrgica. A partir dos resultados obtidos verificou-se que, um baixo QI (Quociente de Inteligência) e baixos resultados escolares, estão associados a piores resultados psicossociais. Num outro estudo, desenvolvido por Uzark et al., (2008), a partir de uma amostra constituída por crianças com doença cardiovascular complexa, verificou-se que, estas apresentam pior QV (reportada por elas e pelos pais) quando associada a alterações cognitivas.

## CONCLUSÃO

É possível verificar através da literatura um vasto leque de informação relativo às implicações neurocognitivas e psicossociais provenientes das CC. No entanto é de salientar a importância deste campo na investigação, uma vez que, permitem a obtenção de resultados e conclusões, com o objetivo de continuar a promover a QV nesta população.

A partir dos dados obtidos neste estudo foi possível verificar que, o desempenho neurocognitivo tem influência na QV dos adolescentes e jovens adultos com CC. No entanto, e dada a escassa informação presente na literatura neste âmbito, encontra-se a necessidade de continuar a desenvolver estudos no futuro, que justifiquem estes resultados, sendo esta uma limitação na investigação.

Uma outra limitação neste estudo, passa pela divisão não equitativa do número de participantes entre os fenótipos, existindo uma quantidade bastante inferior de elementos no grupo com alterações neurocognitivas significativas, podendo suscitar algumas dúvidas quanto à análise dos resultados. Assim, torna-se relevante dar continuidade à recolha de dados, de forma a obter uma amostra mais consistente.

Em forma de conclusão, torna-se essencial ressaltar a necessidade da continuidade desta área de investigação, apelando à sensibilização desta população que, cada vez mais, vive até à idade adulta.

## BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms & profiles*. Burlington VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Amianto, F., Bergui, G. C., Abbate-Daga, G., Bellicanta, A., Munno, D., & Fassino, S. (2011). Growing up with congenital heart disease: neurocognitive outcome, psychopathology and quality of life. *Panminerva Med*, *53*, 109–27.
- Bajolle, F., Zaffran, S., & Bonnet, D. (2009). Genetics and embryological mechanisms of congenital heart diseases. *Archives of Cardiovascular Diseases*, *102*(1), 59–63.
- Bellinger, D. C., & Newburger, J. W. (2010). Neuropsychological, psychosocial, and quality-of-life outcomes in children and adolescents with congenital heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology*, *29*(2), 87–92.
- Bellinger, D. C., Rivkin, M. J., DeMaso, D., Robertson, R. L., Stopp, C., Dunbar-Masterson, C., ... Newburger, J. W. (2015). Adolescents with tetralogy of Fallot: neuropsychological assessment and structural brain imaging. *Cardiology in the Young*, *25*(2), 338–347.
- Bellinger, D. C., Wypij, D., DuPlessis, A. j, Rappaport, L. A., Jonas, R. A., Wernovsky, G., & Newburger, J. W. (2003). Neurodevelopmental status at eight years in children with dextro-transposition of the great arteries: the Boston circulatory arrest trial. *J Thorac Cardiovasc Surg*, *126*(5), 1385–96.
- Berkes, A., Varni, J. W., Pataki, I., Kardos, L., Kemeny, C., & Mogyorósy, G. (2010). Measuring health-related quality of life in Hungarian children attending a cardiology clinic with the Pediatric Quality of Life Inventory. *Eur J Pediatr*, *169*, 333–47.
- Bertoletti, J., Marx, G. C., Hattge Júnior, S. P., & Pellanda, L. C. (2014). Quality of life and congenital heart disease in childhood and adolescence. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, *102*(2), 192–8.
- Blok, I., Van Riel, A., Schuurin, M., Duffels, M. G., Vis, J. C., Van Dijk, A. P., ... Bouma, B. J. (2015). Decrease in quality of life predicts mortality in adult patients with pulmonary arterial hypertension due to congenital heart disease. *Neth Heart J*, *23*(5), 278–84.
- Brickner, M. E., Hillis, L. D., & Lange, R. A. (2000). Congenital Heart Disease -Second of Two Parts. *The New England Journal of Medicine*, *342*(5), 334–342.
- Calderon, J., & Bellinger, D. C. (2015). Executive function deficits in congenital heart disease: why is intervention important? *Cardiology in the Young*, 1–9.
- Calderon, J., Stopp, C., Wypij, D., DeMaso, D. R., Rivkin, M., Newburger, J. W., & Bellinger, D. C. (2016). Early-Term Birth in Single-Ventricle Congenital Heart Disease After the Fontan Procedure: Neurodevelopmental and Psychiatric Outcomes. *The Journal of Pediatrics*, (November).

- Canavarro, M., Simões, A., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. (3 ed). Quarteto Editora.
- Cassidy, A. R., White, M. T., DeMaso, D. R., Newburger, J. W., & Bellinger, D. C. (2014). Executive Function in Children and Adolescents with Critical Cyanotic Congenital Heart Disease. *J Int Neuropsychol Soc*, *21*(1), 34–49.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., ... Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test : Regression-based Norms for the Portuguese Population Trail Making Test : Regression-based Norms for the Portuguese Population, (January).
- Cohen, M., Mansoor, D., Langut, H., & Lorber, A. (2007). Quality of Life, Depressed Mood, and Self-Esteem in Adolescents With Heart Disease. *Psychosom Med*, *69*, 313–8.
- Colonnese, M., & Khazipov, R. (2012). Spontaneous activity in developing sensory circuits: implications for resting state fMRI. *Neuroimage*, *62*, 2212–2221.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2000). *NEO PI-R Manual Profissional: Inventário de Personalidade NEO Revisto*. (1ª Ed). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Costello, J. M., Mussato, K., Cassidy, A., Wray, J., Mahony, L., Teele, S. A., ... Marino, B. S. (2015). Prediction by clinicians of quality of life for children and adolescents with cardiac disease. *J Pediatr*, *166*(3), 679–683.
- Daliento, L., Mapelli, D., Russo, G., Scarso, P., Limongi, F., Iannizzi, P., ... Volpe, B. (2005). Health related quality of life in adults with repaired tetralogy of Fallot: psychosocial and cognitive outcomes. *Heart (British Cardiac Society)*, *91*(2), 213–8.
- Daliento, L., Mapelli, D., & Volpe, B. (2006). Measurement of cognitive outcome and quality of life on congenital heart disease. *Heart*, *92*, 569–574.
- Davey, B. T., Donofrio, M. T., Moon-Grady, A., Fifer, C. G., Cuneo, B. F., Falkensammer, C. B., ... Rychik, J. (2014). Development and Validation of a Fetal Cardiovascular Disease Severity Scale. *Pediatr Cardiol*, *35*, 1174–1180.
- Donofrio, M., & Massaro, A. (2010). Impact of congenital heart disease on brain development and neurodevelopment outcome. *Int J Pediatr*, *2010*, 1–3.
- Dunbar-Masterson, C., Wypij, D., Bellinger, D. C., Rappaport, L. A., Baker, A. L., Jonas, R. A., & Newburger, J. W. (2001). General health status of children with D-transposition of the great arteries after the arterial switch operation. *Circulation*, *104*(12 Suppl 1), I138–I142.
- Fuller, S., Nord, A. S., Gerdes, M., Wernovsky, G., Jarvik, G. P., Bernbaum, J., ... Gaynor, J. W. (2009). Predictors of impaired neurodevelopmental outcomes at one year of age

after infant cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*, 36, 40–47.

- Gaynor, J. W., Stopp, C., Wypij, D., Andropoulos, D. B., Atallah, J., Atz, A. M., ... International Cardiac Collaborative on Neurodevelopment (ICCON) Investigators. (2015). Neurodevelopmental outcomes after cardiac surgery in infancy. *Pediatrics*, 135(5), 816–25.
- Gaynor, J. W., Wernovsky, G., Jarvik, G. P., Bernbaum, J., Gerdes, M., Zackai, E., ... Spray, T. L. (2007). Patient characteristics are important determinants of neurodevelopmental outcome at one year of age after neonatal and infant cardiac surgery. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 133(5), 1344–1353.
- Gerstle, M., Beebe, D. W., Drotar, D., Cassedy, A., & Marino, B. S. (2016). Executive Functioning and School Performance among Pediatric Survivors of Complex Congenital Heart Disease. *The Journal of Pediatrics*, 173, 154–159.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., ... Turner, M. B. (2013). on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics. *Circulation*, 127, e6–e245.
- Goldbeck, L., & Melches, J. (2005). Quality of life in families of children with congenital heart disease. *Qual Life Res*, 14, 1915–1924.
- Golden, C. J. (1994). *Test de Cores y Palavras*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Granberg, M., Rydberg, A., & Fisher, A. G. (2008). Activities in daily living and schoolwork task performance in children with complex congenital heart disease. *Acta Paediatr*, 97, 1270–4.
- Gregg, N. M., Ramsay Brevis, W., & Heseltine, M. (1945). The occurrence of congenital defects in children following maternal rubella during pregnancy. *Med J Aust*, 2, 122–126.
- Herberg, U., & Hövels-Gürich, H. (2012). Neurological and psychomotor development of fetuses and children with congenital heart disease: causes and prevalence of disorders and long-term prognosis. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 216(3), 132–40.
- Hoffman, G. M., Brosig, C., Mussatto, K., Tweddell, J. S., & Ghanayem, N. S. (2013). Perioperative cerebral oxygen saturation in neonates with hypoplastic left heart syndrome and childhood neurodevelopmental outcome. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 146, 1153–64.
- Hoffman, J. I. E., & Kaplan, S. (2002). The Incidence of Congenital Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 39(12), 1890–900.
- Hoffman, J. I. E., Kaplan, S., & Liberthson, R. R. (2004). Prevalence of congenital heart disease. *American Heart Journal*, 147(3), 425–439.

- Hövels-Gürich, H., Konrad, K., Skorzenski, D., Herpertz-Dahlmann, B., Messmer, B. J., & Seghaye, M. C. (2007). Attentional dysfunction in children after corrective cardiac surgery in infancy. *Ann Thorac Surg*, *83*, 1425–1430.
- Hövels-Gürich, H., Konrad, K., Skorzenski, D., Minkenberg, R., Herpertz-Dahlmann, B., Messmer, B. J., & Seghaye, M. C. (2007). Long-term behaviour and quality of life after corrective cardiac surgery in infancy for tetralogy of Fallot or ventricular septal defect. *Pediatr Cardiol*, *28*(5), 346–54.
- International Cardiac Collaborative on Neurodevelopment (ICCON) Investigators. (2016). Impact of Operative and Postoperative Factors on Neurodevelopmental Outcomes After Cardiac Operations. *Ann Thorac Surg*, *102*, 843–9.
- Jenkins, K. J., Correa, A., Feinstein, J. A., Botto, L., Britt, A. E., Daniels, S. R., ... Webb, C. L. (2007). Noninherited risk factors and congenital cardiovascular defects: Current knowledge - A scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young. *Circulation*, *115*(23), 2995–3014.
- Karsdorp, P. A., Everaerd, W., Kindt, M., & Mulder, B. J. (2007). Psychological and cognitive functioning in children and adolescents with congenital heart disease: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol*, *32*, 527–41.
- Knowles, R. L., Day, T., Wade, A., Bull, C., Wren, C., & Dezateux, C. (2014). Patient – reported quality of life outcomes for children with serious congenital heart defects. *Archives of Disease in Childhood*, *0*, 1–7.
- Krol, Y., Grootenhuis, M. A., Destre'e-Vonk, A., Lubbers, L. J., Koopman, H. M., & Last, B. F. (2003). Health related quality of life in children with congenital heart disease. *Psychol Health*, *18*, 251–260.
- Kwon, E. N., Mussato, K., Simpson, P. M., Brosig, C. B., Nugent, M., & Samyn, M. (2011). Children and adolescents with repaired tetralogy of Fallot report quality of life similar to healthy peers. *Congenital Heart Disease*, *6*, 18–27.
- Landolt, M. A., Valsangiacomo Buechel, E. R., & Latal, B. (2008). Health-related quality of life in children and adolescents after open-heart surgery. *J Pediatr*, *152*, 349–55.
- 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.
- Limbers, C. A., Emery, K., & Uzark, K. (2013). Factors Associated with Perceived Cognitive Problems in Children and Adolescents with Congenital Heart Disease. *J Clin Psychol Med Settings*, *20*(2), 192–8.
- Limperopoulos, C., Majnemer, A., Shevell, M., Rosenblatt, B., Rohlicek, C., & Tchervenkov, C. (1999). Neurologic status of newborn with congenital heart defects before open heart surgery. *Pediatrics*, *103*, 402–8.

- Luyckx, K., Goossens, E., Rassart, J., Apers, S., Vanhalst, J., & Moons, P. (2014). Parental support, internalizing symptoms, perceived health status, and quality of life in adolescents with congenital heart disease: influences and reciprocal effects. *Journal of Behavioral Medicine, 37*(1), 145–155.
- Mahle, W. T., & Wernovsky, G. (2001). Long-term developmental outcome of children with complex congenital heart disease. *Clin Perinatal, 28*, 235–247.
- Majnemer, A., Limperopoulos, C., Rohlicek, C., Rosenblatt, B., & Tchervenkov, C. (2008). Developmental and functional outcomes at school entry in children with congenital heart defects. *J Pediatr, 153*, 55–60.
- Marino, B. S., Beebe, D., Cassidy, A., Riedel, M., Burger, M., Medek, S., ... Drotar, D. (2011). Executive functioning, gross motor ability and mood are key drivers of poorer quality of life in child and adolescents survivors with complex congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol, 57*, E421.
- Marino, B. S., Lipkin, P. H., Newburger, J. W., Peacock, G., Gerdes, M., Gaynor, J. W., ... Mahle, W. T. (2012a). Neurodevelopmental Outcomes in Children With Congenital Heart Disease: Evaluation and Management. *Circulation, 126*, 1143–1172.
- Marino, B. S., Lipkin, P. H., Newburger, J. W., Peacock, G., Gerdes, M., Gaynor, J. W., ... Mahle, W. T. (2012b). Neurodevelopmental Outcomes in Children With Congenital Heart Disease: Evaluation and Management. *Circulation, 136*, 1143–1172.
- Marino, B. S., Shera, D., Wernovsky, G., Tomlinson, R. S., Aguirre, A., Gallagher, M., ... Shea, J. A. (2008). The development of the pediatric cardiac life inventory: a quality of life measure for children and adolescents with heart disease. *Qual Life Res, 17*, 613–626.
- Massaro, A. N., El-dib, M., Glass, P., & Aly, H. (2008). Factors associated with adverse neurodevelopmental outcomes in infants with congenital heart disease. *Brain and Development, 30*(7), 437–446. <http://doi.org/10.1016/j.braindev.2007.12.013>
- Matos, S. M., Sarmiento, S., Moreira, S., Pereira, M. M., Quintas, J., Peixoto, B., ... Areias, M. E. G. (2014). Impact of Fetal Development on Neurocognitive Performance of Adolescents with Cyanotic and Acyanotic Congenital Heart Disease. *Congenital Heart Disease, 9*(5), 373–381.
- McCusker, C. G., Doherty, N. N., Molloy, B., Casey, F., Rooney, N., Mulholland, C., ... Stewart, M. (2007). Determinants of neuropsychological and behavioural outcomes in early childhood survivors of congenital heart disease. *Archives of Disease in Childhood, 92*(2), 137–41.
- Mellion, K., Uzark, K., Cassidy, A., Drotar, D., Wernovsky, G., Newburger, J. W., ... Marino, B. S. (2014). Health-Related Quality of Life Outcomes in Children and Adolescents with Congenital Heart Disease. *J Pediatr, 164*(4), 781–788.
- Miatton, M., De Wolf, D., François, K., Thiery, E., & Vingerhoets, G. (2007). Neuropsychological Performance in School-Aged Children with Surgically Corrected



Congenital Heart Disease. *Journal of Pediatrics*, 151(1).

