



Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Avaliação do Desempenho Neurocognitivo em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

Lígia Vânia Amorim da Cruz

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

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Emília Areias

2017

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Avaliação do Desempenho Neurocognitivo em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

Dissertação apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Emília Areias

Lígia Vânia Amorim da Cruz

Declaração de Integridade

Lígia Vânia Amorim da Cruz, 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 Tese.

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

“A dor que vivi poderia me destruir ou me construir.

Resolvi deixá-la construir-me” (Cury, 2005).

Esta dissertação é o culminar de cinco anos de muita luta, empenho e dedicação onde vivi momentos bons e menos bons, obrigada a todas as pessoas que ajudaram a construir-me enquanto profissional e enquanto pessoa.

Aos meus pais e irmã, serei eternamente grata por toda a força, por nunca me terem deixado desistir contribuindo com apoio e carinho quando eu mais precisei. Sem eles este percurso não teria sido possível.

Ao João por estares ao meu lado e por tudo que temos vindo a partilhar.

À Helena e à Flávia que sempre acreditaram em mim, por todo incentivo e motivação quando achava que não seria capaz.

À minha grande amiga Dulce, por todos estes longos anos de amizade, apoio, segurança, encorajamento e essencialmente pela disponibilidade. Obrigada por estares sempre aí.

À minha colega de investigação Ivone, pelo companheirismo e encorajamento mútuo face às adversidades.

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

Ao Professor ao Professor Doutor Bruno Peixoto pela disponibilidade em nos ajudar sempre que necessário.

Aos profissionais do Serviço de Cardiologia e Cardiologia Pediátrica do Centro Hospitalar de São João, por se terem mostrado acolhedores e disponíveis.

Aos doentes com Cardiopatias Congénitas, e seus cuidadores, que generosamente se prontificaram a colaborar. Sem eles a elaboração deste trabalho não seria possível.

Às colegas de investigação do ano anterior, pela troca de experiências, explicação do processo de investigação e nos esclarecer dúvidas sempre que necessário.

A todos, o meu obrigada!

Resumo

Objetivos: O principal objetivo da presente investigação prende-se com a avaliação do desempenho neurocognitivo em adolescentes e jovens adultos com Cardiopatias Congénitas (CC) Cianóticas e Acianóticas. Este estudo torna-se pertinente na medida em que permitirá uma caracterização ao nível neurocognitivo de adolescentes e jovens adultos com CC, identificar diferentes fenótipos relativamente ao desempenho neurocognitivo, possibilitando uma comparação entre eles, assim como identificar quais os preditores de um mau desempenho neurocognitivo.

Procedimentos: A amostra é constituída por 459 participantes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 12 e os 30 anos, distribuídos por dois grupos: o grupo de controlo que inclui 80 participantes saudáveis (35 do sexo masculino e 45 do sexo feminino), e o grupo de doentes que inclui 379 participantes com CC (208 do sexo masculino e 171 feminino), destes indivíduos, 123 com CC Cianótica e 256 com CC Acianótica, dos quais apenas 247 completaram a avaliação neuropsicológica (130 do sexo masculino e 117 do sexo feminino). Foram recolhidas informações e num único momento temporal foi aplicado um protocolo de avaliação, com instrumentos de avaliação psicológica constituído por uma Entrevista Semiestruturada, um Questionário da Personalidade (NEO-FFI), um Questionário de Qualidade de vida (WHOQL -BREV), uma Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (SADS-L), questionários para avaliar o ajustamento psicossocial na forma de autorrelato (YSR, ASR) e relato dos cuidadores (CBCL, ABCL). E instrumentos de avaliação neuropsicológica foram incluídos a prova Memória de Dígitos (sentido direto e inverso), Código, Figura Complexa de *Rey*, Procura da Chave, Stroop, *Trail Making Test* (versão A e B) e Memória Lógica (ML).

Resultados: Pacientes com CC em comparação com o grupo de controlo exibiram resultados significativamente inferiores em todas as provas neuropsicológicas aplicadas, evidenciando-se melhores resultados nas CC acianóticas analogamente às cianóticas. Parece também existir um elo de ligação entre o baixo desempenho neurocognitivo e o facto de os pacientes terem sido submetidos a intervenções cirúrgicas, apresentarem atividade física limitada, terem um percurso escolar insatisfatório, necessidade de terapia farmacológica, necessidade de cuidados intensivos e um estilo educacional protetor. As variáveis a idade, anos de escolaridade, perímetro cefálico, peso e comprimento apresentaram-se positivamente correlacionadas com os domínios cognitivos memória,

velocidade de processamento, atenção, funcionamento executivo, capacidade visuoespacial e funcionamento cognitivo global.

Identificamos três fenótipos neurocognitivos nos pacientes com CC e verificamos que os *clusters* 2 e 3, clusters com maior comprometimento, têm mais pacientes cianóticos. O *cluster* 3 é o que apresenta idades mais baixas, menos anos de escolaridade, menores valores nos parâmetros de desenvolvimento fetal e maior número de reprovações. Verificaram-se diferenças entre as variáveis: anos de escolaridade ($p=.000$), perímetro ($p=.006$), peso ($p=.017$), comprimento ($p=.010$), nº de intervenções cirúrgicas ($p=.032$) e nº de reprovações ($p=0.000$) nos diferentes *clusters*. Os resultados da análise univariada foram significativos para todos os domínios cognitivos nos três clusters ($p<.001$). Constataram-se diferenças estatisticamente significativas no *cluster* 3 comparativamente aos outros clusters em relação ao YSR externalização e o ASR internalização.

Foram encontrados dois preditores de um pior desempenho cognitivo em pacientes com CC, estes são o perímetro cefálico ($\beta =,069$; $t = -2,465$; $p =.015$) e ter uma CC cianótica ($\beta =,222$; $t = -1,976$; $p =.050$).

Conclusões: Pacientes com CC cianótica e baixo perímetro cefálico são os principais preditores de um pior desempenho neurocognitivo. O *cluster* 3, onde estão incluídos os participantes mais prejudicados a nível neurocognitivo, é o que apresenta idades mais baixas, menos anos de escolaridade, valores mais baixos nos parâmetros de desenvolvimento fetal e maior número de reprovações e os que parecem apresentar um pior ajustamento psicossocial.

Palavras – Chave: Cardiopatias Congênitas; Desempenho Neurocognitivo, Fenótipos Ajustamento Psicossocial; Traços de Personalidade e Morbilidade Psiquiátrica.

Abstract

Objectives: The main objective of the present investigation is the evaluation of neurocognitive performance in adolescents and young adults with Congenital Cyanotic and Acyanotic Cardiopathies. This study is pertinent in that it will allow a neurocognitive characterization of adolescents and young adults with Congenital Heart Diseases, identify different phenotypes regarding neurocognitive performance, allowing a comparison between them, as well as identify which predictors of poor neurocognitive performance.

Methods: The sample consisted of 459 participants of both sexes, aged between 12 and 30, divided into two groups: the control group, which included 80 healthy participants and the group of patients, which included 379 participants with CHD, of whom only 247 completed the neuropsychological evaluation (130 males and 117 females). The control group included 35 male and 45 female participants and the group of patients included 208 male patients and 171 female patients. Concerning Congenital Cardiomyopathy, 123 participants had a cyanotic CHD and 255 had an acyanotic CHD. The clinical data were collected and, at a single time point, a set of instruments was applied, consisting of a Semistructured Interview, a Personality Questionnaire (NEO-FFI), a Quality of Life Questionnaire (WHOQL -BREV), an Interview (SADS-L), questionnaires to assess psychosocial adjustment in the form of self-reporting (YSR, ASR) and caregiver reporting (CBCL, ABCL). For the neuropsychological evaluation were included the Memory of Digits (direct and inverse), Code, Rey Complex Figure, Key Search, Stroop, Trail Making Test (version A and B) and Logical Memory.

Results: Patients with CHD as compared to the control group had significantly lower results in all applied neuropsychological tests, except for the TMT test, and that the acyanotic cardiopathies presented better results than the cyanotic ones. There also appears to be a link between poor neurocognitive performance and the fact that patients have undergone surgical interventions, have limited physical activity, have poor school performance, need for pharmacological therapy, need for intensive care, and a protective educational style. The variables age, years of schooling, cephalic perimeter, weight and length were positively correlated with cognitive domains memory, processing speed, attention, executive functioning, visuoconstructive ability and global cognitive functioning.

Three neurocognitive phenotypes were identified in patients with CHD and it was found that clusters 2 and 3, clusters with more involvement, have more cyanotic patients. Cluster 3 is the one that shows lower ages, fewer years of schooling, lower values in fetal

development parameters and greater number of disapprovals. There were statistically significant differences between the variables: years of schooling ($p = .000$), perimeter ($p = .006$), weight ($p = .017$), length ($p = .010$), number of surgical interventions ($p = .032$) and number of disapprovals ($p = 0.000$) in the different clusters. The results of the univariate analysis were significant for all cognitive domains in the three clusters ($p < .001$). Statistically significant differences were found in cluster 3 compared to the other clusters in relation to YSR externalization and ASR internalization.

Two predictors of cognitive performance were found in patients with CHD, these are the cephalic perimeter ($\beta = .069$; $t = -2.465$; $p = .015$) and have a cyanotic CC ($\beta = .222$; $t = -1.976$; $p = .050$).

Conclusions: Patients with cyanotic CHD and low cephalic perimeter are the main predictors of poor neurocognitive performance. Cluster 3, which includes the most negatively affected participants at the neurocognitive level, has the lowest ages, fewer years of schooling, lower values of fetal development parameters and a greater number of disapprovals, and those that appear to present worse psychosocial adjustment .