- Miatton, M., DeWolf, D., Francois, K., Thiery, E., & Vingerhoets, G. (2007). Intellectual, neuropsychological, and behavioral functioning in children with tetralogy of Fallot. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 133(2), 449–55.
- Mitchell, R. N. (2013). Heart. In V. Kumar, A. K. Abbas, & J. C. Aster (Eds.), *Robbins Basic Pathology* (9ª Ed, pp. 365–406).
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891–901.
- Murphy, L. K., Compas, B. E., Reeslund, K. L., Gindville, M. C., Mah, M. L., Markham, L. W., & Jordan, L. C. (2017). Cognitive and attentional functioning in adolescents and young adults with Tetralogy of Fallot and d-transposition of the great arteries. *Child Neuropsychol*, 23(1), 99–110.
- Mussato, K., & Tweddell, J. (2005). Quality of life following surgery for congenital cardiac malformations in neonates and infants. *Cardiology in the Young*, 15, 174–178.
- Muthusami, P., Madathil, S., Blaser, S., Jaeggi, E., Grosse-wortmann, L., Yoo, S., ... Seed, M. (2015). Reduced fetal cerebral oxygen consumption is associated with abnormal white matter in newborns with congenital heart disease. *Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance*, 17(1), P201.
- Neal, A. E., Stopp, C., Wypij, D., Bellinger, D. C., Dunbar-Masterson, C., DeMaso, D. R., & Newburger, J. W. (2015). Predictors of health-related quality of life in adolescents with tetralogy of Fallot. *The Journal of Pediatrics*, 166(1), 132–8.
- Nousi, D., & Christou, A. (2010). Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal*, 4(2), 94–100 7p.
- O'Connor, A. M., Wray, J., Tomlinson, R. S., Cassidy, A., Jacobs, J. P., Jenkins, K. J., ... Marino, B. S. (2016). Impact of Surgical Complexity on Health-Related Quality of Life in Congenital Heart Disease Surgical Survivors. *Journal of the American Heart Association*, 5(7), e001234.
- O'Donovan, C. E., Painter, L., Lowe, B., Robinson, H., & Broadbent, E. (2016). The impact of illness perceptions and disease severity on quality of life in congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 26(1), 100–9.
- Owen, M., Shevell, M., Donofrio, M., Majnemer, A., Mccarter, R., Vezina, G., ... Limperopoulos, C. (2014). Brain Volume and Neurobehavior in Newborns with Complex Congenital Heart Defects. *The Journal of Pediatrics*, 164(5), 1121–1127.e1.
- Peddy, S., Hazinski, M., Laussen, P., Thiagarajan, R., Hoffman, G., Nadkarni, V., & Tabbutt, S. (2007). Cardiopulmonary resuscitation: special considerations for infants and children with cardiac disease. *Cardiology in the Young*, 2, 116–126.

- Pike, N. A., Woo, M. A., Poulsen, M. K., Evangelista, W., Faire, D., Halnon, N. J., ... Kumar, R. (2016). Predictors of Memory Deficits in Adolescents and Young Adults with Congenital Heart Disease Compared to Healthy Controls. *Frontiers in Pediatrics, 4*, 117.
- Rey, A. (2002). *Teste de Cópia de Figuras Complexas-Manual*. (2ª Ed). Lisboa: CEGOC.
- Rose, M., Köhler, K., Köhler, F., Sawitzky, B., Fliege, H., & Klapp, B. F. (2005). Determinants of the quality of life of patients with congenital heart disease. *Qual Life Res, 14*, 35–43.
- Sakazaki, S., Masutani, S., Sugimoto, M., Tamura, M., Kuwata, S., Kurishima, C., ... Senzaki, H. (2015). Oxygen Supply to the Fetal Cerebral Circulation in Hypoplastic Left Heart Syndrome: A Simulation Study Based on the Theoretical Models of Fetal Circulation. *Pediatric Cardiology, 36*(3), 677–684.
- Salama, A. A., Alarabawy, R. A., El-shehaby, W., El-amrousy, D., Baghdadi, M. S., & Rizkallah, M. F. (2016). Brain volumetrics, regional cortical thickness and radiographic findings in children with cyanotic congenital heart disease using quantitative magnetic resonance imaging. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine, 47*(4), 1617–1627.
- Samadi, M., Khosroshahi, A. J., Maccoie, A. A., Eskandartash, E., & Anvari, S. (2017). The Correlation Between Pulmonary Hypertension and “ Pro-Brain Natriuretic Peptide ” Serum Level and the Quantity of Left to Right Shunt ( Qp / Qs Ratio ) in Children With Congenital Heart Disease, *4*(1), 23–27.
- Schaefer, C., von Rhein, M., Knirsch, W., Huber, R., Natalucci, G., Caflisch, J., ... Latal, B. (2013). Neurodevelopmental outcome, psychological adjustment, and quality of life in adolescents with congenital heart disease. *Developmental Medicine and Child Neurology, 55*(12), 1143–1149.
- Schron, E., Friedman, E., & Thomas, S. A. (2014). Does health-related quality of life predict hospitalization or mortality in patients with atrial fibrillation? *J Cardiovasc Electrophysiol, 25*(23–8).
- Shedeed, S. A., & Elfaytouri, E. (2011). Brain maturity and brain injury in newborns with cyanotic congenital heart disease. *Pediatr Cardiol, 32*(1), 57–54.
- Sidhu, N., Joffe, A. R., Doughty, P., Vatanpour, S., Dinu, I., Alton, G., ... Robertson, C. M. T. (2015). Sepsis After Cardiac Surgery Early in Infancy and Adverse 4.5-Year Neurocognitive Outcomes. *J Am Heart Assoc, 4*, e001954.
- Silva, A. M., Vaz, C., Areias, M. E. G., Vieira, D., Proença, C., Viana, V., ... Areias, J. C. (2011). Living with CHD: Quality of life (QOL) in early adult life. *Cardiology in the Young, 21*(6), 670–676.
- Smyser, C. D., & Neil, J. J. (2015). Use of resting-state functional MRI to study brain development and injury in neonates. *Semin Perinatol, 39*, 130–140.

- Spijkerboer, A. W., Utens, E. M., De Koning, W. B., Bobers, A. J., Helbing, W. A., & Verhulst, F. C. (2006). Health-related quality of life in children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease. *Qual Life Res*, *15*(663–73).
- Sun, L., Macgowan, C. K., Sled, J. G., Yoo, S.-J., Manlhiot, C., Porayette, P., ... Seed, M. (2015). Reduced Fetal Cerebral Oxygen Consumption Is Associated With Smaller Brain Size in Fetuses With Congenital Heart Disease. *Circulation*, *131*, 1313–1323.
- Svensson, B., Idvall, E., Nilsson, F., & Liuba, P. (2016). Health-related quality of life in children with surgery for CHD: a study from the Swedish National Registry for Congenital Heart Disease. *Cardiology in the Young*, *26*, 1–11.
- Ternstedt, B. M., Wall, K., Oddsson, H., Riesenfeld, T., Grith, I., & Schollin, J. (2001). Quality of life 20 and 30 years after surgery in patients operated on for tetralogy of Fallot and for atrial septal defect. *Pediatr Cardiol*, *22*(2), 128–32.
- Tworetzky, W., McElhinney, D. B., Reddy, V. M., Brook, M. M., Hanley, F. L., & Silverman, N. H. (2001). Improved surgical outcome after fetal diagnosis of hypoplastic left heart syndrome. *Circulation*, *103*, 1269–73.
- Uzark, K., Jones, K., Slusher, J., Limbers, C. A., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2008). Quality of life in children with heart disease as perceived by children and parents. *Pediatrics*, *121*(1060–1067).
- van der Rijcken, R., Hulstijn, W., Hulstijn-Dirkmaat, G., Daniels, O., & Maassen, B. (2011). Psychomotor slowness in school-age children with congenital heart disease. *Developmental Neuropsychology*, *36*, 388–402.
- Warnes, C. A. (2005). The adult with congenital heart disease: born to be bad? *J Am Coll Cardiol*, *46*, 1–8.
- Wechsler, D. (2003). *WISC-III- Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças III: Manual*. (2ª Ed). Lisboa: CEGOC.
- Wechsler, D. (2008). *WMS-III-Escala de Memória de Wechsler: Manual de Administração e Cotação*. (3ª Ed). Lisboa: CEGOC.
- Wernovsky, G., & Licht, D. J. (2016). Neurodevelopmental Outcomes in Children With Congenital Heart Disease-What Can We Impact? *Pediatr Crit Care Med*, *17*, S232–S242.
- WHO. (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life.
- Wilson, B., Alderman, N., Burgees, P., Emslie, H., & Evans, J. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)*. London: Thames Valley Test Company.
- Wray, J., & Sensky, T. (2001). Congenital heart disease and cardiac surgery in childhood : effects on cognitive function and academic ability. *Heart*, *85*(6), 687–691.



**ANEXOS**



## **Anexo A1**

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 A2

### Ficha de Identificação



## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Có  
dig

o:  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: \_\_\_\_\_

Fratria: \_\_\_\_\_ Sexos:  Masculino  Feminino Idades: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Cardiopatia: Cianótico  Acianótico  Fluxo pulmonar aumentado  Fluxo pulmonar reduzido

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

**Idade de Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Terapêutica Médica:** Diurético  I ECA  Aspirina  Beta-bloqueador

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

**Período de tempo com terapêutica médica:** \_\_\_\_\_

**Internamentos frequentes:** Sim  Não

**Necessidade de cuidados intensivos:** Sim  Não

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

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

Correção Paliativa  Data: \_\_\_\_\_

Re-intervenção(ões) Cirúrgica(s)  Data(s): \_\_\_\_\_

**Lesões Residuais:** Leves  Moderadas  Graves

**Mantém 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:** \_\_\_\_\_

## **Anexo A3**

### Entrevista Semi-Estruturada







## ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



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

Entrevistador: \_\_\_\_\_

### 1. Suporte Social

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

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

Muitos  Poucos  nenhuns \_\_\_\_ (Nº)

Presentemente:

#### 1.2. Acha que são suficientes?

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

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

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

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

Nenhuma  Pouca  Mediana  Muita  Total

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

Nenhuma  Pouca  Mediana  Muita  Total

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

Nunca  Raramente  Algumas Vezes  Bastantes Vezes  Muito Frequentemente

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

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

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

Sim  Não

## 2. Ambiente Familiar/Estilo 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.)

## **Anexo A4**

*Young Self Report (YSR)*



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

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

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

---

## II PARTE

### I

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

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

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

Não pratico nenhum desporto

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

### II

Por favor enumera os teus passatempos, 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 pertenças.

**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**

Competência

Tarefa	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)

<b>Disciplinas</b>	<b>Maus resultados</b>	<b>Abaixo da Média</b>	<b>Médio</b>	<b>Acima da Média</b>
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.

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

Tens alguma doença ou deficiência física? Não  Sim

(Descreve-a, por favor \_\_\_\_\_)

Descreve qualquer preocupação que tenhas

---



---



---

Descreve o que tu tens de melhor



---

---

---



## **Anexo A5**

*Child Behavior Checklist (CBCL)*



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

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

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_anos

Sexo: Masculino  Feminino

Ano de Escolaridade : \_\_\_\_\_

Escala Preenchida por: Mãe  Pai    Outro: \_\_\_\_\_

Profissão do Pai (mesmo que actualmente não trabalhe): \_\_\_\_\_

Profissão da Mãe (mesmo que actualmente não trabalhe): \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

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

-Marque uma **cruz (X)** no **1** se a afirmação é

**ALGUMAS VEZES VERDADEIRA;**

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

- **SUBLINHE** qualquer comportamento que seja preocupante

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

0= Não verdadeira

1= Às vezes verdadeira

2= Muitas vezes verdadeira

0	1	2	1	Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
0	1	2	2	É alérgico(a) (descreva)_____
0	1	2	3	Discute muito
0	1	2	4	Tem asma
0	1	2	5	Comporta-se como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6	Faz as suas necessidades fora da casa de banho
0	1	2	7	É fanfarrão ou gabarola
0	1	2	8	Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9	Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva):_____
0	1	2	10	Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito activo(a) ou irrequieto(a)
0	1	2	11	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
0	1	2	12	Queixa-se de solidão
0	1	2	13	Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)

0	1	2	14	Chora muito
0	1	2	15	É cruel com os animais
0	1	2	16	Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros
0	1	2	17	Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18	Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio
0	1	2	19	Exige muita atenção
0	1	2	20	Destrói as suas próprias coisas
0	1	2	21	Destrói coisas da sua família ou de outras crianças
0	1	2	22	É desobediente em casa
0	1	2	23	É desobediente na escola
0	1	2	24	Não come bem
0	1	2	25	Não se dá bem com outras crianças
0	1	2	26	Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal
0	1	2	27	Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)
0	1	2	28	Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (descreva): _____
0	1	2	29	Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____
0	1	2	30	Tem medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	1	2	32	Sente que tem de ser perfeito(a)
0	1	2	33	Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34	Sente que os outros andam atrás dele(a) para o apanharem; sente-se perseguido(a)
0	1	2	35	Sente-se sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36	Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	37	Mete-se em muitas lutas/brigas
0	1	2	38	Fazem pouco dele(a) frequentemente
0	1	2	39	Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos

0	1	2	40	Ouve sons ou vozes que não existem (descreva): _____
0	1	2	41	É impulsivo(a) ou age sem pensar
0	1	2	42	Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0	1	2	43	Mente ou faz batota
0	1	2	44	Rói as unhas
0	1	2	45	É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0	1	2	46	Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0	1	2	47	Tem pesadelos
0	1	2	48	As outras crianças/jovens não gostam dele(a)
0	1	2	49	Tem prisão de ventre, obstipação
0	1	2	50	É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	Sente tonturas
0	1	2	52	Sente-se demasiado culpado(a)
0	1	2	53	Come demais
0	1	2	54	Cansa-se demasiado
0	1	2	55	Tem peso a mais
			56	<u>Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:</u>
0	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça)
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sente enjoos
0	1	2	d	Problemas com a vista (descreva): _____
0	1	2	e	Irritações de pele/Borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g	Vómitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreva): _____
0	1	2	57	Agride fisicamente outras pessoas



0	1	2	58 Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva): _____
0	1	2	59 Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público
0	1	2	60 Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
0	1	2	61 O seu trabalho escolar é fraco
0	1	2	62 Tem fraca coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)
0	1	2	63 Prefere andar com crianças/jovens mais velhos
0	1	2	64 Prefere andar com crianças/jovens mais novos
0	1	2	65 Recusa-se a falar
0	1	2	66 Repete várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos; tem compulsões (descreva): _____
0	1	2	67 Foge de casa
0	1	2	68 Grita muito
0	1	2	69 É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo
0	1	2	70 Vê coisas que não existem, que não estão presentes
0	1	2	71 Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à-vontade
0	1	2	72 Provoca fogos
0	1	2	73 Tem problemas sexuais (descreva): _____
0	1	2	74 Gosta de se “exibir” ou de fazer palhaçadas
0	1	2	75 É envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76 Dorme menos que a maior parte das crianças
0	1	2	77 Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva): _____
0	1	2	78 Suja-se ou brinca com as fezes
0	1	2	79 Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreva): _____
0	1	2	80 Fica de olhar fixo e vazio
0	1	2	81 Rouba coisas em casa

0	1	2	82 Rouba coisas fora de casa
0	1	2	83 Acumula coisas de que não necessita (descreva): _____
0	1	2	84 Tem comportamentos estranhos (descreva): _____
0	1	2	85 Tem ideias estranhas (descreva): _____
0	1	2	86 É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável
0	1	2	87 Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88 Amua muito
0	1	2	89 É desconfiado(a)
0	1	2	90 Diz palavrões ou usa linguagem obscena
0	1	2	91 Fala em matar-se
0	1	2	92 Fala ou anda durante o sono (descreva): _____
0	1	2	93 Fala demasiado
0	1	2	94 Arrelia muito os outros
0	1	2	95 Tem birras, temperamento exaltado
0	1	2	96 Pensa demasiado em sexo
0	1	2	97 Ameaça as pessoas
0	1	2	98 Chupa no dedo
0	1	2	99 Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
0	1	2	100 Tem dificuldades em dormir (descreva): _____
0	1	2	101 Falta à escola sem razão (por “vadiagem”)
0	1	2	102 É pouco 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>	<b>Médio</b>	<b>Mais</b>	<b>Não sei</b>	<b>Pior</b>	<b>Médio</b>	<b>Melhor</b>
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>	<b>Médio</b>	<b>Mais</b>	<b>Não sei</b>	<b>Pior</b>	<b>Médio</b>	<b>Melhor</b>
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 \_\_\_\_\_)



## **Anexo A6**

*Adult Self Report (ASR)*



## QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA ADULTOS

(18-59 ANOS)

Por favor marque as suas respostas.