Key Words: Congenital Heart Diseases; Neurocognitive Performance, Psychosocial Adjustment Phenotypes; Traits of Personality and Psychiatric Morbidity.

Índice de Abreviaturas

ABCL - *Adult Behavior Checklist*

AE - Anomalia de *Ebstein*

ASR - *Adult Self Report*

AT – Atresia Tricúspide

AVP – Atresia da Válvula Pulmonar

CardioM – Cardiomiopatia

CBCL - *Child Behavior Checklist*

CC- Cardiopatias Congénitas

CC Acianóticas - Cardiopatias Congénitas Acianóticas

CC Cianóticas - Cardiopatias Congénitas Cianóticas

CHSJ- Centro Hospitalar São João

CIA – Defeito do septo Interauricular

CIV – Defeito do Septo Interventricular

CoA - Coartação da Aorta

DCE – Defeito do Coxim Endocárdico

DD- Dígitos Diretos

DGS- Direção Geral de Saúde

DI- Dígitos Inverso

Dp - Desvio Padrão

DSA - Defeito do Septo Atrial

DSV - Defeito do Septo Ventricular

EA - Estenose da Aorta

EM – Estenose Mitral

EP - Estenose Pulmonar

F – Feminino

FCR - Figura Complexa de *Rey*

FCRc - Figura Complexa de *Rey* Cópia

FCRm - Figura Complexa de *Rey* Memória

IVA – Insuficiência da Válvula Aórtica

IVM – Insuficiência da Válvula Mitral

m – Média

M - Masculino

MD - Memória de Dígitos

ML - Memória Lógica

N - Número de Indivíduos

Nº - Número

NEO-FFI – NEO *Five Factor Inventory*

p- Significância

PCA – Persistência do Canal Arterial

Pro. Chave - Procura da Chave

PVM – Prolapso da Válvula Mitral

r1 - Correlação *Coefficient*

RVA – Retorno Venoso Anômalo

SADS- *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

Stroop C – Stroop Cor

Stroop P – Stroop Palavra

Stroop I – Stroop Interferencia

TF - Tetralogia de *Fallot*

TGV - Transposição dos Grandes Vasos

TMT - *Trail Making Test*

TMT-A - *Trail Making Test* Parte A

TMT-B - *Trail Making Test* Parte B

VAB – Válvula Aórtica Bicúspide

VPD - Válvula Pulmonar Displásica

VU - Ventrículo Único

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

χ^2 - *Chi-Square*

YSR - *Youth Self Report*

Índice

Introdução	1
Capítulo I	3
Enquadramento Teórico	3
Cardiopatias Congénitas	3
Cardiopatias Congénitas Cianóticas	3
Cardiopatias Congénitas Acianóticas	4
Desenvolvimento Fetal	6
Cardiopatias Congénitas e o Desenvolvimento Neuropsicológico	8
Ajustamento Psicossocial, Traços da Personalidade e a Morbilidade Psiquiátrica nas Cardiopatias Congénitas	10
Estudo Empírico	12
Capítulo II	12
Objetivos	12
Hipóteses	13
Capítulo III	14
Caracterização da Amostra	14
Instrumentos de Avaliação.....	14
Procedimento	19
Desenho	19
Análise Estatística	19
Capítulo IV	21
Apresentação dos Resultados	21
Caracterização dos Participantes	21
Resultados no que respeita ao Desempenho Neurocognitivo	24
Discussão dos Resultados	40
Conclusão	48
Bibliografia	50

Índice das Tabelas

Tabela 1 - Caracterização das variáveis demográficas (idade, género e anos de escolaridade) da amostra.....	21
Tabela 2 - Caraterização do grupo de doentes de acordo com as variáveis demográficas.	21
Tabela 3 - Caraterização do grupo de doentes de acordo com as variáveis clínicas.	22
Tabela 4 - Caraterização do grupo de doentes de acordo com as variáveis neonatais.....	23
Tabela 5 - Caraterização do grupo de doentes de acordo com a psicopatologia.	23
Tabela 6 - Comparação entre o grupo de doentes e o grupo de controlo em relação às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.....	24
Tabela 7 - Diferenças entre as cardiopatias cianótica e acianótica em relação às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.....	24
Tabela 8 - Diferenças entre género, relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.....	25
Tabela 9 - Diferenças entre realização ou não de intervenção cirúrgica, relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.....	26
Tabela 10 - Comparação das lesões residuais relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.	27
Tabela 11 - Diferenças entre atividade física limitada e satisfatória relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.....	28
Tabela 12 - Diferenças no percurso escolar relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.	28
Tabela 13 - Diferenças da terapia farmacológica em relação às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.	29
Tabela 14 - Diferenças em relação aos internamentos, relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.....	30
Tabela 15 - Diferenças em relação aos cuidados intensivos, relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.....	31
Tabela 16 - Diferenças entre o Estilo educacional, relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.....	31
Tabela 17 - Correlação de Pearson entre os domínios cognitivos e a idade, anos de escolaridade, perímetro, Apgar 1 e 2, peso e o comprimento.....	32
Tabela 18 - Frequências dos Clusters (fenótipos).....	33

Tabela 19 - Frequência de pacientes por cardiopatia e cluster.....	33
Tabela 20 - Qui-Quadrado – Diferenças entre clusters.....	34
Tabela 21 - Frequência de pacientes por gênero e cluster.	34
Tabela 22 - Qui-Quadrado – Diferenças entre clusters em relação à variável sexo.....	34
Tabela 23 - Comparações entre os clusters relativamente às variáveis demográficas, neonatais e clínicas, segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.....	34
Tabela 24 - Comparações entre os clusters relativamente aos domínios cognitivos, segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.	35
Tabela 25 - Comparação entre os clusters e o ajustamento psicossocial, CBCL segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.....	36
Tabela 26 - Comparação entre os clusters e o ajustamento psicossocial, ABCL segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.....	36
Tabela 27 - Comparação entre os clusters e o ajustamento psicossocial, YSR segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.....	37
Tabela 28 - Comparação entre os clusters e o ajustamento psicossocial, ASR segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.....	37
Tabela 29 - Comparação entre os clusters e o ajustamento psicossocial, segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.....	38
Tabela 30 - Preditores de pior desempenho neurocognitivo, segundo a regressão linear stepwise.....	39

Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

- Consentimento Informado.

Anexo II – Instrumentos de Avaliação

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

Introdução

As Cardiopatias Congénitas (CC) compõem o grupo de malformações mais frequente à nascença, tratando-se de uma doença crónica diagnosticada ainda no período fetal, entre a 3ª e a 6ª semana (Nousi & Christou, 2010). ‘Representam alterações que ocorrem durante a gestação na formação do coração, assim como dos vasos sanguíneos, proporcionando deste modo, malformações cardíacas.’ (Coelho, Teixeira, Silva, Vaz, Vieira, Proença, Moura, Viana, Areias & Areias, 2013).

Pelo seu mau prognóstico, as CC representam a causa mais comum de morbilidade e mortalidade infantil (Donofrio & Massaro, 2010). Na década de 50, apenas 20% das crianças que nasciam com CC moderada ou severa sobreviviam ao primeiro ano de vida. O crescente interesse na investigação e tratamento das CC proporcionou um desenvolvimento exponencial associado à evolução das cirurgias cardíacas e ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das técnicas de diagnóstico (Popelová, Oechslin, Kaemmerer & Sutton, 2008), que permitiram que este seja realizado de uma forma cada vez mais precoce possibilitando um melhor entendimento das futuras lesões (Pike, Krishnan & Donofrio, 2014), assim como à diminuição da idade em que a criança é sujeita à intervenção cirúrgica (Puiac, Opris, Toganel, Ciorba, Suciuc & Brinzaniuc 2014).

Ao longo dos anos a incidência de cardiopatias congénitas tem-se mantido constante, ocorrendo proporcionalmente entre todos os grupos étnicos e regiões mundiais (Curtis & Stuart, 2005). Dados de 2006, da DGS, a incidência de CC na população Portuguesa é entre 5 a 12 por mil nados vivos, sendo a patologia mais frequente entre as malformações congénitas, tendo-se verificado nos últimos anos uma diminuição dos óbitos por esta causa no 1º ano de vida, de 11.5% em 2000 para 8.7% em 2004, justificada pela “melhoria na acuidade do diagnóstico, no encaminhamento programado para o nascimento em hospitais com apoio de cardiologia pediátrica, na qualidade do transporte do recém-nascido com cardiopatia para centros especializados e, ainda, nos resultados da cirurgia cardíaca neonatal” (DGS, 2006).

Em consequência da evolução nos tratamentos e cirurgias, nos dias de hoje, 85-90% das crianças que nascem com CC sobrevivem até à idade adulta (Reid, Webb, Barzel, McCrindle, Irvine & Siu, 2006) o que mudou a prevalência mundial da doença que já tem

mais doentes adultos do que crianças (Marelli, Ionescu-Iltu, Mackie, Guo, Dendukuri, & Kaouache, 2014). Porém este aumento da taxa de sobrevivência pode apenas ser devido a alterações fisiológicas cardiovasculares leves que permitem que o indivíduo tenha uma vida normal (Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo & Jameson, 2006). Estes doentes enfrentam assim novos desafios médicos, psicológicos e comportamentais ao longo da sua vida (Karsdorp, Everaerd, Kindt & Mulder, 2007; Kovacs, Sears & Saidi, 2005; Krol *et al.*, 2003 cit. in Rassart, Luyckx, Goossens, Apers, Klimstra, & Moons, 2012).