PRIMEIRO                      MÍDIO                      ÚLTIMO			O SEU TIPO DE TRABALHO ÚNICO, mesmo que não esteja à trabalhar atualmente. Por favor, seja específico - por exemplo, analista nos profetas de massa, analista, jornalista, técnico, técnico mecânico, vendedor de roupas, segundo do trânsito, analista judicial ou que seja o estado e qual o grau que possui (sempre)
O SEU NOME COGNOMATO			
O SEU GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	A SUA IDADE	GRUPO ÉTNICO OU RAÇA	O trabalho/profissão do seu Cônjuge/Companheiro
A DATA DE SEU Mês ____ Dia ____ Ano ____	A SUA DATA DE NASCIMENTO Mês ____ Dia ____ Ano ____		
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 CÍRCULO A SUA POSIÇÃO ACORDADA
			<input type="checkbox"/> 1 Sem Frequência Familiar <input type="checkbox"/> 7 Frequência Universitária
			<input type="checkbox"/> 2 Até Cinco Anos Escolaridade <input type="checkbox"/> 8 Bacharelato
			<input type="checkbox"/> 3 Cinco a Sete Anos Escolaridade <input type="checkbox"/> 9 Licenciatura
			<input type="checkbox"/> 4 Sete a Nove Anos Escolaridade <input type="checkbox"/> 10 Mestrado
			<input type="checkbox"/> 5 Dezoito a Nove Anos 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, quantos vezes por mês tem contacto com alguns próximos? (inclui contactos pessoais, por telefone, carta, e mail)

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

C. Como se dá com os seus amigos próximos?

- Não do bem quanto gostaria                       Média ou entre                       Acima da média                       Muito acima da média

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

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

### II. CÔNJUGE OU COMPANHIMENTO

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

0 1 2 A. Se deu-se bem com o seu cônjuge ou companheiro/a	0 1 2 E. Diferença do meu cônjuge ou companheiro/a quanto ao local onde vivem
0 1 2 B. Tenho problemas em partilhar responsabilidades	0 1 2 F. Tenho problemas com a família do meu cônjuge ou companheiro/a
0 1 2 C. Estou satisfeito/a com o meu cônjuge ou companheiro/a	0 1 2 G. Gosto dos amigos do meu cônjuge ou companheiro/a
0 1 2 D. Gosto das mesmas actividades que o meu cônjuge ou companheiro/a	0 1 2 H. O comportamento do meu cônjuge ou companheiro/a chocou-me

Por favor marque as suas respostas. Certifique-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?					
1. Filho/s mais velho/s	<input type="checkbox"/> Não tenho crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segundo filho/s	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terceiro filho/s	<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: Alguns 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 lidar-me com os clientes	0 1 2	G. Eu não sou empregado mesmo que não estando dentro ou de fora
0 1 2	C. Não 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. Preocupo-me demais com o trabalho
0 1 2	E. Estou satisfeito com a minha situação de emprego		

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

- Não - por favor passe ao ponto VI  
 Sim - Que tipo de aula 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 não sou estudante mesmo que não estando dentro ou de fora
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 de família, trabalho, educação ou outras coisas:

- Sem preocupações

VIII. Por favor descreva o que considera ser 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 descreva 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 apático		0 1 2 37. Tenho que me manter confiante e forte
0 1 2 2. Aguento as oportunidades quando surgem		0 1 2 38. As minhas relações com os outros são boas
0 1 2 3. Decido muito		0 1 2 39. Dou-me com pessoas que se metem em problemas/ assuntos
0 1 2 4. Dou o melhor de mim, embora não se saiba		0 1 2 40. Não sinto as coisas que não querem (descreva) _____
0 1 2 5. Caço ou zombo pelas meus problemas		0 1 2 41. Sou orgulhoso ao fazer coisas sem planejar
0 1 2 6. Consigo distrair (não incluir álcool ou drogas) para fazer não meditar (descreva) _____		0 1 2 42. Prefiro uma variedade do que centrar
0 1 2 7. Sou insatisfeito		0 1 2 43. Minto ou engano os outros
0 1 2 8. Tento problemas de concentração ou a perder atenção durante muitas coisas		0 1 2 44. Sinto-me culpado pela responsabilidade
0 1 2 9. Não consigo afastar de minha mente alguns pensamentos (descreva) _____		0 1 2 45. Sou nervoso, ansioso, tenso
0 1 2 10. Não consigo estar satisfeito, quieto, durante muito tempo		0 1 2 46. Tenho momentos nervosos ou desconforto e agitação (descreva) _____
0 1 2 11. Dependo muito dos outros		0 1 2 47. Tento fazer uma confissão
0 1 2 12. Sinto-me só		0 1 2 48. As pessoas não gostam de mim
0 1 2 13. Sinto-me confiante / não consigo pensar claramente		0 1 2 49. Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros
0 1 2 14. Chamo atenção		0 1 2 50. Sinto-me ansioso e desconfortado
0 1 2 15. Sou muito contente		0 1 2 51. Sinto-me satisfeito ao obter a culpa sobre
0 1 2 16. Sou muito orgulhoso, mas não tanto no exterior		0 1 2 52. Sinto-me muito culpado
0 1 2 17. Sou muito ambicioso		0 1 2 53. Tenho dificuldade em planejar o futuro
0 1 2 18. Não consigo me controlar quando deixo		0 1 2 54. Sinto-me culpado sem razão
0 1 2 19. Tanto que me sinto muito atarefado		0 1 2 55. O meu humor varia entre exultante e deprimido 56. Prefiro fazer uma coisa mal feita constantemente
0 1 2 20. Deixo as coisas às mãos passivas		0 1 2 a) dentro (não incluir álcool ou drogas ou de tabaco)
0 1 2 21. Deixo as coisas às mãos passivas		0 1 2 b) dentro de cabeça
0 1 2 22. Percepo-me como o meu futuro		0 1 2 c) dentro, a sensação de vazio
0 1 2 23. Não consigo encontrar uma local de trabalho ou outras coisas		0 1 2 d) problemas de saúde (não incluir as coisas que não deixo) (descreva) _____
0 1 2 24. Não me sinto muito bem quando deixo		0 1 2 e) angústia ou pânico sobre problemas de vida f) dentro de cabeça
0 1 2 25. Não me dá bem com as outras pessoas		0 1 2 g) dentro
0 1 2 26. Não me sinto culpado após ter feito algo que não devia		0 1 2 h) consigo em saber, aprendendo
0 1 2 27. Tenho ideias dos outros		0 1 2 i) desconforto, alguma coisa em diferentes partes do corpo
0 1 2 28. Dou-me mal com a minha família		0 1 2 57. Agito as minhas as pessoas
0 1 2 29. Tento evitar de algumas coisas, situações ou lugares (descreva) _____		0 1 2 58. Tenho feridas ou picos ou outras partes do corpo
0 1 2 30. As minhas relações com o sexo oposto são boas		0 1 2 59. Não consigo controlar as minhas
0 1 2 31. Não consigo encontrar algo de novo no mundo		0 1 2 60. Há coisas coisas de que gosto
0 1 2 32. Sinto que deixo os outros		0 1 2 61. A minha personalidade em trabalho é boa
0 1 2 33. Sinto que não consigo fazer		0 1 2 62. Sou desorganizado ou desajustado em certos momentos
0 1 2 34. Sinto que não consigo fazer de mim		0 1 2 63. Prefiro as pessoas mais velhas do que mais jovens
0 1 2 35. Sinto que não consigo a minha atenção em mim		
0 1 2 36. Sinto-me mal em situações		0 1 2 64. Tenho dificuldade em estabelecer prioridades
0 1 2 37. Magoa-me muito, em propósito e vontade		0 1 2 65. Sinto-me a falar

Por favor marque as suas respostas.

0= Não Verdadeiro	1= Um pouco ou às vezes Verdadeiro	2= Verdadeiro ou Quase Sempre Verdadeiro
0 1 2 66. Registo algumas coisas vezes sem conta (descreva) _____	0 1 2 95. Tenho mau fôlego, mas glória	
0 1 2 67. Tenho problemas em fazer ou manter amizades	0 1 2 96. Passo muito em sono	
0 1 2 68. Gosto de beber muito	0 1 2 97. Ansejo frequentemente as pessoas	
0 1 2 69. Sou miserável, guardo as coisas para mim mesmo	0 1 2 98. Gosto de ajudar as pessoas	
0 1 2 70. Vejo coisas que não existem (descreva) _____	0 1 2 99. Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio	
	0 1 2 100. Tenho problemas de sono	
	0 1 2 101. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias	
0 1 2 71. Tento-me constrangido ou embaraçado facilmente		
0 1 2 72. Preocupo-me com a minha família	0 1 2 102. Não tenho muita energia	
0 1 2 73. Cumprio as responsabilidades para com a minha família	0 1 2 103. Sinto-me triste, infeliz, deprimido	
0 1 2 74. Tento-me calmo ou farto por vezes	0 1 2 104. Sou muito barulhento	
0 1 2 75. Sou muito tímido ou embaraçado	0 1 2 105. As pessoas acham-me desorganizado	
0 1 2 76. Tenho um comportamento irresponsável	0 1 2 106. Tento ser honesto com os outros	
0 1 2 77. Disto mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite (descreva) _____	0 1 2 107. Sinto que não consigo obter sucesso em nada	
0 1 2 78. Tenho dificuldades em tomar decisões	0 1 2 108. Tenho tendência a perder coisas	
0 1 2 79. Tenho problemas de fé / consciência (descreva) _____	0 1 2 109. Gosto de experimentar novas coisas	
	0 1 2 110. Quero ter dois sexos do sexo oposto.	
0 1 2 80. Luto pelos meus dentes	0 1 2 111. Afasto-me do contacto com outras pessoas	
0 1 2 81. O meu comportamento é inconsistente, instável	0 1 2 112. Preocupo-me muito	
0 1 2 82. Zangado	0 1 2 113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto	
	0 1 2 114. Não pago as minhas contas nem assumo responsabilidades financeiras	
0 1 2 83. Aborreço-me, sinto-me sozinho com facilidade	0 1 2 115. Sinto-me inquieto ou inseguro	
0 1 2 84. Faço coisas que os outros acham estranhas (descreva) _____	0 1 2 116. Aborreço-me, odeio-me facilmente	
0 1 2 85. Tenho pensamentos que os outros acham estranhos (descreva) _____	0 1 2 117. Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito	
0 1 2 86. Sou tímido/relatado, abrigado, amado ou estável	0 1 2 118. Sou demasiado impaciente	
0 1 2 87. Os meus sentimentos ou o meu humor mudam rapidamente	0 1 2 119. Não sou bom com pensamentos	
0 1 2 88. Gosto de correr	0 1 2 120. Condico demasiado rápido	
0 1 2 89. Ajo sem pensar nos outros	0 1 2 121. Costumo atirar-me para montes/escolinas	
0 1 2 90. Bebo muito álcool ou fico embaraçado	0 1 2 122. Tenho dificuldade em manter um emprego	
0 1 2 91. Fumo em excesso etc	0 1 2 123. Sou uma pessoa feliz	
0 1 2 92. Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei (descreva) _____	124. Nos últimos 6 meses, quantas vezes fumou por dia (incluindo tabaco de maço)? _____ vezes por dia.	
0 1 2 93. Não demorado	125. Nos últimos 6 meses, quantos dias se embriagou? _____ dias.	
0 1 2 94. Sinto muito com os outros	126. Nos últimos 6 meses, quantas vezes tomou droga que lhe trabejou (fechando manilhas, cortando, e outras drogas, incluindo álcool e nicotina)? _____ dias.	

Por favor certifique-se que respondeu a todos os itens

## **Anexo A7**

*Adult Behavior Checklist (ABCL)*





## QUESTIONÁRIO DE DESCRIÇÃO DO COMPORTAMENTO PARA ADULTOS

(18-59 ANOS)

Por favor marque as suas respostas

<b>NOME</b> PRIMEIRO                      MEIO                      ÚLTIMO COMPLETO ADULTO			<b>TIPO DE TRABALHO USUAL DO ADULTO, mesmo que não esteja a trabalhar actualmente.</b> Por favor, seja específico – por exemplo, mecânico auto; professor de ensino secundário; doméstica; operário fabril; vendedor de sapatos; sargento do exército; estudante (índique 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 _____  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 <b>seus</b> pontos de vista, mesmo que outras pessoas possam não concordar com os seus. Não precisa de gastar muito tempo em cada item. Pode acrescentar comentários à sua vontade. <b>Certifique-se de que responde a todas as questões.</b>
<b>GÉNERO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		<b>IDADE</b>  <b>ÉTNIA</b> GRUPO OU RAÇA	
<b>DATA ACTUAL</b> Mês _____ Dia _____ Ano _____		<b>DATA DE NASCIMENTO</b> Mês _____ Dia _____ Ano _____	
<b>POR FAVOR ESCOLHA A FORMAÇÃO ACADÉMICA DO ADULTO</b>  <input type="checkbox"/> 1 Sem frequência escolar <input type="checkbox"/> 7 Bacharelato <input type="checkbox"/> 2 Até 4 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 8 Licenciatura <input type="checkbox"/> 3 5 a 6 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 9 Mestrado <input type="checkbox"/> 4 7 a 9 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 10 Doutoramento <input type="checkbox"/> 5 10 a 12 anos de escolaridade <input type="checkbox"/> 11 Outras: <input type="checkbox"/> 6 Frequência universitária                      _____			

### I. AMIGOS:

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

- Nenhum    1    2 ou 3    4 ou mais

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

- Nenhuma    1 ou 2    3 ou 4    5 ou mais

---

C. Como se dá com os amigos próximos?

- Mal       Bem       Muito Bem       Muitíssimo Bem

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

- Nenhuma     1 a 2       3 a 4       5 ou mais

---

## II. CÔNJUGE OU COMPANHEIRO

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

Casado(a), mas separado(a) do cônjuge

Casado(a), a viver com o cônjuge

Divorciado(a)

Viúvo(a)

Outro – por favor descreva: \_\_\_\_\_

---

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

Não – por favor passe para a página 2

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

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

---

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



0 1 2 6. Usa drogas (não considerar o tabaco) para fins não medicinais (descreva): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

0 1 2 7. É fanfarrão

0 1 2 8. Não se consegue concentrar, não presta atenção por muito tempo

0 1 2 9. Não consegue afastar alguns pensamentos; obsessões

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

0 1 2 10. Não consegue estar sentado, é irrequieto, hiperactivo

0 1 2 11. Muito dependente dos outros

0 1 2 12. Queixa-se de solidão

0 1 2 13. Fica confuso ou parece estar com pensamento “enevoado/turvado”

0 1 2 14. Chora muito

0 1 2 15. É muito honesto

0 1 2 16. É cruel, intimida ou mal trata os outros

0 1 2 17. Sonha acordado/ perde-se nos seus pensamentos

0 1 2 18. Auto-injuria-se ou tenta o suicídio

0 1 2 19. Exige muita atenção

0 1 2 20. Estraga ou destrói coisas que lhe pertencem

0 1 2 21. Estraga ou destrói coisas que pertencem a outros

0 1 2 22. Preocupa-se com o seu futuro

0 1 2 23. Não cumpre regras no local de trabalho ou noutros locais

0 1 2 24. Não se alimenta bem

0 1 2 25. Não se dá bem com as outras pessoas

0 1 2 26. Não parece sentir-se culpado depois de se comportar mal

0 1 2 27. Fica facilmente ciumento

0 1 2 28. Dá-se mal com a família

0 1 2 41. Impulsivo ou age sem pensar

0 1 2 42. Prefere estar sozinho do que com outras pessoas

0 1 2 43. Mentira ou engana/aldraba (faz batota)

0 1 2 44. Sente-se sufocado com as responsabilidades

0 1 2 45. Nervoso, excitável, tenso

0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou contracções

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

0 1 2 47. Tem falta de auto-confiança

0 1 2 48. Não gostam dele

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

0 1 2 50. Muito medroso ou ansioso

0 1 2 51. Sente-se tonto ou de cabeça vazia

0 1 2 52. Sente-se demasiado culpado

0 1 2 53. Tem dificuldades em planear o futuro

0 1 2 54. Sente-se cansado sem motivo para tal

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

0 1 2 56. Problemas físicos sem cauda médica conhecida:

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

0 1 2 b. dores de cabeça

0 1 2 c. náusea, sensação de enjoo

0 1 2 d. problemas visuais (não incluir aqueles corrigíveis com óculos)

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

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

0 1 2 f. dores de estômago

0 1 2 g. vômitos

0 1 2 57. Agride fisicamente as pessoas

0 1 2 29. Receia alguns animais, situações ou locais (descreva): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

0 1 2 30. Relaciona-se mal com o sexo oposto

0 1 2 31. Receia pensar ou fazer algo mal

0 1 2 32. Sente que tem de ser perfeito(a)

0 1 2 33. Sente ou queixa-se/ tem a sensação que ninguém gosta dele

0 1 2 34. Sente que estão sempre a tentar apanhá-lo em falta

0 1 2 35. Sente-se inútil ou inferior

0 1 2 58. Tira/arranca pele ou outras partes do corpo (descreva): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

0 1 2 59. Não termina as tarefas

0 1 2 60. Há poucas coisas de que ele(a) gosta

0 1 2 61. Baixa performance no trabalho

0 1 2 62. Fraca coordenação motora ou desajeitado

0 1 2 63. Prefere estar com pessoas mais velhas do que com pessoas da sua idade

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 66. Repete alguns actos vezes sem conta, compulsões (descreva): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

0 1 2 67. Tem problemas em fazer ou manter amigos

0 1 2 68. Grita ou berra muito

0 1 2 69. É reservado, guarda as coisas para si

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

\_\_\_\_\_

0 1 2 71. Sente-se constrangido ou embaraçado facilmente

0 1 2 72. Preocupa-se com a sua família

0 1 2 73. Corresponde às responsabilidades para com a família

0 1 2 74. Exibe-se ou faz palhaçadas

0 1 2 75. É muito envergonhado, tímido

0 1 2 76. Tem comportamentos irresponsáveis

0 1 2 95. Tem acessos de mau génio, mau feitio

0 1 2 96. É passivo ou tem falta de iniciativa

0 1 2 97. Ameaça fisicamente as pessoas

0 1 2 98. Gosta de ajudar as pessoas

0 1 2 99. Não gosta de permanecer no mesmo local por muito tempo

0 1 2 100. Tem dificuldades em dormir

0 1 2 101. Falta ao trabalho mesmo que não esteja doente ou de férias

0 1 2 102. É hipoactivo, tem movimentos lentos, falta de energia

0 1 2 103. É infeliz, triste ou depressivo

0 1 2 104. É muito barulhento

0 1 2 105. É desorganizado

0 1 2 106. Tenta ser honesto com os outros

0 1 2 107. Acha que não consegue obter sucesso em nada

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

0 1 2 78. Tem dificuldades em tomar decisões

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

0 1 2 80. Olha fixamente no vazio

0 1 2 81. Tem comportamento muito instável

0 1 2 82. Rouba

0 1 2 83. Aborrece-se com facilidade

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

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

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

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

0 1 2 88. Gosta de conviver com as pessoas

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

0 1 2 90. Bebe muito álcool ou fica embriagado

0 1 2 91. Fala sobre suicidar-se

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

0 1 2 93. Fala demasiado

0 1 2 94. É muito implicativo

0 1 2 108. Tende a perder objectos

0 1 2 109. Gosta de experimentar coisas novas

0 1 2 110. Toma boas decisões

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

0 1 2 112. Preocupa-se muito

0 1 2 113. Amua muito

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

0 1 2 115. É Irrequieto e nervoso

0 1 2 116. Aborrece-se facilmente

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

0 1 2 118. É muito impaciente

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

0 1 2 120. Conduz demasiado rápido

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

0 1 2 122. Tem dificuldades em manter o emprego

0 1 2 123. Ele(a) é uma pessoa feliz

124. Nos últimos 6 meses, quantas vezes por dia ele(a) fuma (incluindo tabaco de mascar)? \_\_\_\_\_ vezes por dia.

125. Nos últimos 6 meses, quantos dias ele(a) se embriagou? \_\_\_\_\_ dias.

126. Nos últimos 6 meses, quantos dias/ durante quantos dias ele(a) usou drogas para fins não terapêuticos (incluindo marijuana, cocaína, e outras drogas, excluindo álcool e nicotina)? \_\_\_\_\_ dias.





## **Anexo A8**

World Health Organization Quality of Life – Brief Version (WHOQOL –  
Bref)



# WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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



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

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

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

**DADOS PESSOAIS**

A1 Idade  anos

A2 Data de Nascimento  /  /

A3 Sexo  Masculino  
 Feminino

A4 Escolaridade

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

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

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

B1a Está actualmente doente? Sim  Não

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

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

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

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 (P2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (P7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (P18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (P20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (P21.1)	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 (P3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (P10.3)	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 (P12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (P6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (P13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (P15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (P14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (P17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (P19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (P23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

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

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

## **Anexo A9**

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime Version  
(SADS-L)



## SADS-L

Código

Data \_\_/\_\_/\_\_

Avaliação Nº

Entrevistador \_\_\_\_\_

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

### PARTE A - INFORMAÇÕES DO PASSADO

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

*Onde nasceu?*

#### A1. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

213

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

#### A2. PADRÕES DE AMIZADE ADOLESCENTE

214



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

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</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><i>vezes em que não trabalhou foi devido a problemas pessoais?)</i></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>	6 Até Três Anos (60% Do Tempo)
	7 Até Quatro Anos (80% Do Tempo)
	8 Até Quase Cinco Anos
	9 Não Trabalhou

## PARTE B – VISÃO GERAL DO DISTÚRBO PSÍQUICO PASSADO

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

Faça perguntas acerca de qualquer Distúrbio Psiquiátrico corrente.

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

Se é um doente com dificuldades de longa data: *Gostaria que nos 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**

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

**B2. NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS**

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

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

<i>Alguma vez (outras) achou ou outras pessoas acharam que necessitava de ajuda devido aos seus sentimentos, nervos ou</i>	0 Sem Informação
--	------------------

<i>maneira como se comportava?</i>	1 Nunca Hospitalizado
	2 Menos De 3 Meses
Determinar idade, duração, circunstâncias e sintomas...	3 Menos De 6 Meses
	4 Menos De 1 Ano
	5 Menos De 2 Anos
	6 Menos De 5 Anos
	7 5 Anos Ou Mais

### EPISÓDIOS DE DOENÇA COM SÍNDROME MANÍACO OU DEPRESSÃO MAJOR:

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

<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>	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
<i>E períodos em que se sentiu muito irritável ou em que se aborrecia facilmente?</i>	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

Durante o período mais grave...	Sem Informação	Não	Sim	
<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

Foi hospitalizado? Estava tão excitado que era quase impossível manter uma conversa consigo?	O Sem Informação 1 Não, Avance Para D
--	--

<i>Isso causou problemas com as pessoas, com a sua família, no seu trabalho, ou nas suas outras atividades habituais?</i>	2 Sim
---	-------

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

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

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

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

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

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

*Teve visões ou viu coisas não visíveis às outras pessoas?*

*Teve cheiros estranhos ou sensações estranhas no seu corpo?*

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

- Se não existem outros sinais de outras fontes de informação que 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 (apendix) ao longo do dia e durante vários dias ou intermitentemente durante o período de uma semana.	X	1	2	240
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário 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... <i>Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			248-49-50-51
Idade no último período de síndrome maníaco, 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 maníaco			258-60-61-63
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			264-66-67-69
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISODIOS			
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
Alucinações (de inquérito prévio)...	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 SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS

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

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

<p><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></p> <p><i>Sentiu-se irritado ou facilmente perturbado?</i></p>	<p>0 Sem Informação, Inseguro, Reacção</p> <p>1 Não Avance Para E</p> <p>2 Sim</p>
---	--

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

<p><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-</i></p>	<p>0 Sem Informação</p>
--	-------------------------

se de modo diferente com as pessoas, a sua família, no emprego ou na escola?	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-AFECT. TIPO DEP.

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

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

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

Se não existem sinais de nenhuma das fontes de informação que sugiram 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	

Delírio de ser controlado, difusão de pensamento, inserção...  <i>Quando estava deprimido teve a sensação que estava sobre o controle de alguma força ou poder, para além de si?; Como se fosse um robot e sem vontade própria?; Ou que foi forçado a fazer movimentos ou fazer coisas sem o desejar?; Ou pensar coisas, ou ter impulsos que não lhe eram próprios?</i>  <i>Sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de modo que as pessoas sabiam em que pensava, ou que os pensamentos lhe eram postos na sua cabeça não sendo seus, ou que os pensamentos lhe eram roubados por alguma força externa?</i>	X	1	2	341
Alucinações não-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 Esquizo-afetivo 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...			351-52-53-

<i>Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			54
Idade no último episódio, se existiu mais do que um... <i>Quando foi a última vez que esteve...?</i>			355-56-57-58
Atualmente 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</i> <i>Um período de pelo menos uns dias em que esteve hipo ou maníaco (com ou não critério total de Síndrome Maníaco)</i> <i>...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

<p>...Esteve incapaz de trabalhar (ir a escola, tomar conta de casa) alimentar-se, vestir-se ou limpar-se?</p> <p>Gestos suicidas ou tentativas...Durante...tentou alguma vez matar-se?</p>	Sim	Sim	424-25
<p>Associação com gravidez ou nascimento (no espaço de 2 meses)...</p> <p>Estava grávida ou tinha acabado de dar à luz?</p>	Sim	Sim	426-27
<p>Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona)...</p> <p>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</p> <p>Se SIM descreva o tratamento somático e as drogas usadas:...</p>	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 episódio 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 físico
- Estes episódios ou períodos de Psicose serão mais tarde categorizados como Esquizofrenia ou Psicose não-específica Funcional, Psicose de transição situacional, Estados Paranóides, Psicose Histérica e episódios tipo Esquizofrênico 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 SEGUINTES 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>	X	1	2	440



Se ainda não é sabido, questione acerca de delírios múltiplos ou bizarros... -Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilísticos ou outros sem conteúdo persecutório ou de ciúme durando pelo menos uma semana...				
Delírios de qualquer tipo se acompanhados de alucinações de qualquer tipo durante pelo menos uma semana...	X	1	2	441
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário contínuo acerca dos comportamentos ou pensamentos do sujeito à medida que eles ocorrem ou em que duas ou mais vozes conversam entre elas...	X	1	2	442
Alucinações verbais não-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 <i>Avance para G</i> 2 SIM				447

F2- SE TEVE UM DOS NOVE TIPOS DE SINTOMAS ENUMERADOS ACIMA, O PERÍODO DA DOENÇA (NÃO NECESSARIAMENTE OS SINTOMAS ESPECÍFICOS) DUROU PELO MENOS DUAS SEMANAS  
448

0 SEM INFORMAÇÃO, OU SEM CERTEZA

1 DURAÇÃO DE MENOS DE 2 SEMANAS

2 DURAÇÃO DE PELO MENOS 2 SEMANAS

### PARTE G – CARACTERÍSTICAS DA PSICOSE NÃO-AFECTIVA NÃO-ORGÂNICA

Para qualquer episódio em que ocorreu pelo menos um dos sintomas enumerados no critério 1 e que durou pelo menos 2 semanas, o diagnóstico é de esquizofrenia. Para qualquer episódio que não obedeça a estes 2 critérios, o diagnóstico é de Psicose Funcional Inespecífica. Anote a seguinte informação para episódios de Esquizofrenia ou de Psicose Funcional Inespecífica (ou ambos). Escreva um número ou faça um 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... <i>esteve hospitalizado?</i>	Sim	Sim	475-513
Recebeu tratamento somático (ECT, medicação)... <i>recebeu algum tratamento para...?</i>	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	Sim	Sim	528-29

por pelo menos 1 mês...			
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 catatónico óbvio...	Sim	Sim	542-43
Outro comportamento bizarro grosseiro...	Sim	Sim	544-45
Tentativa de suicídio ou gesto...	Sim	Sim	546-47
Incapacitado. Incapacidade para continuar alguma 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-crónicos ou crónicos

0 Não Aplicável

1 Esquizofrenia Aguda

2 Esquizofrenia Sub-Aguda

3 Esquizofrenia Sub-Crónica

4 Esquizofrenia Crónica

## PARTE H – ALCOOLISMO

Existem dois critérios

H1- TEVE PELO MENOS DOIS DOS ITENS 553-571
---

	Sem Informação	Não	Sim	
Como têm sido os seus hábitos de bebida? <i>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
Quando bebia em que quantidade o fazia? <input type="checkbox"/> Faça questões adicionais se necessárias. Se não existam sinais que sugiram problemas com álcool marque aqui e avance para Abuso de Drogas ou Dependência 556				
<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:	<p><input type="checkbox"/> Narcóticos: Heroína, Morfina, Ou Outros 618</p> <p><input type="checkbox"/> Substâncias Tipo Anfetamina 619</p> <p><input type="checkbox"/> Cocaína 620</p> <p><input type="checkbox"/> Sedativos, Hipnóticos, Tranquilizantes 621</p> <p><input type="checkbox"/> Derivados De Cannabis 622</p> <p><input type="checkbox"/> Alucinogeneos (Lsd...) 623</p> <p><input type="checkbox"/> Solventes (Cola...) 624</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p>

	1 NÃO Avance para K 2 SIM	
Tem um problema corrente com drogas...	SIM	626
Idade do primeiro problema com drogas...		627-28
Idade em que para de tomar drogas em grande quantidade (deixar em branco se usou muita droga no espaço de 6 meses)		629-30

PSICOPATOLOGIA NÃO ASSOCIADA COM EPISÓDIOS DE MANIA OU SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR OU PSICOSE NÃO-AFECTIVA NÃO-ORGÂNICA COMO DESCRITA PREVIAMENTE  
631

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

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

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

#### PARTE J- EPISÓDIOS HIPOMANIÁCOS

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

Existem 2 critérios:

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

Se teve Síndrome Maníaco: <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>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para K 2 Teve Período(s) Quando o Humor Estava Irritável Mas Nunca Com Humor Elevado
Se não teve Síndrome Maníaco: <i>Alguma vez teve um período que durasse pelo</i>	

<i>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>	3 Teve Período(s) Com Humor Elevado
---	-------------------------------------

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 = Se Eufórico, critério = 2 ; Se apenas Irritável, critério = 3				641
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 hipomaníaco				645 -46
Duração do período hipomaníaco mais longo em semanas				647 -49
Correntemente num episódio que inclui períodos de hipomania			SIM	650
Se SIM duração em semanas do período presente de hipomania				651



**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...  
657

SIM

### 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	
<b>GRUPO I</b> - 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
<b>GRUPO II</b> - Perda de sensações, perda de voz e incapaz de murmurar, problemas em caminhar, ou outras conversões pseudo-neurológicas, ou reacções dissociativas.. . <i>Alguma vez perdeu as sensações ou esteve incapaz de sentir qualquer coisa (associado ou não com paralisia), ou perdeu a voz, ou esteve incapaz de sequer murmurar (mas não apenas rouquidão), problemas em caminhar ou paralisia- incapacidade para se mover (não devida a dor ou paralisia), ou cegueira (completa ausência de percepção da luz durando mais de um instante), convulsões, ataques, desmaios, ou períodos de inconsciência em que não consegue recordar-se do que lhe aconteceu ou que fez (não associado com álcool ou drogas)?</i>	X	1	2	660

<b>GRUPO III</b> - Dores abdominais ou vômitos (sem gravidez).. <i>Alguma vez teve dores abdominais ou vômitos?</i>	X	1	2	661
<b>GRUPO IV</b> - Dismenorreia, irregularidade menstrual, excesso de fluxo menstrual (julgados pelo sujeito como ocorrendo mais frequentemente ou com mais gravidade do que na maioria das mulheres)... <i>Sentiu-se frequentemente tão incomodada por dores menstruais que fazia com dificuldade o seu (trabalho, trabalho doméstico, cuidados com as crianças, actividades de tempo livre)?</i> <i>Faltaram-lhe mais do que dois períodos seguidos várias vezes (excluindo gravidez, ou primeiro ano depois da menarca ou menopausa)?</i> <i>Sentiu-se alguma vez perturbada por excessivo fluxo sanguíneo?</i>	X	1	2	662
<b>GRUPO V</b> - Indiferença sexual (falta de interesse em relações sexuais), falta de prazer ou dor durante o coito (na maior parte da vida depois de ter oportunidade para uma vida sexual)... <i>Tem-se sentido habitualmente desinteressado por sexo, ou incapaz de sentir prazer nas relações sexuais com ou sem orgasmo), ou tem sentido dor durante o coito?</i>	X	1	2	663
<b>GRUPO VI</b> - Dores nas costas, dores nas articulações, dores nas extremidades, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas <i>Tem-se sentido incomodado por dores nas costas, nas articulações, nas pernas e nos braços, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas?</i>	X	1	2	664
Critério para Mulheres - Ter 1 manifestação em pelo menos 5 dos 6 grupos	SIM			665
Critério para Homens - Ter 1 manifestação em pelo menos 4 dos 6 grupos	SIM			666
Vai de encontro aos 2 critérios para Distúrbio de Briquet (Distúrbio de Somatização) (Avance para Distúrbio de Pânico)	SIM			667
<input type="checkbox"/> Se vai de encontro aos critérios de Personalidade Ciclotímica, marque aqui e avance para Distúrbio de Pânico				668

### PARTE M- PERSONALIDADE LÁBIL

Sujeitos nesta condição podem ter outras condições episódicas sobrepostas

Esta condição deve ser distinguida da Personalidade Ciclotímica, Distúrbio de Briquet, Distúrbio Depressivo 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

<p>[Se teve Síndrome Depressivo Major: Já me falou acerca daquelas (número) vezes em que esteve (descrição dos períodos de Síndrome Depressivo Major)]</p> <p><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></p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</p> <p>1 Não Avance Para N</p> <p>2 Sim</p>
---	--

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>
<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...</p>	<p>SIM 715</p>

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

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

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?... tomou medicação?... agiu de modo diferente com as pessoas, família ou no emprego?</i>	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

Precisou de ser tranquilizado ou ajudado por alguém (dependência ou exigência)?	X	1	2	731
Sentir pena de si próprio (auto-piedade)?	X	1	2	733
Queixas físicas que não pareciam ser causadas por nenhuma doença física em particular?	X	1	2	734
Teve pelo menos 2 sintomas	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			
Durante quanto tempo se sentiu assim ao longo dos últimos 2 anos?				
Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Depressiva Minor e não encontra os critérios de Personalidade Ciclotímica, Desordem Depressiva Intermitente ou Personalidade Lábil	1 Sim, Episódico 2 Sim, Crônico, 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

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

Sentiu-se perturbado por se sentir deprimido ou em baixo a maioria do tempo (nos	0 Sem Informação Ou Sem Certeza
--	---------------------------------

2 anos passados ou nos 2 anos anteriores a...)?  Durante quanto tempo se sentiu assim?	1 Não Avance Para P  2 Sim
--	----------------------------------

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 SEGUINTES**

	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 (parastesias)?</i>	X	1	2	763
<i>Suores?</i>	X	1	2	764
<i>Desmaios?</i>	X	1	2	765
<i>Tremer 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 PERÍODO 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 episódio mais longo em semanas	813-15
Correntemente num episódio	SIM 816
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas...	1 Igual situação ou tipo na maioria dos ataques 820
Situações estimuladoras para evocar ataques de pânico...	2 Não claramente 1 ou 3 3 Sem tipo particular de situação
<input type="checkbox"/> Se teve Desordem de Briquet marque aqui e avance para Desordem Ansiosa Generalizada e vá para Desordem Obsessiva Compulsiva	821