Se bem que, atualmente a maioria das crianças com CC sobreviva até à idade escolar, um grande número delas apresenta ou apresentará um desenvolvimento neurocognitivo comprometido em vários domínios (Bellinger, Wypij, Duplessis, Rappaport, Jonas, Wernovsky & Newburger, 2003b).

Neste seguimento, a presente dissertação elaborada na linha de investigação em curso das CC, teve como propósito analisar, e determinar com maior detalhe, a influência das CC no desenvolvimento cerebral do feto e da criança, bem como identificar quais os preditores de um mau desempenho neurocognitivo. Este tema surgiu do interesse em pesquisar esta população por se tratar de uma condição crónica, despertando interesse para os profissionais de saúde. Neste âmbito o âmbito de interesse, não está só focalizado na sobrevivência a longo prazo, mas também na compreensão das morbilidades associadas à patologia, (Kenny & Stuart, 2008) nomeadamente relacionados com a qualidade de vida, ajustamento psicossocial, morbilidade psiquiátrica e desenvolvimento neurocognitivo desta população (Massaro, El-dib, Glass & Aly, 2008).

Após o referencial teórico sobre a temática em questão, são descritos os objetivos gerais e os específicos direcionados às variáveis em análise, bem como as hipóteses deste estudo. De seguida, são apresentados os resultados estatísticos das respetivas variáveis que ao serem analisados permitiram a discussão dos mesmos e, finalmente, são expostas as conclusões deste estudo como síntese final.

Capítulo I

Enquadramento Teórico

Cardiopatias Congénitas

As CC são anomalias morfológicas do coração, presentes ao nascimento, resultantes de um desenvolvimento embrionário anómalo de uma estrutura normal, ou da incapacidade dessa estrutura prosseguir para além de um estágio inicial de desenvolvimento fetal ou embrionário (Popelová *et al.*, 2008; Fauci *et al.*, 2008). A sua etiologia pode ser resultante de fatores ambientais e predisposições genéticas sendo estas irregularidades cromossómicas ou de mutações (Cleziou, & Lange, 2014).

Mediante o espectro da malformação cardíaca, as CC podem ser classificadas, perante a sua gravidade, em Leves, Moderadas ou Graves e Complexas (Kovacs, *et al.*, 2005). As CC simples ou leves conferem poucas limitações à vida do paciente, normalmente são assintomáticas e na maioria dos casos não necessita de intervenção cirúrgica. As moderadas, os pacientes frequentemente necessitam de intervenção cirúrgica, em que os resultados desta contribui para a evolução e expectativa de vida. Os pacientes afetados pelas CC complexas necessitam de monitorização cardíaca frequente, devido às limitações impostas pela doença sendo submetidos a uma ou a múltiplas intervenções cirúrgicas (Kovacs, *et al.*, 2005; Miatton, De Wolf, François, Thiery & Vingerhoets, 2006).

Clinicamente podem ser classificadas em dois grupos – cianóticas ou acianóticas, de acordo com o grau de saturação de oxigénio no sangue (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

Cardiopatias Congénitas Cianóticas

A condição cianótica é normalmente caracterizada por uma coloração azulada da cor da pele, causada pelo baixo nível de oxigénio no sangue (Nousi & Christou, 2010), sendo esses sintomas claros e precoces. Portanto, os pacientes com CC cianóticas padecem de uma dessaturação do oxigénio arterial, como resultado de um desvio do sangue venoso para o sangue arterial (Brickner, Hillis & Lange, 2000b).

As CC cianóticas mais persistentes são a Tetralogia de Fallot (TF), caraterizada por quatro componentes: a comunicação interventricular, a obstrução do ventrículo direito, a hipertrofia do ventrículo direito e o deslocamento da aorta. Normalmente as crianças com esta CC, se não operadas, dificilmente chegam à idade adulta, uma vez que no primeiro ano

de vida tem 40% de hipóteses de sobrevivência e estas probabilidades diminuem exponencialmente com o aumento da idade (Brickner, *et al.*, 2000b). E o Síndrome de *Eisenmenger* é resultante de um defeito congênito que vai permitir que o sangue desoxigenado volte a percorrer a circulação sistêmica, uma vez que o defeito não permite que o sangue seja corretamente bombeado para as artérias pulmonares para ser oxigenado, estando esta relacionada com grandes problemas vasculares pulmonares (Brickner, *et al.*, 2000b).

Porém, outras patologias estão inseridas nas CC Cianóticas como, a Transposição das Grandes Vasos (TGV), o Ventrículo Único (VU) e a Anomalia de *Ebstein* (AE) (Brickner *et al.*, 2000b).

Na TGV existe uma troca (transposição) de duas grandes artérias, a aorta e a artéria pulmonar, que emerge do ventrículo esquerdo, existindo assim duas circulações separadas e paralelas (Arend *et al.*, 2005). Habitualmente esta cardiopatia é diagnosticada à nascença tendo que ter existido alguma comunicação entre as duas artérias durante o período fetal para sustentar a vida (Kasper *et al.*, 2006).

O VU está inserido nas cardiopatias mais complexas, pelo que ambas as válvulas atrioventriculares ou uma válvula atrioventricular comum abre-se numa única câmara ventricular. Dadas às anomalias associadas a taxa de sobrevivência nestes pacientes até à idade adulta, está dependente de um fluxo sanguíneo pulmonar normal, da resistência pulmonar e de uma correta função ventricular (Kasper *et al.*, 2006).

A AE é caracterizada por uma anomalia da válvula tricúspide que faz a ligação entre o átrio direito e o ventrículo direito, em consequência de uma fixação anormal das cúspides valvulares, uma vez que os tecidos da válvula tricúspide de Ebstein são displásicos o que causa a insuficiência (Brickner, *et al.*, 2000b).

Cardiopatias Congênitas Acianóticas

Contrariamente às CC cianóticas, as CC acianóticas são caracterizadas por uma saturação do oxigénio no sangue arterial e por uma coloração normal da pele (Nousi & Christou, 2010). Neste grupo inserem-se a Comunicação Interatrial (CIA), Comunicação Interventricular (CIV), Persistência do Canal Arterial (PCA), Estenose Aórtica (EA), Estenose Pulmonar (EP), e Coartação da Aorta (CoA).

A CIA é caracterizado pela comunicação persistente entre ambos os átrios, ou seja há uma abertura entre o septo interatrial, que permite a passagem de sangue entre o átrio esquerdo e o átrio direito, levando sangue oxigenado para a localização de sangue venoso. Geralmente os pacientes com CIA são assintomáticos no início da vida, embora possa ocorrer um subdesenvolvimento físico e uma maior tendência a infecções respiratórias com o avanço da idade, um número significativo de pacientes desenvolve arritmias, hipertensão arterial pulmonar e insuficiência cardíaca (Kasper *et al.*, 2006; Arend *et al.*, 2005).

Relativamente ao CIV, é a CC mais comum nas crianças, aparecendo muitas vezes associadas a outras doenças cardíacas. Usualmente refere-se a um defeito isolado ou então é devido a uma combinação de anomalias que envolve uma abertura, em geral única e situada na porção membranosa do septo. Uma grande maioria destes pacientes recebem assistência médica e, muitas vezes, cirúrgica muito precocemente na vida (Brickner, *et al.*, 2000a; Kasper *et al.*, 2006; Arend *et al.*, 2005).

A PCA ocorre quando o ducto arterioso mantém-se aberto após o nascimento. O ducto arterioso é um canal presente no coração dos fetos pré-natais que interliga a aorta à artéria pulmonar para que o sangue venoso seja restabelecido com oxigênio através da placenta sem ter de passar pelos pulmões do feto, normalmente, o canal vascular está aberto, mas fecha-se logo após o nascimento (Kasper *et al.*, 2006; Arend *et al.*, 2005).

A EA é das cardiopatias mais frequentes, caracterizada por malformações que causam obstrução da saída ventricular esquerda, isto é, a válvula aórtica apresenta um defeito congênito ficando mais estreita do que o normal, levando à atrofia gradual do ventrículo esquerdo. Nesta cardiopatia estão incluídas a estenose aórtica valvular, estenose subaórtica individualizada, estenose aórtica supra-avalvular e miocardiopatia obstrutiva hipertrófica (Kasper *et al.*, 2006; Arend *et al.*, 2005).

A EP é caracterizada por uma obstrução do fluxo de saída do ventrículo direito, devido a um estreitamento do tronco da artéria pulmonar. A sintomatologia advém da severidade da estenose, por norma pacientes com gravidade ligeira são assintomáticos e demonstram pouca ou nenhuma progressão em termos de gravidade com a idade, no entanto, pacientes com estenose mais severa a gravidade pode aumentar com o tempo, sendo que os sintomas variam de acordo com o grau de obstrução, podendo surgir sintomas como, a fadiga, dispneia, insuficiência ventricular direita e síncope (Kasper *et al.*, 2006; Arend *et al.*, 2005).

No que concerne à CoA esta é caracterizada por um estreitamento de uma secção da aorta, esta anomalia faz com que o ventrículo esquerdo tenha que exercer mais força do que o normal, para que o coração possa impulsionar o sangue para as partes mais distais do corpo. A sintomatologia mais comum corresponde a hipertensão arterial, cefaleias, tonturas, palpitações, insuficiência cardíaca ou dissecção da aorta (Brickner *et al.*, 2000a).