#### PARTE Q- DESORDEM DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Existem 3 critérios

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

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

Q2-HUMOR ANSIOSO ASSOCIADO COM PELO MENOS UM DOS SINTOMAS

<i>Durante o período mais grave foi perturbado por</i>	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Dificuldade em adormecer?</i>	X	1	2	823
<i>Suores, corar, tonturas, palpitações ou falta de ar?</i>	X	1	2	824
<i>Tensão muscular ou tremores?</i>	X	1	2	825
<i>Grande preocupação a maior parte do tempo acerca de coisas que podem acontecer?</i>	X	1	2	826
<i>Agitação contínua ou incapacidade de se sentar quieto?</i>	X	1	2	827
Teve pelo menos um dos sintomas quando Ansioso	1 NÃO Avance para R 2 SIM			828

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

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

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

### PARTE R- DESORDEM OBSESSIVA COMPULSIVA

Existem 2 critérios

#### R1-TEM OBSESSÕES OU COMPULSÕES

<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	1 Obsessões 2 Compulsões 3 Nenhum Deles (Ou Ambos Com Igual Gravidade)	

### PARTE S- DESORDEM FÓBICA

Existem 2 critérios:

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

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

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

<i>Que efeito teve isto em si?</i>	
<i>Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para T 2 Sim
<i>Os (sintomas fóbicos) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?</i>	
Vai de encontro aos 2 critérios de Desordem Fóbica	SIM 856
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	857-58

Duração do episódio mais longo em semanas	859-861
Correntemente vai de encontro ao critério	SIM 862
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas	863-65
Tipo de Fobia (marque a mais predominante):	1 AGORAFOBIA 2 FOBIAS SOCIAIS 3 FOBIAS SIMPLES 4 FOBIAS MISTAS

**PARTE T- PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL**

Existem 4 critérios

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

	Sem Informação	Não	Sim	
<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> (SIM, se muito precoce ou se comportamento sexual agressivo)?	X	1	2	918
Teve pelo menos 3 itens e pelo menos 1 antes dos 15 anos	1 NÃO Avance para U 2 SIM			919

## T3- TEVE PELO MENOS 2 SINTOMAS ANTES DOS 15 ANOS

Desde a idade dos 15 anos...	Sem Informação	Não	Sim	
<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</i>	X	1	2	925

<i>para lugar sem planos prévios (para além das férias)?</i>				
Teve pelo menos 2 sintomas	1 NÃO Avance para U			926
	2 SIM			

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

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

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

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

As questões seguintes são acerca das suas atitudes habituais e comportamentos durante a maioria da sua vida.	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

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

U3-PERSONALIDADE, ALEGRE, OPTIMISTA, ENTUSIASTICA, 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 Paranóide) Especificar _____		932
Suspeita-se de uma ou mais desordens mas os sintomas são mínimos para completar os critérios Especificar _____		933
A ordem cronológica de classes de sintomas importantes não é conhecida ex: alcoolismo e alucinações: desconhecimento do que apareceu primeiro		934
A informação existente sobre a fenomenologia é inadequada para estabelecer um diagnóstico específico		935
Um fator orgânico conhecido é provavelmente a causa etiológica ex: abuso de álcool, intoxicação por anfetaminas, ingestão de alucinogéneos, febre		936
Pelo menos um destes critérios é verdade 1 Não Passar para Traços Esquizofrénicos 2 Sim		

O estado foi de gravidade suficiente para resultar na procura ou recomendação de procura de ajuda, tomar medicação (que não sejam hipnóticos ocasionais para a insónia), ou causou impedimento de funcionar socialmente, com a família, em casa, na escola, no trabalho	0 Sem informação ou sem certeza: Passar para Traços Esquizofrénicos 1 Não: Passar para Traços Esquizofrénicos 2 Sim	938
Reúne os 2 critérios para Outras Desordens Psiquiátricas	Sim	939
Idade do primeiro episódio ou idade em que se tornou visível		940
Correntemente num episódio	Sim	942
Se sim, duração em semanas _____	se se aplicar à maior parte da vida classificar com	999

## PARTE W- TRAÇOS ESQUIZOFRÉNICOS

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

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

registar a maioria dos itens.

	Sem Informação	Não	Sim
Ilusões recorrentes, sentir a presença de uma pessoa ou presença não presentes na realidade (“sinto que a minha mãe que já morreu está comigo”), suspeita de alucinações, ou períodos de 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"> <li>1. Esquizofrenia (não agora mas Tipo Residual)</li> <li>2. Perturbação Esquizo-afectiva</li> <li>3. Perturbação de Pânico</li> <li>4. Perturbação Fóbica</li> <li>5. Perturbação Obsessivo-Compulsiva</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Sem informação, sem certeza, ou nunca teve uma Desordem Depressiva Major 953  <input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major <u>não</u> foi precedido pelas desordens listadas ao lado 954
---	--

<p>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>	<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 961</p> <p>1 Não Passa para o funcionamento social</p> <p>2 Sim</p>
<p>Número de gestos ou tentativas</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 + 962</p>

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

<p>Tentativa de suicido no período de tentativa mais séria</p> <p>Determinar as circunstâncias e grau de seriedade da tentativa considerando 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 953</p> <p>1 Obviamente sem intenção, meramente manipulativo</p> <p>2 Com hesitação ou intenção mínima</p> <p>3 Definitivo mas muito ambivalente</p> <p>4 A sério</p> <p>5 Muito a sério</p> <p>6 Extremo (cuidadosamente planeado e com expectativa</p>
---	---

de morte)

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

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

**PARTE Z- COMPORTAMENTO SOCIAL**

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

Durante os 5 anos passados, quando foi o período em que mais se relacionou socialmente com as outras pessoas?  <i>Até que ponto se relacionou socialmente com amigos ou com outras pessoas?</i>  <i>E visitas ou receber pessoas em casa?</i>  <i>E actividades na igreja, clube ou jogos?</i>  <i>Com quem se encontra?</i>  <i>Até que ponto lhes é próximo?</i>  <i>Consideraria algum deles como amigo íntimo - alguém que pudesse realmente confiar?</i>	0 sem informação ou sem certeza	
	1 superior, muitos amigos especiais e saídas	
	2 muito bom; alguns amigos, algumas saídas	
	3 bom; 1 ou 2 amigos, saídas pouco frequentes	
	4 suficiente; um amigo próximo, saídas raras	
	5 pobre; sem amigos especiais, poucos contactos	
	6 muito. pobre, sem amigos especiais, contactos raros	
	7 muito inadequado sem contactos	
	<input type="checkbox"/> características de funcionamento durante a maior parte da sua vida	966
	<input type="checkbox"/> aparentemente como resultado da deterioração do funcionamento	967

**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 minimos; bom func.</p> <p>2 ausente ou sintomas minimos; func. diminuido</p> <p>3 alguns sintomas medios; algumas dificuldades func. 4 sintomas moderados; func.com dificuldade</p> <p>5 alguns sintomas serios; grande diminuição de func.</p> <p>6 diminuição grave em várias áreas</p>
---	---

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

<p><i>Durante o mês passado quando e que se sentiu pior?</i></p> <p><i>Quanto tempo durou?</i></p> <p><i>O que e que o preocupava nessa altura? E acerca do seu humor, trabalho, e vida social?</i></p> <p><i>Até que ponto se tornou mau?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem certeza</p> <p>1 ausente ou sintomas minimos</p> <p>2 sintomas minimos; ligeiro disfuncionamento</p> <p>3 sintomas médios; humor depressivo e insónia média</p> <p>4 sintomas moderados; func. geral com alguma dificul.</p> <p>5 alguns sintomas sérios de disfuncionamento</p> <p>6 disfuncionamento major em várias áreas</p>
--	---

**RESULTADOS DE DOENÇAS ANTERIORES**  
970

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

<i>melhor?</i>	3 resíduos consideráveis 4 deterioração marcada
----------------	--

<b>CORRENTEMENTE</b> 971	<b>SEM</b>	<b>DOENÇA</b>	<b>MENTAL</b>
-----------------------------	------------	---------------	---------------

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)
--	--

<b>NUNCA</b> 972	<b>DOENTE</b>	<b>MENTAL</b>
---------------------	---------------	---------------

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)
--	---

<b>GRAU DE CONFIANÇA E CERTEZA DA INFORMAÇÃO OBTIDA NESTA ENTREVISTA</b> 973
---

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

<b>FONTES DE INFORMAÇÃO</b>
-----------------------------

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



## **Anexo A10**

NEO Five – Factor Inventory (NEO-FFI – Versão reduzida)



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

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

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

18. Acredito que, deixar os alunos ouvir as pessoas com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
19. Prefiro colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as suas obrigações.					
21. Muitas vezes, sinto-me tensa(o) e enervada(o).					
22. Gosto de estar onde está a 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.					

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



## Anexo A11

Código





B

1	2	3	4	5	6	7	8	9
÷	)	+	+	7	v	c	÷	7

Exemplo																				
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	6	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	6	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



## **Anexo A12**

### Memória de Dígitos



# 11. Resqueira de Símbolos

Intermitente após 120 segundos

	1-9 Parte A	0-9 Parte B
Tempo limite	120"	120"
Tempo		
Desperdiço		
2ª de teste cooperativo		
2ª de teste não-cooperativo		
Porcentagem total (média) (média = 42)		

# 12. Memória de Dígitos

Administração: Após 2 sessões de teste (10m), procure quando o Estado 1 e 2 tem condições Intermitentes Após 2 interrupções consecutivas. Administração de Dígitos em Estado Inverso Inclusive quando o sujeito obtiver uma pontuação de 0 nos Dígitos em Estado Direto.

Exemplos	Dígitos em Estado Direto		Pontuação
	Exemplo 1 / Resposta	Exemplo 2 / Resposta	
1	2-9	4-0	
2	1-8-3	0-1-2	
3	3-2-1-7	0-1-0-0	
4	8-4-2-3-9	5-2-1-0-0	
5	1-8-9-1-7-4	7-0-0-4-0-3	
6	5-1-7-4-2-3-0	0-0-2-1-0-2	
7	1-6-4-0-9-7-0-0	2-1-7-0-0-1-0-2	
8	0-0-0-7-1-2-4-0-0	4-2-0-0-1-7-0-0-0	

Totais Dígitos em Estado Direto (média = 18)

Exemplos	Dígitos em Estado Inverso		Pontuação
	Exemplo 1 / Resposta	Exemplo 2 / Resposta	
1	0-2	0-0	
2	0-7-4	2-0-0	
3	7-0-9-0	0-4-0-3	
4	4-1-3-5-7	0-7-0-0-2	
5	1-0-0-2-9-0	0-0-2-1-0-4	
6	0-0-0-2-3-4-2	4-0-7-0-2-0-1	
7	0-0-1-0-3-2-1-0	0-1-7-0-0-4-0-2	

Totais Dígitos em Estado Inverso (média = 10)

Porcentagem Total (média = 50)

# 13. Labirintos

Intermitente após 2 tentativas consecutivas, exatidão o Labirinto 1. A os testes com 100% exatidão e sem administração de Labirintos 1 e 2 em caso de sucesso ou sucesso parcial de Labirinto 4. Caso o teste exatidão 0 pontos no Labirinto 4, teste e administração de Labirinto Exatidão e administração de Labirinto 1 e 2.

Labirinto	Tempo Limite	Tempo Desperdiço	Médias de erro	Exatidão	Pontos
1-3 Exemplos	30"			2ª sessão 1 erro 0 pontos	
1	30"			2ª sessão 1 erro 0 pontos	
1	30"			2ª sessão 1 erro 0 pontos	
1	30"			2ª sessão 1 erro 0 pontos	
2-10	30"			2ª sessão 1 erro 0 pontos	
2	30"			2ª sessão 1 erro 0 pontos	
3	45"			2ª sessão 1 erro 0 pontos	
4	60"			2ª sessão 1 erro 0 pontos	
5	120"			2ª sessão 2 erros 1 erro 0 pontos	
6	120"			2ª sessão 1 erro 0 pontos 1 erro 0 pontos	
7	180"			2ª sessão 1 erro 0 pontos 1 erro 0 pontos	
8	180"			2ª sessão 1 erro 0 pontos 1 erro 0 pontos	
9	180"			2ª sessão 1 erro 0 pontos 1 erro 0 pontos	
10	180"			2ª sessão 1 erro 0 pontos 1 erro 0 pontos	

Porcentagem Total (média = 50)

Sugestões para o teste de Labirintos: - Capitulo 6 do Manual. Média = 15.

- 1. As seguintes recomendações podem ser fornecidas, não sendo obrigatórias, mas cada uma delas se poderá ser feita para os doadores de administração de labirintos:
  1. Não comece com "1" sempre para o centro 9 quadrado;
  2. Não pule por um abrevi de uma parede;
  3. Não pule. Contorne as encostas e volte. Não volte por a parede;
  4. Não comece sempre no Centro e por aí, desde que não se possa atingir o centro através de caminhos e para para sempre.

Atual

Copyright 1987, 1991 by The Psychological Corporation, U.S.A.  
 Copyright de publicação 1987 por O psicólogo S.P.A. Ltda., Portugal  
 Tradução e adaptação por este instituto.  
 Lisboa 170000-000, Av. António Augusto de Aguiar nº 117, 1050-017 Lisboa.  
 Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou nome, sem a autorização da administração de testes psicológicos. No entanto, esta reprodução não constitui um ato de violação de direitos. Sem prejuízo de todos os direitos de propriedade intelectual e de todos os direitos de publicação de testes psicológicos.



Secção de Inteligência de Wechsler para Crianças - Testes de Inteligência

Atual



## **Anexo A13**

### Memória Lógica





2

Memória Lógica I



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



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

História



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

História A	Cotação		Critério de Cotação	
	Unidade de História	Unidade Temática		
Maria	0	1	É necessário referir Maria.	
Lopes,	0	1	É necessário referir Lopes.	
que vive no Lumiar	0	1	Lumiar (em qualquer contexto).	
em Lisboa	0	1	Lisboa (em qualquer contexto).	
		0	1	Indicação de que a protagonista é do sexo feminino.
e que trabalha	0	1	Indicação de que tem um trabalho.	
como cozinheira	0	1	É necessário referir cozinheira, ou outra forma da palavra.	
no refeitório	0	1	É necessário referir refeitório ou sinónimo.	
de uma escola,	0	1	É necessário referir escola ou sinónimo.	
		0	1	Indicação de que a protagonista está empregada ou a trabalhar.
queixou-se	0	1	Indicação de que foi feita uma queixa formal à autoridade (em qualquer contexto).	
na esquadra	0	1	Esquadra (em qualquer contexto) ou uma palavra ou frase que indique que é uma esquadra da polícia.	
da polícia	0	1	Polícia (em qualquer contexto).	
de ter sido assaltada	0	1	Indicação de que foi assaltada.	
na Avenida da Liberdade,	0	1	Na Avenida da Liberdade (em qualquer contexto).	
na noite anterior,	0	1	Indicação de que o assalto ocorreu 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 à 40 e inferior à 60 euros.	
		0	1	Indicação de que a protagonista queixou-se de ter sido roubada.
Tinha quatro	0	1	É necessário referir o número quatro, juntamente com a indicação de que se trata de crianças com suas.	
filhos pequenos.	0	1	É necessário referir filhos pequenos ou sinónimo.	
		0	1	Indicação de que a protagonista tem filhos.
a renda por pagar	0	1	Uma frase indicando que tem a renda do casa por pagar.	
e não comiam	0	1	Indicação de que as crianças ou família estavam sem comer (sem comida).	
há dois dias.	0	1	É necessário referir dois dias, ou uma frase que indique cerca de dois dias.	
		0	1	Indicação de que as personagens encontram-se necessitadas e precisam de ajuda.
A polícia,	0	1	Uma palavra ou frase indicando um ou mais elementos 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 peditório	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