Desenvolvimento Fetal

O período de gestação é dividido em trimestres que assinalam grandes marcos do desenvolvimento embrionário fetal. O primeiro trimestre é marcado pela formação de praticamente todos os órgãos do bebé. A maturação morfológica do coração ocorre aproximadamente na sétima semana de gestação, contudo o cérebro ainda se encontra em desenvolvimento, com alterações significativas por um período de tempo mais alargado (McQuillen, Goff & Licht, 2010). Este desenvolvimento está associado ao aumento da atividade metabólica, da qual o cérebro está dependente do coração para a entrega de oxigénio e de nutrientes. Crescentes evidências clínicas sugerem que as anomalias neurológicas podem começar durante a vida fetal (Limperopoulos, Tworetzky, McElhinney, Newburger, Brown *et al.*, 2010) e um preciso diagnóstico pré natal pode sugerir testes adicionais, incluindo avaliação genética, imagens anatómicas incluindo imagiologia cardíaca que podem apresentar valiosas informações na avaliação global do feto (Limperopoulos *et al.*, 2010). O desenvolvimento neurológico adverso é comumente observado em crianças com várias formas de CC, a explicação surge a partir da observação de que muitas formas de cardiopatias afetam a circulação fetal e por subsequente diminuem o oxigénio do cérebro e/ou a troca de nutrientes, o que pode resultar no atraso do desenvolvimento cerebral, existindo assim uma relação entre o desenvolvimento cerebral e as CC. Na circulação sanguínea fetal normal, o sangue oxigenado é direcionado para o cérebro e o sangue desoxigenado para a placenta, no caso de um feto com CC evidencia-se anormalidades no fluxo sanguíneo cerebral (McQuillen & Miller, 2010). Ainda no útero ou após o nascimento, verifica-se um comprometimento na passagem de sangue até ao cérebro, influenciando assim o seu desenvolvimento (Marino, Lipkin, Peacock, Gerdes, Gaynor, & Mahle, 2012), uma vez que a maturação cerebral poderá estar associada à oxigenação intra-uterina e ao período pós-natal recente (Licht *et al.*, 2004; Donofrio *et al.*, 2003; Kaltman, Di, Tian & Rychik, 2005).

Cardiopatias como ventrículo único, estenose da aorta ou coarctação aórtica é sugestivo de um padrão de ejeção ventricular esquerda restrito e fluxo diminuído, na aorta ascendente para os vasos da cabeça e pescoço (Sethi, Tabbutt, Dimitropoulos, Harris, Chau, Poskitt, *et al.*, 2013). Em geral, esse padrão é consistente com a hipótese de que a diminuição do fluxo sanguíneo cerebral e troca de oxigênio e nutrientes conduz a atraso do desenvolvimento cerebral do feto (McQuilen & Miller, 2010).

Existe consenso na literatura a respeito da existência de alterações no desenvolvimento cognitivo de jovens com CC. Estas alterações são confirmadas através de avaliações neuropsicológicas (Limperopoulos, Majnemer, Shevell, Rosenblatt, Roblicek & Tchervenkov, 2000; Wray & Sensky, 2001; Majnemer, Limperopoulos, Shevell, Rohlicek, Rosenblatt, 2008; Massaro, *et al.*, 2008). Owen e colaboradores (2014) verificaram baixas pontuações na Bayley (*Bayley Psychomotor Developmental Index*) quando pretenderam apurar a relação entre alterações do volume cerebral e o estado do neurodesenvolvimento e desempenho neurocomportamental nos recém-nascidos. E também, através de técnicas de neuroimagem, como as ressonâncias magnéticas ao cérebro. A realização deste exame antes da cirurgia demonstrou alterações neuroanatômicas como a microcefalia (Chock, Reddy, Bernstein & Madan, 2006; Mahle, Tvani, Zimmerman, *et al.*, 2002) e a ocorrência de lesões como hemorragia intraventricular, atrofia cerebral, lesões isquêmicas (Massaro *et al.*, 2008).

Ainda no estudo de Owen e colaboradores (2014) verificaram que em recém-nascidos acianóticos há uma associação entre o volume reduzido do cerebelo e comportamento anormal. Esta observação é consistente com a evolução da importância do cerebelo em contribuir para a alta ordem cognitiva e comportamental (Owen *et al.*, 2014). O cerebelo, especificamente o vermis central é uma região com metabolismo ativo e um que requer maior fluxo sanguíneo durante a gestação, especificamente no fim da gestação. Portanto autores inferem que durante este período, o déficit de circulação pode tornar-se suscetível de causar distúrbios de desenvolvimento em recém-nascidos acianóticos. Se bem que estudos realizados apresentam limitações, pelo número reduzido da amostra e a variedade de cardiopatias dos sujeitos, resultados apontam que a morfologia cardíaca tem um papel mediador entre o desenvolvimento cerebral e o comportamento. Recém-nascidos cianóticos e acianóticos são diferentes, tendo a fisiologia cardíaca um papel no desenvolvimento do neurocomportamento e maturação estrutural (Owen *et al.*, 2014). A exposição a condições

de grave hipoxia crônica tem sido associada a uma redução do volume do cérebro e do hipocampo que reflete aprendizagem e memória prejudicada (Owen *et al.*, 2014). Tal configuração deficitária e em risco desenvolvimental remete não só para problemas cognitivos, como de regulação comportamental a nível emocional e relacional, assinalados pela literatura (Marino, Lipkin, Nweburger, *et al.*, 2005; Torowicz, Irving, Hanlon *et al.*, 2010; Andescavage, Plessis, Limperopoulos, *et al.*, 2015).

A determinação dos parâmetros de desenvolvimento fetal como o perímetro cefálico, comprimento, peso e índice de Apgar (1º e 5º minutos) estão de alguma forma relacionados com o desempenho neurocognitivo podendo ser indicadores da vulnerabilidade do índice de desenvolvimento mental e psicomotor (Gaynor, Jarvik, Bernbaun, Gerdes, Wernovsky *et al.*, 2006). O perímetro cefálico é determinado principalmente pelo desenvolvimento do cérebro, alguns estudos referem que crianças com CC tendem a apresentar um perímetro cefálico mais baixo, que poderá ter repercussões ao nível do desenvolvimento neurocognitivo (Wernovsky, 2006; Donofrio & Massaro, 2010) e conseqüentemente dificuldades académicas (Wernovsky, 2006). O baixo Índice de Apgar aos 5 minutos permite identificar os bebés clinicamente instáveis, exigindo um acompanhamento mais próximo, sendo igualmente um indicador de alterações neurológicas (Chock *et al.*, 2006).

Cardiopatias Congénitas e o Desenvolvimento Neuropsicológico

Como descrito anteriormente, as irregularidades da circulação sanguínea fetal, nomeadamente na dinâmica de distribuição/ ou privação de oxigénio no cérebro implícita à presença de CC, assume uma influência significativa no desenvolvimento cerebral e crescimento somático. Com isto, estes fatores, revelam-se como potenciais percussores de anomalias no desenvolvimento neurocognitivo a longo prazo.

São múltiplos os domínios cognitivos afetados pelas CC e presentemente são vários os estudos que têm avaliado um vasto número de variáveis neurocognitivas com o objetivo de estudar a possível existência de conseqüências neurodesenvolvimentais em crianças com CC (Brosig, Mussatto, Kuhn, & Tweddell, 2007; Bellinger & Newburger, 2010; Gerdes & Flynn, 2010). Neste seguimento vários estudos convergem na mesma ilação, que os domínios mais discutidos, estudados e afetados pelas CC são a capacidade de discurso e linguagem, capacidades visuoespaciais, funcionamento executivo, domínio da atenção, capacidade de memória e funções motoras (Bellinger *et al.*, 2003; Daliento, Mapelli & Volpe, 2006; Miatton

et al., 2006); Bellinger & Newburger, 2010; Calderon, Bonnet, Courtin, Concordet, Plumet, & Angeard, 2010).

Porém, em muitas investigações as avaliações são realizadas em crianças, maioritariamente no período da primeira infância, o que não permite a avaliação de determinadas funções que têm maturação mais tardia, nomeadamente, o funcionamento executivo (Bellinger & Newburger, 2010), sendo os défices neurocognitivos reconhecidos posteriormente, sobretudo em idade escolar (Gerdes & Flynn, 2010).

A prevalência dos estudos efetuados sobre os efeitos neurológicos em crianças com CC têm-se focado em fatores relacionados com a cirurgia, nomeadamente quando a perfusão cerebral pode estar comprometida durante a circulação extra corporal (Donofrio & Massaro, 2010). Neste seguimento, esses estudos demonstram que um grande número de crianças que foram submetidas a cirurgia cardíaca na infância, manifestam problemas neurológicos (Chock *et al.*, 2006), nomeadamente défices cognitivos, de atenção e funcionamento executivo, de capacidades visuomotoras e visuoespaciais, atraso na aquisição da linguagem expressiva e dificuldades de aprendizagem (Bellinger *et al.*, 1999; Miatton, De Wolf, François, Thierry & Vingerhoets, 2007a; Daliento, *et al.*, 2006; Brosig, *et al.*, 2007; Gerdes & Flynn, 2010; Fuller *et al.*, 2009) e conseqüentemente um progresso académico insatisfatório (Majnemer & Limperopoulos, 1999).

Vários estudos mencionam que crianças com CC apresentam alterações no funcionamento executivo (Bellinger *et al.*, 2003b; Miatton *et al.*, 2007a; Miatton *et al.*, 2007b). Bellinger e Calderon (2010), estudaram a predominância de problemas comportamentais e de adaptação social associados ao neurodesenvolvimento destas crianças concluindo que défices na função executiva, podem levar a uma diminuição da capacidade da teoria da mente agravando assim problemas como incapacidade de inibição de respostas automáticas, percepção social, dificuldades de julgamento, planeamento, tomada de decisão, resolução de problemas e desinibição comportamental (Royall, Lauterbach, Cummings, Reeve, Rummans, *et al.*, 2002).

Ajustamento Psicossocial, Traços da Personalidade e a Morbilidade Psiquiátrica nas Cardiopatias Congénitas

O diagnóstico de CC nem sempre é o maior problema para estes pacientes, mas sim questões de variáveis psicossociais associadas à perceção da qualidade de vida, a adaptação psicossocial, a défices neurocognitivos e a morbilidade psiquiátrica (Kovacs *et al.*, 2005; Berghammer, Dellborg, & Ekman, 2006; Bellinger & Newburger, 2010; Olsen, Sorensen, Hjortdal, Christensen & Pedersen, 2011). Neste sentido o âmago de interesse, não está só focalizado na sobrevivência a longo prazo, mas também na compreensão das morbilidades associadas à patologia, (Kenny & Stuart, 2008) uma vez que esta é acompanhada por fatores de stress e desafios substanciais ao longo da vida (Mussatto, 2006).

Os estudos de Bellinger e Newburger (2010) revelaram que crianças com CC significativas apresentam maior risco de dificuldades comportamentais e baixos níveis de competência social e académica. O facto de necessitarem de hospitalizações frequentes durante o período da infância, também contribui para que estes doentes piorem ainda mais o seu desenvolvimento neurológico (Kovacs, *et al.*, 2005; Wernovsky, 2006). Para além disso, problemas relacionados com a ansiedade, a depressão, a atenção, a cognição social, os fatores familiares e a relação entre pares podem ser mais determinantes do que a própria doença ou fatores relacionados com a intervenção cirúrgica, que é um fenómeno muito recorrente (McCusker, Armstrong, Mullen, Doherty & Casey, 2012). Após as intervenções cirúrgicas, as crianças são confrontadas com o aparecimento de uma incisão no tórax, que por vezes é de grandes dimensões, sendo esta uma característica reveladora da doença, levando a que seja questionada e alvo de comentários nos diversos contextos em que está inserida, sobretudo no espaço escolar (Nousi & Christou, 2010; Kovacs *et al.*, 2005). Uma outra condição muitas vezes presente nestes doentes é o atraso no crescimento físico, acentuado e visível a partir de uma idade muito jovem, que influencia uma má perceção de imagem corporal (Nousi & Christou, 2010) influenciando a sua adaptação à doença, uma vez que, pessoas com instabilidade emocional, quando confrontadas com *stress*, usualmente apresentam uma baixa capacidade de *coping* (Van de Vem & Engels, 2011). Porém estes doentes numa fase inicial da sua vida usam-se de todas as suas competências para conseguirem ter uma vida normal através de estratégias de *coping* que vão elaborando ao longo do tempo (Coelho *et al.*, 2013; Freitas *et al.*, 2014).

Os adolescentes com CC são propensos a sentirem-se diferentes dos seus pares saudáveis, pois deparam-se com as mudanças da adolescência e também com fatores adicionais resultante dos vários graus de limitações físicas e lesões residuais (Kim, 2014). Essas limitações são observáveis através do ritmo, uma resistência menor, que se reflete em faltas de ar, cansaço mais precoce, impossibilidade de participar em atividades durante um período muito extenso requerendo um maior número de pausas (McMurray, Kendall, Parsons, Quirk, Veldtman, & Lewin, 2001). Estas limitações conduziram a dificuldades de relacionamento com o grupo de pares, pois irá cingi-los na participação de diversas atividades, conduzindo ao isolamento e a constrangimentos a nível social (Kovacs, *et al.*, 2005), revelando também uma maior dependência dos seus progenitores (Kovacs *et al.*, 2005). A demonstração de preocupação por parte dos pais tem sido um facto observado, delimitando a atividade física dos seus descendentes, não permitindo a tomada de iniciativa prejudicando a sua própria autoestima (Nousi et al., 2010).

Segundo Mussato (2009) o ajustamento psicossocial exige ao individuo uma constante adaptação e gestão de sentimentos que despontam em determinadas situações, sendo que o indivíduo só é considerado ajustado psicologicamente quando consegue alcançar o equilíbrio e o bem-estar. Ao longo da sua vida, os doentes com CC evidenciam uma certa ambivalência, em revelar ou não a sua condição médica, desta forma tendem a encobrir a doença numa fase inicial, e apenas a divulgam quando se sentem mais confortáveis e integrados no novo contexto (Berghammer, Dellbor & Ekman, 2005). Grande parte da informação sobre o ajustamento psicossocial destes pacientes foi obtida a partir de relatórios dos pais, professores, educadores, parceiros e cuidadores que tendem a descrever mais problemas comportamentais e emocionais do que o próprio doente, que classifica o seu comportamento como idêntico ao dos seus pares.

Parece não existir consenso na literatura no que concerne a qual das cardiopatias (acianótica ou cianótica) tem maiores probabilidades de apresentar problemas comportamentais, uma vez que alguns estudos apontam no sentido dos doentes com CC cianóticas e outros estudos não evidenciam essa associação (Bellinger & Newburger, 2010; Latal, Helfricht, Ficher, Bauerfeld, & Landolt, 2009). Contudo os doentes com CC cianóticas parecem não evidenciar mais predisposição para problemas emocionais (Van Rijen, *et al.*, 2004).

Mussatto *et al.*, (2014) descrevem que os adolescentes relataram maior incidência de internalizar problemas de comportamento, como ansiedade e depressão, e uma menor qualidade de vida, tendendo a ser fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica. A prevalência de diagnóstico psiquiátrico nesta população é semelhante às que apresentam outras doenças crônicas, isto é, estas possuem duas vezes mais propensão para apresentar diagnósticos psiquiátricos quando comparadas com a população em geral (Latal, *et al.*, 2009).

Outro fator a considerar nos desafios psicossociais desta população é a personalidade destes indivíduos, no sentido de desenvolver competências de resiliência, uma vez que alguns traços de personalidade podem contribuir como risco de má adaptação à doença (Rassart *et al.*, 2012). Normalmente os adolescentes formam mais relações íntimas, estabelecem um forte senso de identidade, e se tornam em indivíduos mais maduros (Luyckx, Schwartz, Goossens, Beyers, & Missotten, 2011). Estas mudanças são do domínio biológico e psicossocial, o que geralmente é refletido em mudanças de personalidade (Klimstra, Hale, Raaijmakers, Branje, & Meeus, 2009). Na revisão de literatura sobre a personalidade em pacientes com doença crônica, podemos concluir que os cinco traços da personalidade (neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e responsabilidade) se relacionam com a adaptação à doença e com estratégias de *coping* (de Clercq, de Fruyt, Koot & Benoit, 2004; van de Ven & Engels, 2011). Porém os estudos desenvolvidos sobre a personalidade e a visão dos pacientes com CC sobre si mesmos (“autoconceito”), bem como a relação entre a personalidade e a adaptação à doença em adolescentes, recebem pouca ou nenhuma atenção na literatura (Jessica, Koen, & Philip, 2015; Rassart, Luyckx, Goossens, Apers, Klimstra, & Moons 2013).

Estudo Empírico

Capítulo II

Objetivos

O principal objetivo da presente investigação prende-se com a avaliação do desempenho neurocognitivo em adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congênitas.

Desta forma, os objetivos específicos são os seguintes:

- Comparar o desempenho neurocognitivo em adolescentes com CC;

- Avaliar se as variáveis neonatais, como o índice de Apgar (1, 2), o perímetro cefálico, o comprimento e o peso e variáveis clínicas, como o número de cirurgias, e as variáveis demográficas, como a idade, influenciam o desempenho neurocognitivo;
- Identificar diferentes fenótipos de desempenho neurocognitivo em pacientes com CC e estudar a relação destes com as variáveis demográficas, clínicas e fetais;
- Comparar o desempenho neurocognitivo dos diferentes *clusters* (fenótipos);
- Avaliar a perceção do ajustamento psicossocial, traços da personalidade e morbilidade psiquiátrica destes pacientes;
- Determinar os preditores de um mau desempenho neurocognitivo em pacientes com CC.

Este estudo torna-se pertinente na medida em que permitirá uma caracterização ao nível neurocognitivo de adolescentes e jovens adultos com CC, assim como identificar diferentes fenótipos relativamente ao desempenho neurocognitivo, possibilitando uma comparação entre eles.

Hipóteses

Para o presente estudo foram desenvolvidas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – O grupo com CC apresenta um pior desempenho nas provas neuropsicológicas, comparativamente com o grupo de controlo;

Hipótese 2 – Existem diferenças significativas no desempenho neurocognitivo entre os indivíduos com cardiopatias cianóticas e os indivíduos com cardiopatias acianóticas;

Hipótese 3 – Apurar a existência de diferenças significativas no desempenho neurocognitivo dos adolescentes com CC, considerando as variáveis: género, gravidade das CC, intervenções cirúrgicas, nº de intervenções cirúrgicas, lesões residuais, atividade física, percurso escolar, grupos etários, terapia farmacológica; internamentos frequentes; cuidados intensivos e estilo educativo.

Hipótese 4 – Verificar a existência de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis demográficas (idade e anos de escolaridade) e as neonatais e o desempenho neurocognitivo no grupo das CC;

Hipótese 5 – É possível identificar défices do funcionamento cognitivo associados a diferentes *clusters*;

Hipótese 6- Existem diferenças estatisticamente significativas nos diferentes *clusters* em relação às variáveis neonatais, demográficas e clínicas;

Hipótese 7- Existem diferenças estatisticamente significativas nos diferentes *clusters* em relação aos domínios cognitivos;

Hipótese 8- Existem diferenças estatisticamente significativas nos diferentes *clusters* em relação ao ajustamento psicossocial, aos traços de personalidade e à morbilidade psiquiátrica;

Hipótese 9 – Existem variáveis preditoras de um pior desempenho neurocognitivo.