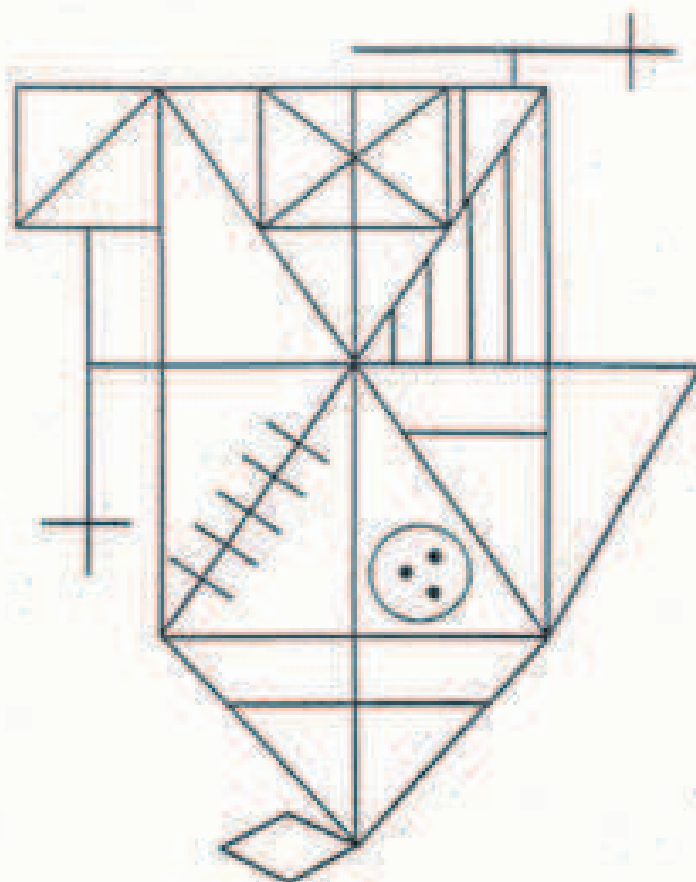
**História A**  
Pont. Evocação Unid. Temáticas  
Mínimo = 0 Máximo = 7



## **Anexo A14**

Figura Complexa de Rey





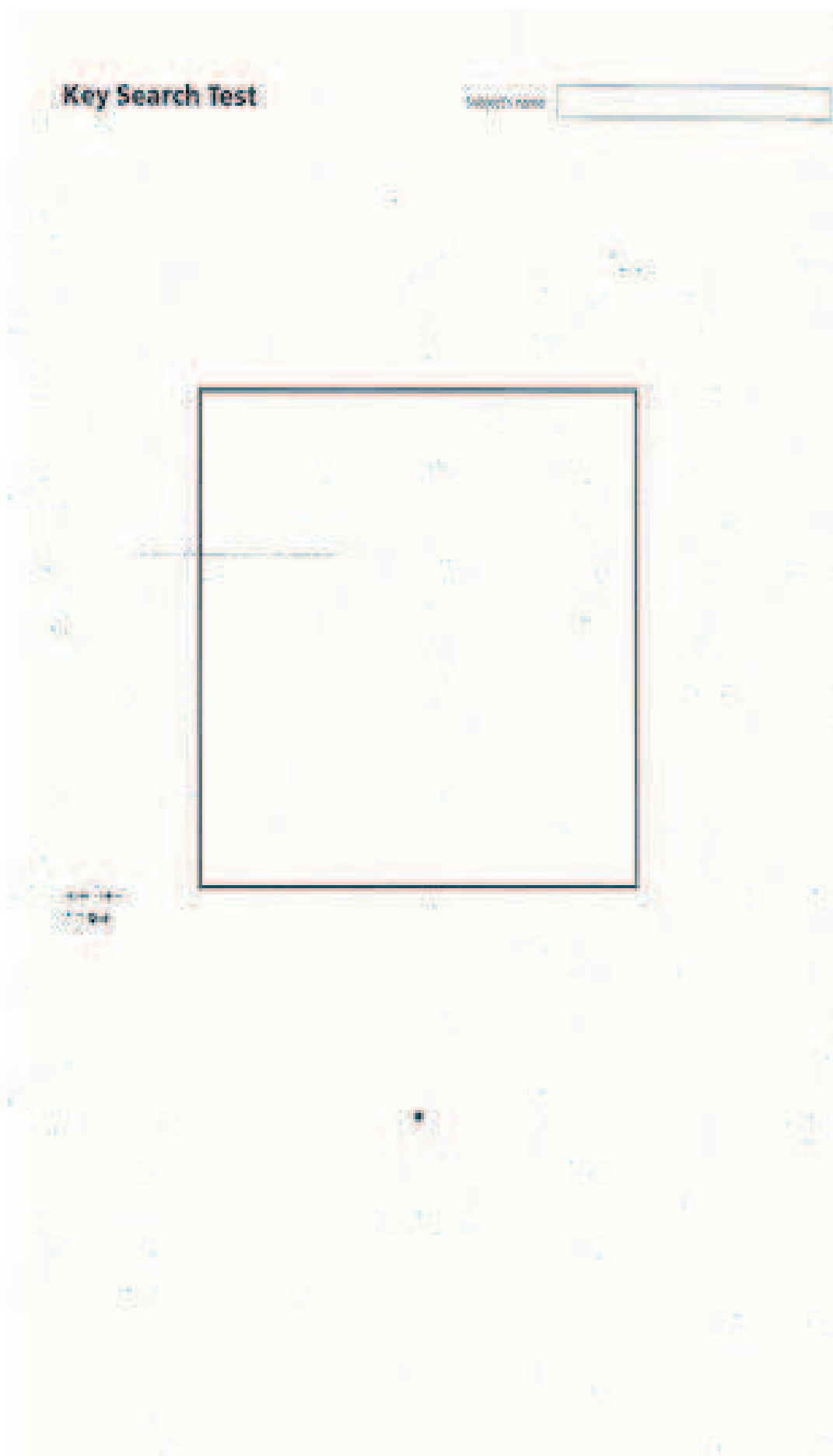


## **Anexo A15**

Procura da Chave







## **Anexo A16**

Teste de Cores e Palavras (STROOP)



↓	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 Broderick Co., 820 Wheel Lane, Wood Dale, Illinois 60191 USA.  
 Copyright de adaptação portuguesa © 2013 by DEGOO TEA, Lisboa, Portugal. Todos os direitos reservados.  
 PROIBIDA a reprodução, total ou parcial, em qualquer forma de meio, incluindo fotógrafa, gravada ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação, sem autorização escrita do editor. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.  
 ESTE MATERIAL NÃO DEVE SER REPRODUZIDO, SE NÃO EM RESPOSTA ÀS PERGUNTAS E RESPOSTAS A SEREM USADAS EM UMA REPRODUÇÃO LOCAL. 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 © 1991 by Sterling Co., 520 Walnut Lane, Wood Dale, Illinois 60191 USA  
 Copyright de edição portuguesa © 2011 by CECOP-ISA, Lisboa, Portugal. Todos os direitos reservados.  
 PROIBIDA a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação sem autorização escrita do editor. As informações aqui publicadas não devem ser tomadas em ação.  
 Este trabalho está também à venda, de um modo diferente, sob o título "Aprender a ler com o método CECOP", R\$ 4,90 (quatro reais e noventa centavos).

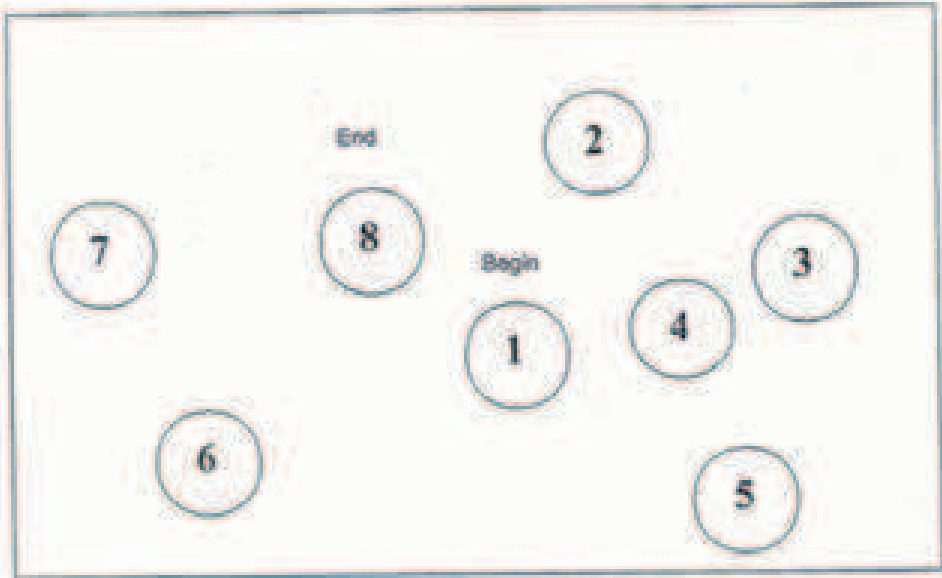
## **Anexo A17**

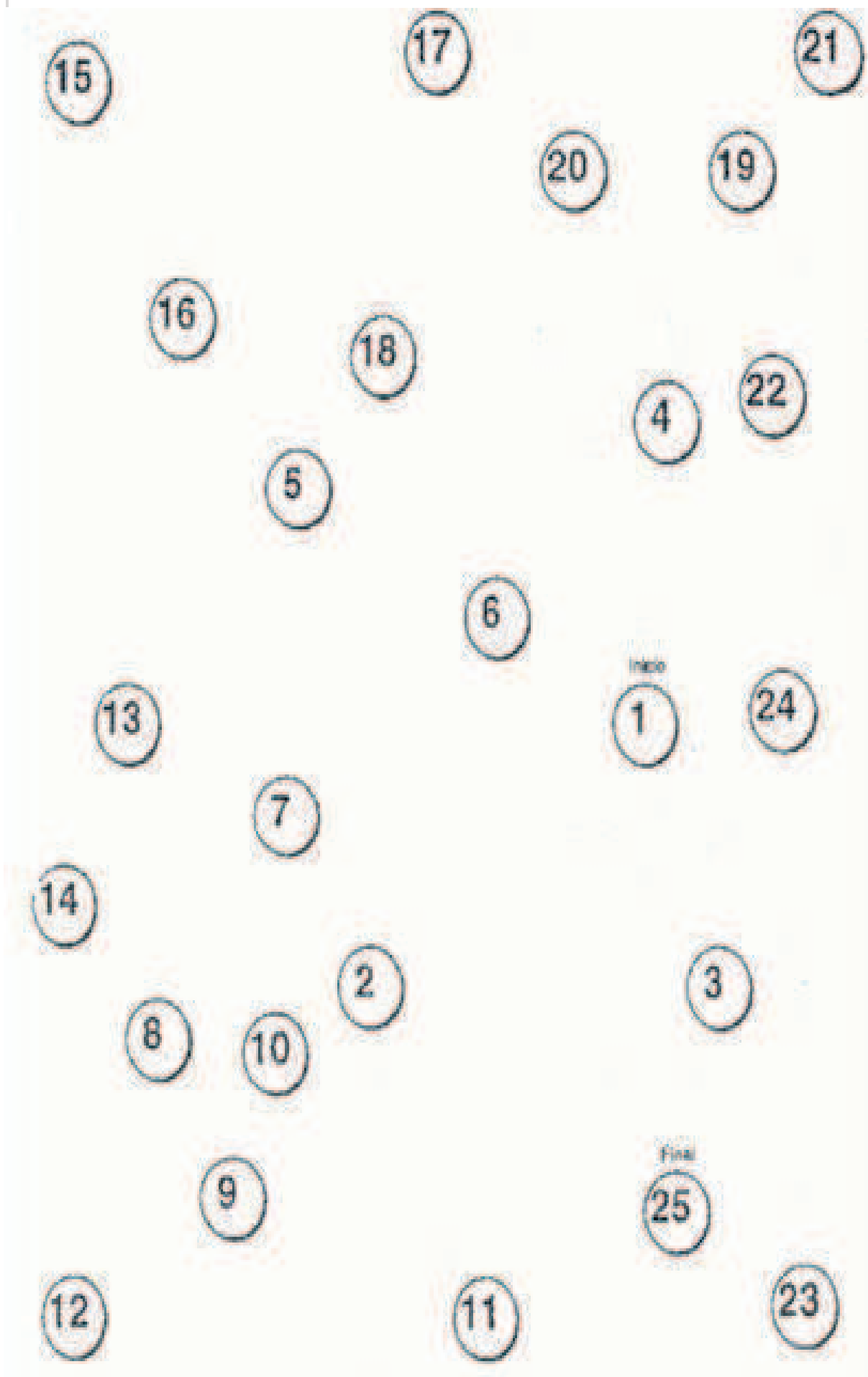
Trail Making Test (TMT)