Capítulo III

Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 459 participantes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 12 e os 30 anos, distribuídos por dois grupos: o grupo de controlo que inclui 80 participantes saudáveis (35 do sexo masculino e 45 do sexo feminino), e o grupo de doentes que inclui 379 participantes com CC (208 masculino e 171 feminino), destes indivíduos, 123 com CC Cianótica e 256 com CC Acianótica, dos quais apenas 247 completaram a avaliação neuropsicológica (130 do sexo masculino e 117 do sexo feminino).

A seleção da amostra teve em consideração alguns critérios, nomeadamente estar diagnosticado com uma CC, sendo este o principal critério de inclusão, ter entre 12 a 30 anos de idade e não apresentar outra comorbilidade mental ou física que justificasse problemas de desenvolvimento cognitivo e/ou limitasse a realização do protocolo de avaliação. Tinham também que ter acompanhamento clínico nas consultas dos serviços de Cardiologia e Cardiologia Pediátrica no CHSJ e, ter pelo menos um nível de instrução básico, que lhes permitisse a leitura, compreensão e preenchimento dos questionários.

Instrumentos de Avaliação

No plano da investigação de forma a medir os vários parâmetros pertinentes, foi elaborado um protocolo de investigação que reunia instrumentos de avaliação neuropsicológica, da qualidade de vida, do ajustamento psicossocial através do testemunho do paciente e do cuidador, e da morbilidade psiquiátrica. Para além disso, estes

instrumentos foram complementados com uma entrevista semi-estruturada e uma ficha de identificação, esclarecendo os dados pessoais e clínicos, história clínica e os parâmetros neonatais relevantes para o nosso estudo como o peso e o comprimento ao nascimento, o perímetro cefálico e o índice de Apgar (1º e 5º min). Embora a linha de investigação deste estudo ser a avaliação do desempenho neurocognitivo, toda a informação recolhida através destas provas foi tomada em consideração.

Desta forma, para a realização do estudo, avaliamos um certo número variáveis, para tal, foram consideradas todas as provas neuropsicológicas, nomeadamente Memória de Dígitos diretos e inversos (DD e DI), a Figura Complexa de *Rey* cópia e memória (FCRc e FCRm), Código–parte B, Procura da Chave (ProcChave), Stroop Palavras, Cores e Interferência (StroopP, StroopC e Stroopl, respetivamente), o *Trail Making Test* parte A e B (TMT-A e TMT-B) e Memória Lógica (ML). Foram ainda consideradas, a idade, género, CC, gravidade da CC, intervenções cirúrgicas, nº de intervenções cirúrgicas, terapia farmacológica, lesões residuais, atividade física, internamentos frequentes, cuidados intensivos, estilo educacional, desempenho escolar, ajustamento psicossocial, traços de personalidade, morbilidade psiquiátrica e dados neonatais.

Os instrumentos de avaliação utilizados para esse fim foram:

- **Consentimento Informado:** Inicialmente, começamos por utilizar um consentimento informado com o intuito de comprovação da participação do paciente no nosso estudo.
- **Ficha de Identificação:** a ficha de identificação permitiu a recolha dos dados pessoais de cada doente, juntamente com os aspetos mais significativos da sua história clínica, tais como: o diagnóstico, tipo de cardiopatia, registo de intervenções cirúrgicas, terapia medicamentosa, lesões residuais, entre outros.
- **Entrevista Semi-Estruturada:** foca aspetos relativos ao suporte social, estilo de educação familiar, percurso escolar, imagem corporal, limitações funcionais e ajustamento emocional.
- **SADS – L (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Lifetime Version*):** entrevista standardizada com o propósito de traçar um diagnóstico clínico de perturbações psiquiátricas ao longo da vida da pessoa, isto é permite fazer um relato dos episódios de doença a nível retrospectivo com recurso a uma ampla variedade de fontes como o relato de familiares ou registos médicos de forma a responder a um maior número de questões aqui incluídas (Groth-Marnat, 2009).

Para a avaliação do ajustamento psicossocial dos participantes referente aos últimos 6 meses, contou com a colaboração dos cuidadores. Os participantes com idade até aos 18 anos preencheram o *Youth Self-Report (YSR)* e os seus cuidadores o *Child Behavior Check-List (CBCL)*. Para os participantes com idade superior a 18 anos foram aplicados o *Adult Self- Report (ASR)* e o *Adult Behavior Check-List (ABCL)* aos cuidadores/companheiros, sendo todos estes questionários correspondentes ao sistema de Achenbach (ASEBA).

- **YSR (*Young Self Report*):** questionário de autorrelato que avalia competências e problemas comportamentais de crianças entre os 11 e os 18 anos de idade. Dividido em duas partes, uma delas em formato tipo *likert*, sendo esta a que foi utilizada para este estudo, inclui 119 itens com pontuação de 0 a 2; 0 (“não é verdade”), 1 (“um pouco verdade”) ou 2 (“completamente verdade”), agrupada em oito síndromes: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão (correspondem aos comportamentos de internalização), Problemas Sociais, Alterações de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinvente e Comportamento Agressivo (correspondem aos comportamentos de externalização) (Fonseca & Monteiro, 1999).
- **ASR (*Adult Self Report*):** questionário de auto-resposta similar ao YSR para indivíduos com mais de 18 anos (18 aos 59 anos). Composto por um total de 126 itens com três opções de resposta em escala *likert* que varia de 0 “não é verdade”; 1 “às vezes verdade” e 2 “verdade ou frequentemente verdade”. Avaliando diferentes áreas: Ansiedade e Depressão, Isolamento e Depressão, Queixas Somáticas (correspondem aos comportamentos de internalização); Problemas de Pensamento; Problemas de Atenção; Comportamento Agressivo e Comportamento Desviante (correspondem aos comportamentos de externalização); comportamentos intrusivos (Achenbach & Rescorla, 2003).
- **CBCL (*Child Behavior Checklist*):** questionário preenchido pelos pais ou cuidadores da criança e/ou adolescente dos 6 aos 18 anos de idade que regista de forma standardizada as competências e os problemas comportamentais englobando as mesmas questões exploradas no YSR. Para o estudo utilizou-se os 120 itens da escala pontuados de 0 a 2 sendo o 0 – “Não é verdadeiro”, 1 – “Algumas vezes verdadeiro” e 2 – “Frequentemente verdadeiro”. As áreas de avaliação debruçam-se sobre: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão (correspondem aos comportamentos de internalização), Problemas Sociais, Alterações de Pensamento,

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

- **ABCL (*Adult Behavior Checklist*):** semelhante ao CBCL, pois também é preenchido pelos cuidadores ou companheiros do adulto entre os 18 e os 59 anos de idade. O instrumento é composto por 126 itens, pontuados em 3 opções também com o intuito de avaliar o funcionamento adaptativo e problemas na mesma ordem em adultos (Achenbach & Rescorla, 2003).
- **NEO *Five-Factor Inventory* (NEO-FFI - versão reduzida):** questionário de autorrelato constituído por 60 perguntas, fornecendo dados em cinco domínios: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Amabilidade e Responsabilidade, com o intuito de avaliar a personalidade do paciente (Costa & McCrae, 2000), com uma classificação de Discordo Fortemente a Concordo Fortemente (Lima, & Simões, 2003).
- **Código- parte B:** A prova é constituída por um conjunto de símbolos simples que estão associados a números, é solicitado ao sujeito que copie, por baixo de cada número, o símbolo correspondente. A pontuação é determinada pelo número de símbolos corretamente reproduzidos no tempo limite de 120 segundos (Wechsler, 2003). Os parâmetros avaliados nesta prova são: o desempenho psicomotor, a velocidade de execução e organização perceptiva (Simões, 2002; Kamphaus, 2005).
- **Memória de Dígitos (MD):** Nesta prova é apresentado oralmente ao participante uma sequência de números e posteriormente é solicitado que os repita na mesma ordem, Dígitos em Ordem Direta (DD), ou na ordem inversa, Dígitos em Ordem Inversa (DI), permitindo avaliar a atenção imediata auditivo-verbal e a memória de trabalho, respetivamente (Lezak, 1995; Simões, 2002). Cada item é composto por dois ensaios, sendo atribuído um ponto por cada sucesso, a pontuação final corresponde à soma dos pontos obtidos em cada ensaio (Wechsler, 2003).
- **Figura Complexa de Rey (FCR):** Dividido em duas tarefas, consiste num desenho geométrico complexo, o qual é solicitado ao indivíduo que o copie (FCRc) e após três minutos o reproduza de memória (FCRm) utilizando a informação retida sobre o mesmo. A pontuação é atribuída de acordo com a riqueza e exatidão da cópia e reprodução por memória, bem como os respetivos tempos (Rey, 2002). Com este teste, observando a forma como o indivíduo copia o desenho, permite avaliar a capacidade visuoespacial

e perceptiva, e a reprodução por memória permite avaliar o domínio da memória visual (Spreeen & Strauss, 1998; Maia, Correia & Leite, 2009).

- **Procura da Chave (Pro.Chave):** É uma Sub-prova da *Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome* (BADS) em que é apresentado ao participante uma folha de papel com o desenho de um quadrado no meio e um ponto abaixo, é solicitado ao indivíduo para imaginar que perdeu as chaves num campo, representado pelo quadrado, e que desenhe o percurso que faria, começando no ponto apresentado na folha, para procurar as suas chaves garantindo que as encontra. Esta prova permite avaliar as funções executivas, especificamente a capacidade de um planeamento eficaz, e o tempo requerido para a conclusão da tarefa (Strauss, Sherman & Spreeen, 2006). A estratégia de ação é avaliada e cotada de acordo com a funcionalidade e a probabilidade de sucesso (Wilson, Alderman, Burgees, Emslie & Evans, 1996).
- **Stroop – Teste de Cores e Palavras:** Permite avaliar a capacidade de controlo inibitório através de um conjunto de provas que examinam a aptidão que o indivíduo tem em inibir respostas automáticas, a favor de respostas menos comuns. Está alicerçado em 3 partes: (1) são apresentados 100 estímulos com nomes de cores (azul, vermelho e verde), organizados em 4 colunas de forma aleatória – objetivo da tarefa: leitura; (2) inclui uma sequência de 100 estímulos na letra X pintadas a vermelho, azul e verde, organizadas em 4 colunas de forma aleatória – objetivo da tarefa: nomeação de cores; (3) os mesmos 100 estímulos estão apresentados em nomes de cores escritos numa cor diferente, dispostos em 4 colunas aleatoriamente – tarefa dissociativa (Golden & Freshwater, 2013). A pontuação é efetuada de acordo com o número de itens que o sujeito menciona em 45 segundos (Golden, 1994).
- **Trail Making Test (TMT):** Constituída por duas partes, A e B, a versão A (TMT-A) avalia a velocidade psicomotora, a capacidade de orientação visuoespacial e o processamento de informação, a versão B (TMT-B) avalia memória de trabalho, funcionamento executivo nomeadamente a capacidade de atenção dividida (Cavaco et al., 2013). No TMT-A o paciente tem que fazer a ligação do número 1 até ao 25, por ordem crescente e o mais rápido possível, e no TMT-B tem que alternar entre número e letra progressivamente até ao número 13 (Strauss, Sherman & Spreeen, 2006). A pontuação em ambas as partes é atribuída de acordo com o tempo despendido na realização da prova (Spreeen & Strauss, 1998; Periañez *et al.*, 2007).

- **Memória Lógica (ML):** A sub-prova da *Wechsler Memory Scale-III* (WMS-III) avalia a memória verbal utilizando estímulos auditivos imediatos. A tarefa consiste na leitura de uma pequena narrativa pelo examinador, à qual o sujeito terá de, imediatamente após a leitura, recordar-se de todos os pormenores desta mesma história. A pontuação é efetuada de acordo com a precisão em que o sujeito é capaz de repetir a história, sendo atribuído um ponto por cada unidade da história corretamente evocada sendo a pontuação final a soma desses pontos (Wechsler, 2008).

Procedimento

A investigação decorreu sobre a prévia aprovação do Conselho de Ética do CHSJ. A recolha dos dados ocorreu nos serviços de Cardiologia e Cardiologia Pediátrica no Centro Hospitalar de São João (CHSJ). No primeiro contato os participantes foram abordados na sala de espera, antes ou após a consulta clínica conforme a disponibilidade, onde foi explicado o objetivo da investigação, bem como todos os procedimentos e da importância da sua participação no estudo. Após o parecer positivo, preencheram o consentimento informado, aprovado pelo comité de ética do hospital, de forma a comprová-lo e seguidamente foram aplicados os instrumentos de avaliação descritos anteriormente. O preenchimento dos questionários e a realização das entrevistas foram feitas em gabinetes, bem como a recolha de informação sociodemográfica e a recolha da história clínica. Para tal, a colaboração dos serviços de Cardiologia e Cardiologia Pediátrica foi crucial.

Desenho

O desenho deste estudo é transversal, uma vez que as avaliações dos participantes nas variáveis selecionadas foram realizadas apenas num único momento.

Análise Estatística

Concluída a recolha da amostra com a aplicação dos instrumentos de avaliação, a análise e tratamento estatístico dos dados foi realizada com recurso ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 22.

Na caracterização da amostra, procedeu-se a um estudo de carácter descritivo, com a análise das frequências e medidas de tendência central e dispersão (médias e desvio padrão). Para tal, foram consideradas variáveis demográficas e variáveis clínicas dos participantes em questão.

Foi utilizado o teste *U de Mann-Whitney* para comparar as médias dos resultados brutos dos testes neuropsicológicos entre determinadas variáveis e para os restantes procedimentos foi utilizado o *Test T Student*. As correlações de *Pearson* foram utilizadas para correlacionar as variáveis sociodemográficas e clínicas com os diferentes domínios cognitivos.

Para obter um índice de desempenho geral nos testes neuropsicológicos, realizou-se a soma das pontuações z para cada participante em cada teste (invertendo os dados TMT-A e TMT-B, onde um score mais alto revela um pior desempenho, contrariamente aos outros testes). Além disso, realizou-se uma análise de agrupamento (*K-means*) para identificar grupos de sujeitos com base nas pontuações z ajustadas em cada domínio neurocognitivo. O número de *clusters* foi determinado com base nos coeficientes de determinação e número de participantes em cada cluster. Foram considerados 3 grupos adequados para procedimentos estatísticos uma vez que na possibilidade de quatro grupos um deles apresentaria uma pequena quantidade de participantes.

Após a obtenção de 3 *clusters* neurocognitivos (*cluster 1*- não prejudicados; *cluster 2*- moderadamente prejudicados; *cluster 3*- muito prejudicados) procedeu-se a comparações entre os mesmos no que concerne ao desempenho em domínios neurocognitivos, características sociodemográficas (idade e escolaridade), neonatais, variáveis psicossociais, clínicas, os valores de ajustamento psicossocial, traços de personalidade e morbilidade psiquiátrica, realizadas através da análise de variância unidirecional, ANOVA *One-way*, com comparações *Post-Hoc* (teste de *Scheffe*). As comparações de *clusters* referentes ao sexo e ao diagnóstico clínico foram realizadas por meio do teste Qui-quadrado.

Por último foi realizado uma regressão linear, com o modelo *stepwise* para determinar o impacto que as variáveis sociodemográficas e clínicas têm sobre as competências neurocognitivas do grupo de CC.

Capítulo IV

Apresentação dos Resultados

Caracterização dos Participantes

Tabela 1 - Caracterização das variáveis demográficas (idade, género e anos de escolaridade) da amostra.

	Grupo de Doentes N = 379			Grupo Controlo N = 80		
	M	Dp	N	M	Dp	N
Idade	16.15	± 3.06		16.76	±2.22	
Género (M/F)			208 /171			35 /45
Anos de Escolaridade	9.57	±2.08		10.12	±2.32	

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação às variáveis demográficas (idade ($p=.000$) e anos de escolaridade ($p=.000$)). O mesmo não acontece em relação á variável sexo ($\chi^2=1,588$; $p=.208$).

Tabela 2 - Caracterização do grupo de doentes de acordo com as variáveis demográficas.

Variáveis Demográficas		
Variável		N
Estado Civil	Solteiro/a	373
	Casado/a	3
	Divorciado/a	1
	União de Facto	2
Anos de Escolaridade	1º Ciclo	0
	2º Ciclo	39
	3º Ciclo	161
	Secundário	161
	Licenciatura	11
Profissão	Bacharelato	1
	Estudantes	347
	Trabalhadores a tempo total ou parcial	24
Reprovações	Desempregado	7
	Sim	140
Nº de Reprovações	Não	205
	Média/Desvio Padrão	0.62 ± 0.92

Tabela 3 - Caracterização do grupo de doentes de acordo com as variáveis clínicas.

Variáveis Clínicas		
Variável		N
Cardiopatias	Cianótica	123
	Acianótica	256
Gravidade da Cardiopatias	Complexa/grave	91
	Moderada/leve	259
Gravidade das Lesões Residuais	Graves/ Moderadas	57
	Leves	252
Idade do Diagnóstico	Neonatal	195
	Até 1 ano	85
	1-3 anos	22
	3-6 anos	24
	6-12 anos	229
	12-18 anos	20
Intervenções Cirúrgicas	Sim	234
	Não	141
Idade da Primeira Intervenção Cirúrgica	Período neonatal	90
	Entre 1ºano e 2ºano	11
	Entre 3ºano e 5ºano	42
	Entre 6ºano e 10ºano	22
	Entre 11ºano e 19ºano	23
Cuidados Intensivos	Sim	118
	Não	253
Limitações Físicas	Competência Física Limitada	91
	Competência Física Satisfatória	129
Terapêutica Farmacológica	Sim	108
	Não	236
Nº de Intervenções Cirúrgicas	0 Cirurgia	141
	1 Cirurgia	150
	2 ou + cirurgias	84
Tipo de Cardiopatias	TF=74; CIA=44; EM=1; TGV=39; DCE=2; AE=2; CIV=92; CoA=30; AT=1; VU=4; AVP=3; VAB=10; EA=26; IVA=2; IVM=4; PVM=6; PCA=3; VPD=2; EP=28; Cardiomiopatia=3; RVA=1; EC=1; ES=1	

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

Tabela 4 - Caracterização do grupo de doentes de acordo com as variáveis neonatais.

Variáveis Neonatais		
Variável		N
Perímetro cefálico	Dentro da norma	155
	Fora da norma	42
Apgar 1	Dentro da norma	154
	Fora da norma	44
Apgar 2	Dentro da norma	188
	Fora da norma	10
Peso	Abaixo da norma	54
	Dentro da norma	168
	Acima da norma	5
Comprimento	Dentro da norma	177
	Fora da norma	40

Tabela 5 - Caracterização do grupo de doentes de acordo com a psicopatologia.