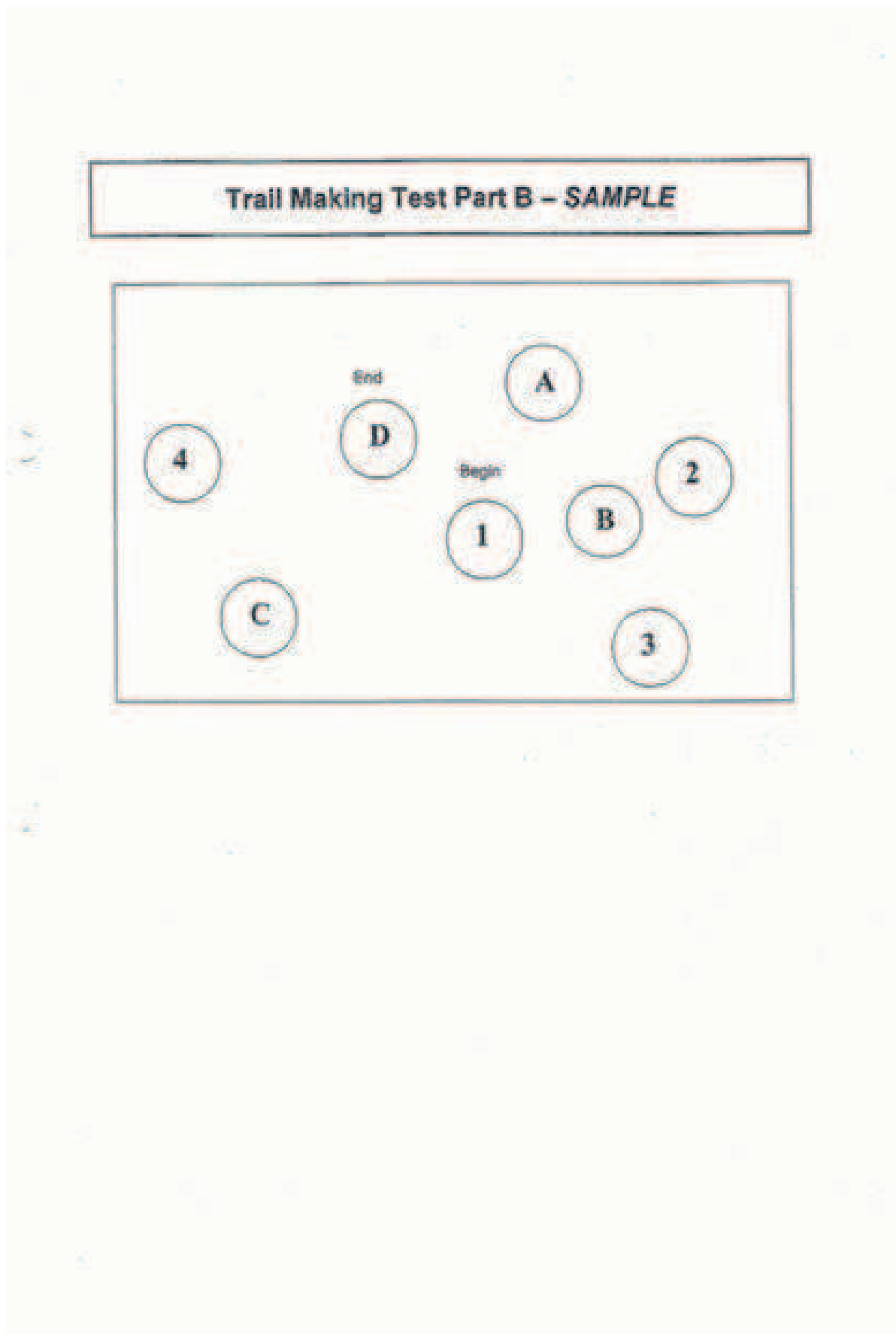


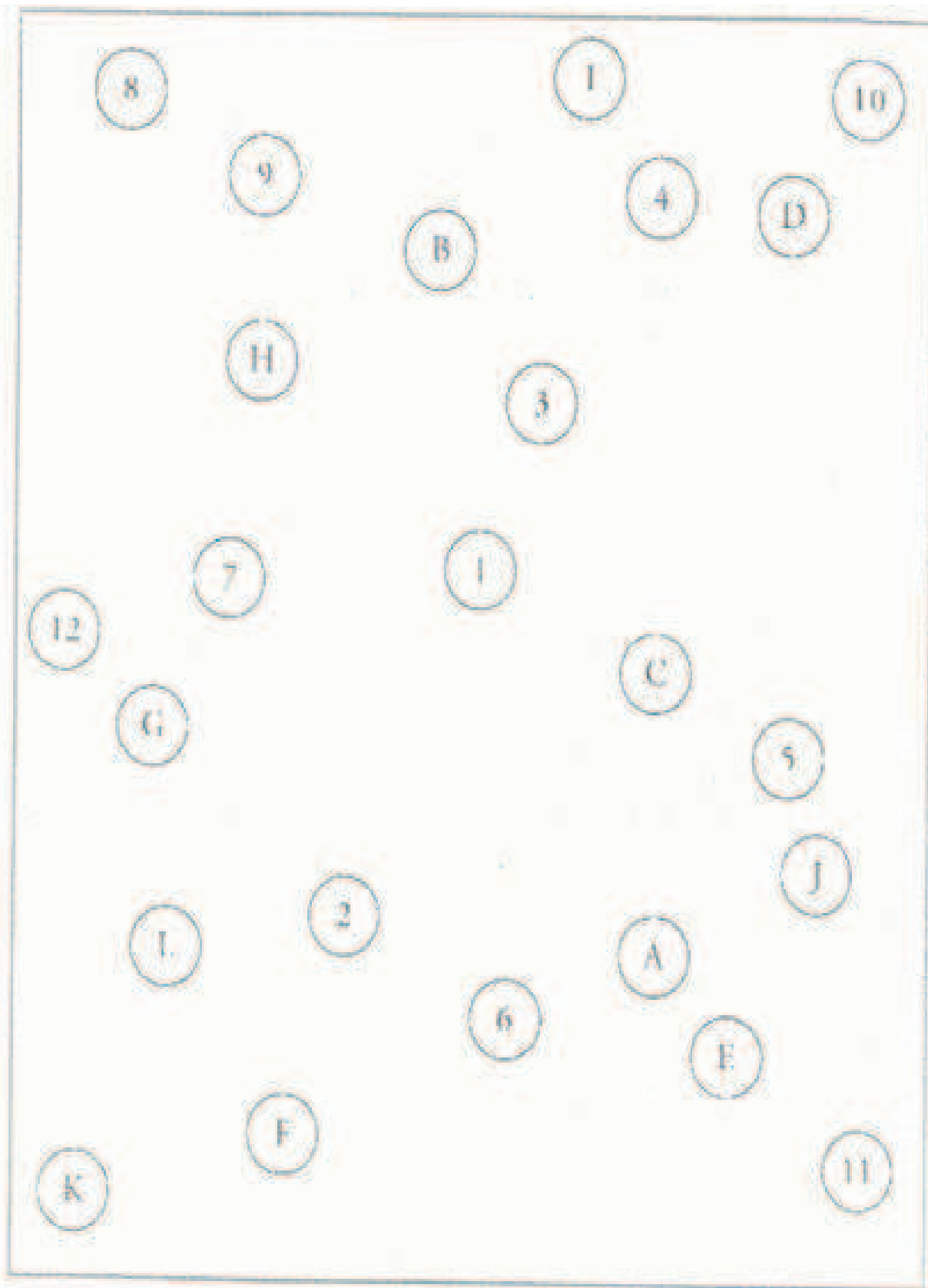


**Trail Making Test Part A – SAMPLE**









## **Anexo B**

Artigo submetido à revista *Circulation*



## **Neurocognitive profiles in adults with congenital heart disease and their relation to socio-demographic, neonatal, clinical, and psychosocial adjustment variables**

ME Areias<sup>1, 2</sup>, B Peixoto<sup>1, 3</sup>, I Santos<sup>1, 4</sup>, L Cruz<sup>1, 4</sup>, A Regadas<sup>1, 4</sup>, AC Pinheiro<sup>1, 4</sup>, H Monteiro<sup>1, 4</sup>, S Araújo<sup>1, 4</sup>, T Carvalho<sup>1, 4</sup>, J Miranda<sup>2, 5</sup>, C Moura<sup>2, 5</sup>, J Soares<sup>1, 4</sup>, V Viana<sup>5, 6</sup>, J Quintas<sup>7</sup>, JC Areias<sup>2, 5</sup>

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

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

The total word count of the manuscript = 4177 words

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

**Abstract:**

**Background:** The objectives of this study were: to assess the neuropsychological performance of adolescents and young adults with Congenital Heart Disease (CHD) comparing them with a group of healthy controls and to determine whether there are different neurocognitive phenotypes in CHD and identify its relation to socio-demographic, neonatal, clinical and psychological adjustment variables.

**Methods and Results:** 217 CHD patients (116 male, 15.73 years  $\pm$  2.68) and 80 controls (35 male, 16.76 years  $\pm$  2.22) underwent an extensive neuropsychological evaluation and an assessment regarding psychological adjustment. CHD patients had a significantly poorer NP than healthy controls in all neurocognitive domains. 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. The GI cluster showed less years of school ( $p=.025$ ), and lower neonatal indicators such as head circumference ( $p=.019$ ), Apgar 1 ( $p=.006$ ), birth weight ( $p=.05$ ) and length ( $p=.034$ ) when compared to NI cluster. In clusters MI and GI, there were more cyanotic forms of disease including Tetralogy of Fallot and Transposition of the Great Arteries. GI cluster presented more psychological adjustment problems such as: social ( $p=.038$ ), attention ( $p=.001$ ) and aggressive ( $p=.003$ ) problems

**Conclusions:** CHD patients have poorer NP than controls. The NP in the CHD group can be classified in three clusters that reflect different levels of neuropsychological functioning, sensitive to social, neonatal and psychological adjustment variables.

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



## Introduction

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

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

The conditions that enhance the risk for poor neurodevelopmental outcomes in children with CHD had been reviewed<sup>9</sup> in order to establish pertinent guidelines for surveillance and management and to create recommendations to optimize neurodevelopmental outcome in the pediatric CHD population. Some authors pointed out to possible differences in gender vulnerability for poor neurocognitive development in patients with CHD with a trend for a greater proportion of boys to have abnormalities on neurological examination, being also more likely to have fine motor delays<sup>10</sup>.

Thus, it is rather important to study the neurocognitive performance of this population of patients, as well as their psychosocial and emotional status,

and their school and job achievements.

Therefore, the main objectives of this study were to assess the neuropsychological performance of adolescents and young adults with CHD comparing them with a group of healthy controls and to determine whether there are different neurocognitive phenotypes in CHD (through the establishment of clusters of cognitive functioning in these patients) attempting to identify its relation to socio-demographic, neonatal, clinical and psychological adjustment variables.

## **Methods**

### **Participants**

The participants were recruited consecutively at the outpatient clinic of the departments of pediatric cardiology or adult cardiology of a tertiary hospital. We included only patients that were at the time of the interview between 12 and 30 years old, who had a basic educational level that enables them to understand and complete the written questionnaires, and who had complete medical records. From all patients approached, only 9 refused to participate. 335 patients enrolled in the study but only 217 completed the entire protocol, considering the need for complete information on the neurocognitive variables and neonatal markers on fetal development (116 males, 101 female, 82 cyanotic and 135 acyanotic), ranging in ages between 12 and 30 years old (mean=15.73±2.68), mean schooling of 9.41±2.14 years, and with diverse CHD diagnoses. The mean schooling of father was 10.13±3.70 years and mother's was 10.54±3.64 years.

We also invited one relative of each patient to participate in this study and 190 accepted to take part.

80 healthy youngsters (35 male, 45 female) matched in ages and gender

were recruited in several schools and universities of the Porto area to form a control group. Their ages ranged between 12 and 30 years old (mean=16.76  $\pm$ 2.22) and a mean of 10.13  $\pm$  2.32 years completed at school. The mean schooling of the fathers was 9.66 $\pm$ 3.45 years and mother's was 9.45 $\pm$ 3.28 years. We excluded subjects with any diagnosis of chronic illness.

In order to ensure that the groups are matched in the main demographic variables (age, gender, years completed at school and parent's schooling), we compared the CHD and the control groups; we found that there are no statistically significant differences (age:  $p=.278$ ; schooling:  $p=.06$ ; gender:  $p=.06$ ; father's schooling:  $p=.726$ ; mother's schooling:  $p=.08$ ) between the CHD patients and the control group, confirming that groups have identical composition regarding these variables. Table 1 details the demographic characteristics of CHD patients and controls.

We also compared the cyanotic with the acyanotic patients regarding parents' schooling and found that the groups were not statistically different (father's schooling:  $p=.648$ ; mother's schooling:  $p=.551$ ). Table 2 describes the cyanotic and acyanotic groups across demographic variables.

### **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 were completed on the same day as the patients'scheduled hospital appointments.

### **Assessment Instruments for Neuropsychological Assessment**

In order to assess the performance in different neurocognitive functions, all participants underwent a neuropsychological assessment that included clinical measures of memory, executive functions, processing speed, attention and visual-constructive abilities <sup>11, 12, 13, 14, 15, 16</sup>. These tests were selected to cover the major neurocognitive functions that may have been implicated in CHD <sup>17, 18</sup>. The whole protocol took 30-45 minutes to complete.

All 217 participants underwent the test battery. Table 3 shows detailed information on the neuropsychological tests included in each of the neurocognitive domains, as well as on the individual functions measured.

The raw scores for all neuropsychological tests were converted to adjusted z- scores by using the means and standard deviations of the sample, in order to place the tests and the neurocognitive domains on a common metric. Neurocognitive domains were calculated by the average adjusted z-scores of tests within each domain.

### **Assessment of Neonatal Parameters**

We assessed the parameters weight, length and head circumference at birth, as these biometric indexes have been considered good markers of fetal brain development <sup>19, 20, 21, 22</sup>. We also measured the Apgar indexes at 1 and at 5 minutes.

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

We collected personal and demographic data from each patient (eg, marital status, educational level and occupation), as well as all relevant aspects from their medical history (diagnosis, severity and category of heart disease, surgical interventions, pharmacological therapy and presence of residual lesions, among others). Clinical data were collected retrospectively using each patient's clinical record, with assistance from hospital medical staff. A semi-structured interview and the self-report and observational questionnaires of the ASEBA system for psycho-social adjustment, adult self-report (ASR for patients <18 years), youth self-report (YSR for patients  $\geq 18$ ), adult behaviour checklist (ABCL) and child behaviour checklist (CBCL) <sup>23, 24, 25, 26, 27</sup>.

The participants took part in a semistructured interview covering topics on social support, family educational style, environment, self-image, functional limitations, educational background (e.g., school achievements and retentions), and emotional adjustment.

## **Statistical Methods**

Statistical analysis was carried out using the program IBM SPSS Statistics for Windows, version 21 (Chicago, IL, USA). 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 poorer performance, contrariwise to the other tests). Control and CHD groups *z*-scores were compared through Student's *t* test. Furthermore, we carried out a cluster analysis (K-means) to identify groups of subjects based on the adjusted *z*-scores on each neurocognitive domain. The number of clusters was determined based on the determination coefficients ( $R^2$ ) and number of participants in each cluster. Cluster analysis is considered a gold

standard procedure for exploring data when the sample is not homogeneous<sup>28</sup>,<sup>29</sup>.

Once the neurocognitive clusters were obtained, cluster 1 performance was compared to controls. The comparisons regarding the performance on neurocognitive domains, socio demographic characteristics (age, and schooling), neonatal and psychosocial variables between clusters were made using one-way analysis of variance with post-hoc comparisons (Scheffe's test). The comparisons of clusters concerning sex and clinical diagnosis, were performed by using Chi-squared test.

Results were considered significant with  $p < .05$ .

## **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. Table 4 shows the results and comparisons between controls and CHD patients on neuropsychological testing.

Cluster analysis (K-means) was used to identify groups of patients based on the adjusted z-scores on each neurocognitive domain. Solutions of two ( $R^2 = .368$ ), three ( $R^2 = .508$ ) and four ( $R^2 = .575$ ) clusters were tested. The three cluster was considered optimal since there is a small decrease in the determination coefficient ( $R^2$ ) in comparison to the four cluster solution, and because the four clusters' model had a small amount of participants in one of the clusters ( $n=9$ ). Therefore, the three cluster analysis provided groups of CHD

patients that could be analyzed with suitable sample sizes for further statistical procedures.

Regarding the cluster analysis, table 5 shows the mean neurocognitive performance for the three cluster groups. Neurocognitive profiles are represented in Figure 1. Univariate effects were significant for all neurocognitive domains: Memory ( $F=76.61$ ;  $p<.001$ ); Processing speed ( $F=65.12$ ;  $p<.001$ ); Attention ( $F=44.12$ ;  $p<.001$ ); Executive functioning ( $F=21.9$ ;  $p<.001$ ); Visual constructive ability ( $F=240.56$ ;  $p<.001$ ); Global cognitive functioning ( $F=159.08$ ;  $p<.001$ ).

Cluster NI (non-impaired) embraces 114 patients. Neurocognitive performance was significantly superior in comparison to clusters moderately impaired (MI) and globally impaired (GI). No significant differences were found between this group of patients and the controls across the neurocognitive domains: Memory ( $p=.997$ ); Processing Speed ( $p=.557$ ); Attention ( $p=.306$ ); Executive functioning ( $p=.099$ ); Visual Constructive ability ( $p=.1$ ); Global cognitive functioning ( $p=.063$ ).

Cluster MI (moderately impaired) includes 76 patients. In comparison to cluster NI, we found significantly poorer results in all the cognitive domains and in global cognitive functioning.

Cluster GI (globally impaired) includes 27 patients. In comparison to cluster MI, we found significant differences with lower performance in memory, processing speed, visual-constructive ability and global cognitive functioning. There are no significant differences concerning attention and executive functioning.

## Cluster Characteristics

Tables 6, 7 and 8 show the characteristics of patients in the three clusters, regarding sociodemographic, neonatal, clinical and psychosocial parameters.

The clusters do not differ according to age and sex. Patients in cluster NI have higher schooling in comparison to cluster GI.

Patients in cluster NI presented bigger head circumference, higher values of Apgar at 1 minute, higher birth weight and birth length in comparison to cluster GI. Cluster MI presented higher birth length in comparison to cluster GI.

In cluster NI there are fewer cases of Tetralogy of Fallot and more cases diagnosed as acyanotic forms of congenital heart disease.

Patients in cluster GI showed more anxiety and depression, more social and attention problems when compared to cluster NI and when compared to cluster MI, had more attention problems in parent report measures. Patients in cluster GI also self-reported more attention problems and aggressive behaviors than patients in both clusters NI and MI (Table 8).

## Discussion

The aims of this investigation were to assess the neuropsychological performance of adolescents and young adults with CHD comparing them with a group of healthy controls, and to determine whether there are different neurocognitive phenotypes in CHD and to identify their relation to socio-demographic, neonatal, clinical and psychological adjustment variables.

Our study demonstrated that CHD patients have consistently poorer neurocognitive performance when compared to healthy controls, confirming data from several other published reports<sup>30, 31, 32, 33, 34</sup>. There is a growing



amount of evidence demonstrating that, although CHD patients score within the average range on intelligence testing, they present poor performance in several neurocognitive abilities setting up a consistent pattern of sequelae (in gross and fine motor skills, attention, visual-spatial ability, speech and language, executive function, social cognition and impulsive behavior). That pattern was also confirmed in our study.

Another major strength of our study was that it enabled us to identify three neurocognitive phenotypes (non-impaired, moderately impaired and globally impaired) in our patients and the features associated with each other. The moderately 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 moderately impaired, shows striking deviations in memory, processing speed, executive functioning and visual-constructive ability. The non-impaired group shows bigger head circumference and higher 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 moderately impaired groups have higher schooling than those in the globally impaired group.

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

Furthermore, we found that patients with more severe impairment in neurocognitive functioning (cluster MI and GI) had a higher proportion of cyanotic forms of disease when compared with the non-impaired. Our findings are also consistent with other published data stating that even though all children

with CHD are at increased risk for developmental disorders or delay, the cyanotic heart lesions have enhanced vulnerability for these conditions.<sup>9, 32, 35, 36</sup>

Some recent studies<sup>37, 38</sup> focused on neurological sequelae in adult survivors of CHD, unraveling that severe forms of disease show significant deficits in several cognitive domains, as attention, processing speed, and executive function. However, the moderate and mild forms didn't differ significantly from the normative functioning. These findings are consistent with data in our study showing that severe forms of disease, as Tetralogy of Fallot or Transposition of the Great Arteries, are more frequent among the patients with more severe cognitive impairment.

Many authors reported that birth weight and head circumference are good predictors of neurodevelopment in children with severe CHD<sup>39, 40</sup>. Consistently, we found in our patients that head circumference, weight and length measured at birth, and the Apgar score measured at 1 minute were able to distinguish clusters NI, MI and GI, associating with different neurocognitive abilities in later life. This finding highlights the impact of antenatal impairments in brain growth and development that occur in CHD fetuses.

In past studies, several conditions involved in poor neurocognitive development were investigated, some arising in fetal life, others occurring after birth and especially during or after surgeries (anoxia and peri-surgery ischemia) and their relative contributions were analyzed. Recently, RMI scans and Doppler studies in fetuses showed that some forms of CHD lead to derangements of fetal blood flow and insufficient delivery of oxygen and nutrients, resulting in impaired brain development and vulnerability for sequelae<sup>39, 40, 41</sup>. The conditions involved in the delay and impairment of brain maturation in complex CHD, unique to each form of illness, have been reviewed<sup>40</sup> and data

are consistent with the smaller head circumference found in neonates with complex CHD, when compared to normal babies.

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.

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 enable us to know what is the neurocognitive profile of babies born with low birth weight who do not have CHD, providing further enlightenment and conclusions about the nature of these disablements.

This study has an important clinical usefulness, allowing to predict which are the children that are at increased risk for neurocognitive disabilities and therefore to plan prevention and neuroprotective strategies. To our knowledge, it

is the first research providing data on all these variables in Latin populations.

## **Conclusions**

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

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

## **Funding sources**

There were no funding sources in this study.

## **Disclosures**

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

## **References**

1. Marelli AJ, Mackie AS, Ionescu-Ittu R, Rahme E, Pilote L. Congenital heart disease in the general population: changing prevalence and age distribution. *Circulation*. 2007; 115:163-172.

2. Marelli AJ, Ionescu-Ittu R, Mackie AS, Guo L, Dendukuri N,

Kaouache M, Lifetime Prevalence of Congenital Heart Disease in the General Population From 2000 to 2010. *Circulation*. 2014; 130:749-756.

3. Moons P, De Geest S, Budts W. Comprehensive Care for Adults with Congenital Heart Disease: Expanding Roles for Nurses. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2002; 1:23-28.

4. Reid GJ, Webb GD, Barzel M, McCrindle BW, Irvine MJ, Siu SC. 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. *Int J Pediatr*. 2010; 2010:1-13. doi:10.1155/2010/359390.

6. Massaro AN, Glass P, Brown J, Chang T, Krishnan A, Jonas RA, Donofrio MT. 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; 64:364-369.

8. Limperopoulos C, Tworetzky W, McElhinney DB, Newburger JW, Brown DW, Robertson RL, Guizard N, McGrath E, Geva J, Annese D, Dunbar-Masterson C, Trainor B, Laussen PC, du Plessis AJ. 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 cardiac defects. *Cardiol Young*. 2012; 22:514-9. 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; 5:33-37.

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, Fernandes J, Teixeira-Pinto A. Trail Making Test: Regression-based norms for the portuguese population. *Arch Clin Neuropsychol*. 2013; 28:189-98. 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: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; 9:373-381.

19. Levy RJ, Rosenthal A, Fyler DC, Nadas AS. Birthweight of infants with congenital heart disease. *Am J Dis Child*. 1978; 132:249–254. [PubMed: 564604].

20. Donofrio MT, Bremer YA, Schieken RM, Gennings C, Morton LD, Eidem BW, Cetta F, Falkensammer CB, Huhta JC, Kleinman CS. Autoregulation of cerebral blood flow in fetuses with congenital heart disease: the brain sparing effect. *Pediatr Cardiol*. 2003; 24:436–443. [PubMed: 14627309].

21. Masoller N, Martínez JM, Gómez O, Bennasar M, Crispi F, Sanz M, Egaña-Ugrinovic G, Bartrons J, Puerto B, Gratacós E. Evidence of second trimester changes in head biometry and brain perfusion in fetuses with congenital heart disease. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2014; 44:182–187. [PubMed: 24687311].

22. Williams IA, Fifer WP, Andrews H. Fetal Growth and Neurodevelopmental Outcome in Congenital Heart Disease. *Pediatr Cardiol*. 2015; 36: 1135-44.

23. Achenbach TM, Rescorla L. Manual for the ASEBA adult forms and profiles. University of Vermont. Research Center for Children, Youth and Families, Burlington, VT, 2003.

24. Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Turner LV, Robert MS,

Althoff R, Au A, Bellina M, Caldas JC, Chen YC, Csemy L, Decoster J, Fontaine J, Funabiki Y, Gudmundsson H, Harder V, Leung P, Markovic J, Ndeti D, da Rocha M, Samaniego V, Silvares E, Simulioniene R, Sokoli E, Zasepa E, Vasquez N, Maras J. Problems and Adaptive Functioning Reported by Adults in 17 Societies. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*. 2016; 5:91-109. DOI: 10.1037/ipp0000046.

25. Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Turner LV, Árnadóttir H, Au A, Caldas JC, Chen YC, Decoster J, Fontaine J, Funabiki Y, Gudmundsson H, Leung P, Liu J, Maras JS, Marković J, Oh KJ, da Rocha M, Samaniego VC, Silvares E, Simulioniene R, Vazquez SE, Zasepa E. Collateral Reports and Cross Informant Agreement about Adult Psychopathology in 14 societies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2016; 38:381-397. DOI: 10.1007/s10862-016-9541-2

26. Achenbach T, Rescorla I. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. University of Vermont. Research Center for Children, Youth and Families, Burlington, VT, 2001.

27. Achenbach TM, Rescorla LA, Dias P, Ramalho V, Lima VS, Machado BC, Gonçalves M. Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Escolar: Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores. Psiquilíbrios Edições. Braga, Portugal, 2014.

28. Berlin KS, Williams NA, Parra GR. Na introduction to Latent Variable Mixture Modeling (Part 1): Overview and Cross-Sectional Latent Class and Latent Profile Analyses, *J PediatrPsychol*. 2014; 39:174-87.

29. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de Dados para Ciências Sociais: Complementaridade do SPSS. 6ª edição, Silabo Editora, Lisboa 2014.

30. Hovels-Gürich HH, Seghaye MC, Schnitker R, Wiesner WH, Huber W, Minkenber R, Kotlarek F, Messmer BJ, von Bernuth G. Long-term



neurodevelopmental outcomes in school-aged children after neonatal arterial switch operation. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2002; 124:448–458.

31. 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.

32. Bellinger DC, Newburger JW. Neuropsychological, psychosocial, and quality-of-life outcomes in children and adolescents with congenital heart disease. *Prog Pediatr Cardiol*. 2010; 29:87–92.

33. 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.

34. 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.

35. 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.

36. Miatton, De Wolf, Francois K, Thiery E, Vingerhoets G. Neurocognitive Consequences of Surgically Corrected Congenital Heart Defects: A Review. *Neuropsychology Review*. 2006; 16:65-85.

37. Klouda L, Franklin WJ, Saraf A, Parekh DR, Schwartz DD. Neurocognitive and executive functioning in adult survivors of congenital heart disease. *Congenital Heart Disease*. 2017; 12:91-98. doi:10.1111/chd.12409.

38. Ilardi D, Ono KE, McCartney R, Book W, Stringer AY.

Neurocognitive functioning in adults with congenital heart disease. *Congenital Heart Disease*. 2017; 12:166-173. doi: 10.1111/chd.12434.

39. Wernovsky G. Current insights regarding neurological and developmental abnormalities in children and young adults with complex congenital cardiac disease. *Cardiology in the Young*. 2006; 16:92- 104.

40. McQuillen PS, Goff DA, Licht DJ. Effects of congenital heart disease on brain development. *Progress in Pediatric Cardiology*. 2010; 29:79-85.

41. Rudolph AM. Congenital cardiovascular malformations and the fetal circulation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2010; 95:F132-6. doi: 10.1136/adc.2007.128777.

**Table 1.** Comparison of CHD patients and control group across demographic variables

	Control Group (N=80)	CHD Patients (N=217)	P
Age* (M/SD)	16.76/2.22	15.73/2.68	.492
Gender (F/M)	45/35	101/116	.344
Schooling** (M/SD)	10.13/2.32	9.41/2.14	.260
Father's Schooling*** (M/SD)	9.66/3.45	10.13/3.70	.151
Mother's Schooling**** (M/SD)	9.45/3.28	10.54/3.64	.116

\*control group: 12-19 (min-max) / CHD patients: 12-30 (min-max)

\*\*control group: 4-13 (min-max) /CHD patients: 5-15 (min-max)

\*\*\*control group: 4-17 (min-max) / CHD patients: 4-17 (min-max)

\*\*\*\*control group: 4-17 (min-max) / CHD patients: 4-20 (min-max)

**Table 2.** Comparison of cyanotic and acyanotic patients across demographic variables

	Cyanotic Patients	Acyanotic Patients	P
<b>Age*</b> (M/DD)	16.11/2.80	15.50/2.58	.106
<b>Gender</b> (F/M)	35/47	66/69	.377
<b>Schooling**</b> (M/SD)	9.52/2.29	9.35/2.05	.558
<b>Father's Schooling***</b> (M/SD)	10.31/3.73	10.04/3.69	.648
<b>Mother's Schooling***</b> (M/SD)	10.77/3.90	10.41/3.50	.551

\*cyanotic group: 12-25 (min-max) / acyanotic group: 12-30 (min-max)

\*\* cyanotic group: 5-15 (min-max) / acyanotic group: 5-15 (min-max)

\*\*\* cyanotic group: 4-17 (min-max) / acyanotic group: 4-17 (min-max)

\*\*\*\*cyanotic group: 4-20 (min-max) / acyanotic group: 4-17 (min-max)

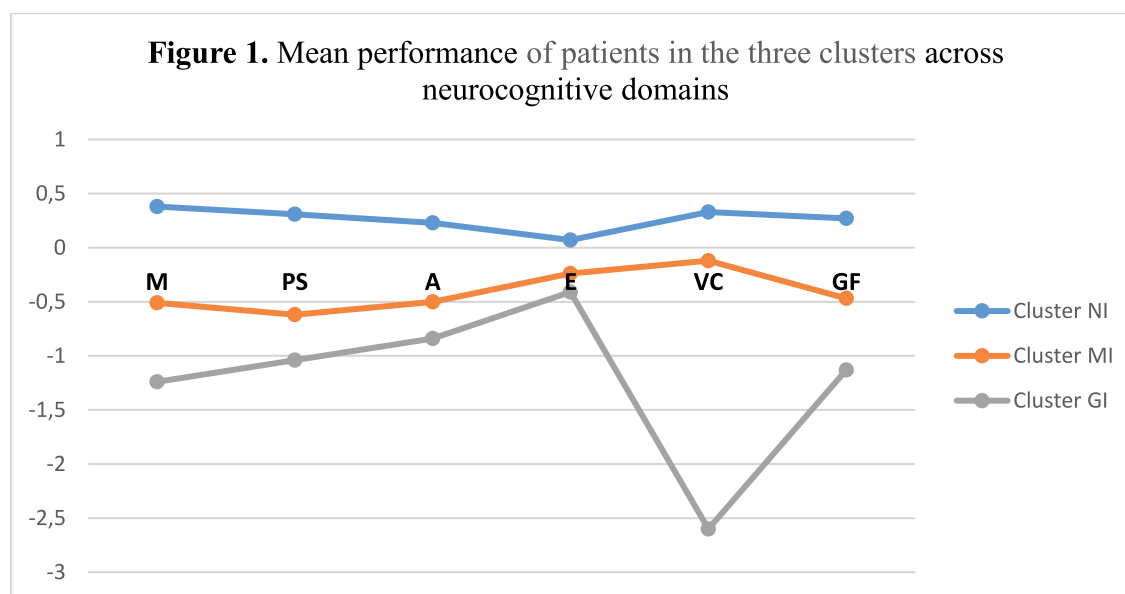
**Table 3.** Neurocognitive domains/ abilities measured and assessment instruments used

<b>Neurocognitive Domain</b>	<b>Ability</b>	<b>Neuropsychological task</b>
Memory	Verbal	Wechsler's Logical Memory, WLM [16]
	Visuoconstructive	Rey Complex Figure (memory reproduction), RCF-MR [12]
Processing Speed	Speed of execution	Wechsler's Coding, WC [11]
	Processing speed	Stroop words and colors, SWC [14]
Attention	Auditory and verbal immediate attention	Wechsler's Digits Forward, WDF [11]
	Attention, visual scanning	Trail Making Test part A, TMT-A [15]
Executive	Effective planning	Key Search Test, KST [13]
	Response inhibition	Stroop interference, SI
	Divided attention and cognitive flexibility	Trail Making Test part B, TMT-B [15]
	Working memory	Wechsler's Digits Backward, WDB [11]
Visuoconstructive	Visuoconstructive ability	Rey Complex Figure (copy), RCF-C [12]

**Table 4.** Comparison of neurocognitive performance between CHD patients and control group

Neurocognitive Domain	Control group		CHD patients		P values
	M	SD	M	SD	
Memory	.40	.7	-.13	.83	<.001
Processing Speed	.45	.67	-.18	.84	<.001
Attention	.41	.53	-.16	.81	<.001
Executive	.24	.63	-.09	.43	<.001
Visuoconstructive	.53	.34	-.19	1.11	<.001
Global cognitive functioning	.42	.43	-.16	.62	<.001

M= Mean; SD= Standard Deviation



(M) Memory; (PS) Processing speed; (A) Attention; (E) Executive; (VC) Visuoconstructive; (GF) global cognitive functioning.

NI = Cluster Non-impaired

MI = Cluster Moderately impaired

GI = Cluster Globally impaired

**Table 5.** Descriptive statistics, ANOVA and post-hoc comparisons across neurocognitive clusters

Neurocognitive Domain	Cluster NI		Cluster MI		Cluster GI		F value	p value	NI vs. MI	NI vs. GI	MI vs. GI
	M	SD	M	SD	M	SD					
Memory	0.38	0.59	-0.51	0.61	-1.24	0.6	76.61	<.001	<.001	<.001	<.001
Processing Speed	0.31	0.61	-0.62	0.62	-1.04	0.89	65.12	<.001	<.001	<.001	.044
Attention	0.23	0.64	-0.5	0.63	-0.84	1.02	44.12	<.001	<.001	<.001	.145
Executive	0.07	0.4	-0.24	0.37	-0.41	0.4	21.9	<.001	<.001	<.001	.457
Visuoconstructive	0.33	0.48	-0.12	0.6	-2.6	1	240.55	<.001	<.001	<.001	<.001
Global cognitive functioning	0.27	0.32	-0.47	0.31	-1.13	0.67	159.08	<.001	<.001	<.001	<.001

(NI) Non-impaired; (MI) Moderately impaired; (GI) Globally impaired.

**Table 6.** Characteristics of the clusters regarding sociodemographic and neonatal variables

	Cluster NI	Cluster MI	Cluster GI	F value	P value	NI vs. MI	NI vs. GI	MI vs. GI
Age (years)	15.97±2.6	15.53±3.05	15.3±2.1	1.05	.353	.530	.498	.929
Gender (Male/Female)	60/54	42/34	14/13		.924			
Schooling (years)	9.89±1.95	8.96±2.23	8.67±2.25	6.54	<b>.002</b>	.011	<b>.025</b>	.821
Head Circumference (cm)	34,1±1.88	33.74±1.58	32.61±2.48	5.27	<b>.006</b>	.707	<b>.019</b>	.087
Apgar 1	8.01±1.33	8.39±1.22	7.6±2.52	2.36	<b>.048</b>	.546	<b>.006</b>	.065
Apgar 2	9.62±0.83	9.58±0.8	9.35±1.09	0.82	.443	.950	.547	.592
Birth Weight	3.27±0.88	3.09±0.54	2.83±0.78	3.22	<b>.042</b>	.392	<b>.05</b>	.355
Birth Length	48.35±2.8	48.8±2.83	46.16±6.35	4.77	<b>.01</b>	.738	<b>.034</b>	<b>.011</b>

(NI) Non-impaired; (MI) Moderately impaired; (GI) Globally impaired.

*Observation:* Values presented are means and standard deviations except on Gender



**Table 7.** Characteristics of the clusters regarding the diagnosis and the type of Congenital Heart Disease

		Cluster NI	Cluster MI	Cluster GI	$\chi^2$	P
<b>Clinical Diagnosis</b>					10.73	<b>.030</b>
Tetralogy of Fallot						
	N	16	21	7		
	Adjusted Residual	-2.4	2.0	0.8		
Transposition of the Great Arteries						
	N	13	15	5		
	Adjusted Residual	-1.6	1.4	0.5		
Other Diagnosis						
	N	85	40	15		
	Adjusted Residual	3.3	-2.7	-1.0		
<b>Type of CHD</b>					13.47	<b>.001</b>
Cyanotic						
	N	30	38	14		
	Adjusted Residual	-3.7	2.7	1.6		
Acyanotic						
	N	84	38	13		
	Adjusted Residual	3.7	-2.7	-1.6		

(NI) Non-impaired; (MI) Moderately impaired; (GI) Globally impaired. *Observation:* Values presented are number of participants

**Table 8.** Characteristics of the clusters regarding psychosocial adjustment

	Clusters				
	F	P	NI vs. MI	NI vs. GI	MI vs. GI
<b>Parent report measures</b>					
Isolation	1.2	.30			
Somatic complains	0.5	.60			
Anxiety/ depression	4.0	.02	.75	<b>.02</b>	.08
Social problems	3.4	<b>.04</b>	.63	<b>.04</b>	.21
Thought alterations	0.6	.50			
Attention problems	9.3	<b>&lt;.01</b>	.10	<b>&lt;.01</b>	<b>.03</b>
Delinquent behaviour	0.9	.40			
Agressive behaviour	1.4	.30			
Internalization	1.8	.17			
Externalization	3.3	.09			
<b>Self-report measures</b>					
Isolation	0.5	.60			
Somatic complains	0.3	.70			
Anxiety/ depression	0.5	.60			
Social problems	1.2	.30			
Thought alterations	0.07	.90			
Attention problems	3.7	<b>.02</b>	.85	<b>.03</b>	.08
Delinquent behaviour	0.4	.70			
Agressive behaviour	5.9	<b>.00</b>	.19	<b>.00</b>	.13
Internalization	1.4	.26			
Externalization	1.4	.25			

(NI) Non-impaired; (MI) Moderately impaired; (GI) Globally impaired.