	Frequência	Masculino	Feminino
Sem diagnóstico	279	161	118
Com diagnóstico	69	31	38
Síndrome Depressivo <i>Minor</i>	7	3	4
Síndrome depressivo <i>Major</i>	21	10	11
Perturbação de Pânico	11	4	7
Desordem de Ansiedade Generalizada	20	9	11
Personalidade Ciclotímica	4	1	3
Síndrome Maníaco	3	3	0
Síndrome Depressivo Major tipo Esquizoafetivo	1	0	1
Desordem Fóbica	2	1	1
Ausente	31	---	---
Total	348	192	156

Resultados no que respeita ao Desempenho Neurocognitivo

Tabela 6 - Comparação entre o grupo de doentes e o grupo de controlo em relação às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.

	Doentes/Controlo	N	Mean Rank	U	P
DD	Doentes	258	151,56	14.948,500	.000
	Controlo	80	227,36		
DI	Doentes	256	153,15	14.168,500	.000
	Controlo	80	217,61		
FCRc	Doentes	268	152,44	16.631,500	.000
	Controlo	80	248,39		
FCRm	Doentes	268	161,07	14.320,000	.000
	Controlo	80	219,50		
Código	Doentes	261	153,89	14.904,500	.000
	Controlo	80	226,61		
ProChave	Doentes	258	160,19	12.722,000	.002
	Controlo	80	199,52		
StroopP	Doentes	272	162,57	14.668,000	.000
	Controlo	80	223,85		
StroopC	Doentes	272	163,59	14.390,500	.000
	Controlo	80	220,38		
Stroopl	Doentes	272	162,79	14.609,500	.000
	Controlo	80	223,12		
TMT-A	Doentes	265	183,15	7.911,000	.001
	Controlo	80	139,39		
TMT-B	Doentes	264	184,85	7.299,500	.000
	Controlo	80	131,74		
ML	Doentes	257	158,29	13.033,500	.000
	Controlo	80	203,42		

Na tabela 6, estão evidenciadas as comparações entre o grupo de doentes e o grupo de controlo relativamente às provas neuropsicológicas. Foi possível verificar que o grupo de controlo teve melhores resultados em todas as provas neuropsicológicas aplicadas, exceto nas provas TMT-A (Mean Rank=183,15; $p=.001$) e TMT-B (Mean Rank=184,85; $p=.000$) em virtude da utilização de resultados brutos.

Tabela 7 - Diferenças entre as cardiopatias cianótica e acianótica em relação às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.

	Cardiopatía	N	Mean Rank	U	P
DD	Cianótica	88	121,11	6.742,000	.206
	Acianótica	169	133,11		
DI	Cianótica	88	110,53	5.811,000	.005
	Acianótica	167	137,20		
FCRc	Cianótica	89	116,37	6.352,000	.008
	Acianótica	178	142,81		
FCRm	Cianótica	89	110,62	5.840,500	.000
	Acianótica	178	145,69		

Código	Cianótica	88	113,44	6.066,500	.009
	Acianótica	172	189,23		
ProChave	Cianótica	88	114,18	6.132,000	.021
	Acianótica	169	136,72		
StroopP	Cianótica	90	118,71	6.589,000	.010
	Acianótica	181	144,60		
StroopC	Cianótica	90	127,86	7.412,000	.228
	Acianótica	181	140,05		
Stroopl	Cianótica	90	126,29	7.271,500	.150
	Acianótica	181	140,83		
TMT-A	Cianótica	89	140,46	6.367,00	.015
	Acianótica	175	124,38		
TMT-B	Cianótica	88	140,68	6.936,500	.190
	Acianótica	175	126,64		
ML	Cianótica	88	114,39	6.150,000	.027
	Acianótica	168	135,89		

Na tabela 7, realizou-se a comparação entre a CC cianótica e acianótica relativamente às provas neuropsicológicas. Verificou-se que as cardiopatias acianóticas apresentam melhores resultados nas provas DI (Mean Rank=137,20; $p=.005$), FCRc (Mean Rank=142,81; $p=.008$), FCRm (Mean Rank=145,69; $p=.000$), Código (Mean Rank=189,23; $p=.009$), Prochave (Mean Rank=136,72; $p=.021$), StroopP (Mean Rank=144,60; $p=.010$) e ML (Mean Rank=135,89; $p=.027$).

Tabela 8 - Diferenças entre género, relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.

	Género	N	Mean Rank	U	P
DD	Masculino	174	171,15	13.981,500	.748
	Feminino	164	167,75		
DI	Masculino	172	174,51	13.069,500	.240
	Feminino	164	162,19		
FCRc	Masculino	178	162,97	17.183,000	.027
	Feminino	170	186,58		
FCRm	Masculino	178	162,48	17.269,500	.023
	Feminino	170	187,96		
Código	Masculino	175	162,50	16.012,000	.102
	Feminino	166	179,96		
ProChave	Masculino	174	174,99	13.312,500	.285
	Feminino	164	163,67		
StroopP	Masculino	181	171,62	16.358,000	.355
	Feminino	171	181,66		
StroopC	Masculino	181	177,02	15.382,000	.922
	Feminino	171	175,95		
Stroopl	Masculino	181	178,27	15.155,500	.737
	Feminino	171	174,63		
TMT-A	Masculino	179	173,59	14.751,500	.909
	Feminino	166	172,36		
TMT-B	Masculino	178	185,02	12.545,000	.016
	Feminino	166	159,07		
ML	Masculino	174	163,83	15.080,000	.313
	Feminino	163	174,52		

A tabela 8 indica-nos as diferenças nas provas neurocognitivas de acordo com o género.

Certificou-se que o sexo feminino apresenta um melhor desempenho nas FCRc (Mean Rank=186,58; $p=.027$) e FCRm (Mean Rank=187,96; $p=.023$).

Diferenças da gravidade da cardiopatia em relação às provas neuropsicológicas.

Na análise comparativa da gravidade da CC, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas provas neurocognitivas entre os pacientes com uma CC complexa/grave e os pacientes com uma CC moderada/leve.

Tabela 9 - Diferenças entre realização ou não de intervenção cirúrgica, relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.

	Intervenções Cirúrgicas	N	Mean Rank	U	P
DD	Não	89	133,10	7.841,000	.415
	Sim	166	125,27		
DI	Não	81	135,44	8.049,000	.171
	Sim	164	122,42		
FCRc	Não	94	141,24	8.812,000	.192
	Sim	171	128,47		
FCRm	Não	94	148,21	9.467,000	.017
	Sim	171	124,64		
Código	Não	90	148,33	9.254,500	.003
	Sim	168	119,41		
ProChave	Não	89	139,71	8.429,500	.062
	Sim	160	121,72		
StroopP	Não	96	138,59	8.648,500	.573
	Sim	173	133,01		
StroopC	Não	96	137,51	8.545,00	.693
	Sim	173	133,61		
Stroopl	Não	96	151,61	9.870,00	.010
	Sim	173	125,95		
TMT-A	Não	82	123,87	7.118,000	.230
	Sim	170	135,63		
TMT-B	Não	92	125,75	7.291,000	.407
	Sim	169	133,86		
ML	Não	89	139,43	8.404,000	.057
	Sim	165	121,07		

Em relação às intervenções cirúrgicas, tabela 9, verificaram-se diferenças entre os grupos, em que os indivíduos sem intervenções cirúrgicas apresentam melhores resultados nas provas FCRm (Mean Rank=148,21; $p=.017$), Código (Mean Rank=148,33; $p=.003$) e Stroopl (Mean Rank=151,61; $p=.010$) comparativamente aos indivíduos com intervenções cirúrgicas.

Diferenças entre o número de intervenções cirúrgicas, relativamente às provas neuropsicológicas.

No que se refere aos número de intervenções cirúrgicas, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas provas neuropsicológica entre os indivíduos com < 2 Cirurgia e os indivíduos com ≥ 2 Cirurgias.

Tabela 10 - Comparação das lesões residuais relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.

	Lesões Residuais	N	Mean Rank	U	P
DD	Grave/Moderada	37	108,82	2.670,500	.297
	Leve	162	97,98		
DI	Grave/Moderada	36	114,40	2.343,500	.069
	Leve	169	95,56		
FCRc	Grave/Moderada	36	84,50	3.708,000	.038
	Leve	169	106,94		
FCRm	Grave/Moderada	36	99,81	3.157,000	.722
	Leve	169	103,68		
Código	Grave/Moderada	37	99,66	3.043,000	.931
	Leve	163	106,67		
ProChave	Grave/Moderada	37	100,91	2.963,000	.915
	Leve	162	99,79		
StroopP	Grave/Moderada	37	101,89	3.223,000	.813
	Leve	170	104,46		
StroopC	Grave/Moderada	37	108,28	2.986,500	.631
	Leve	170	103,07		
Stroopl	Grave/Moderada	37	98,61	3.344,500	.545
	Leve	170	105,17		
TMT-A	Grave/Moderada	37	96,49	3.312,000	.493
	Leve	167	103,83		
TMT-B	Grave/Moderada	37	89,22	3.581,000	.130
	Leve	167	105,44		
ML	Grave/Moderada	37	102,08	2.920,000	.807
	Leve	162	99,52		

A tabela 10 mostra-nos as diferenças nas provas neuropsicológicas, em função da gravidade das lesões residuais dos pacientes, verificando-se que os indivíduos com lesões residuais leves apresentam melhores resultados na prova FCRc (Mean Rank=106,94; $p=.038$) comparativamente com os indivíduos com lesões residuais grave/moderada.

Tabela 11 - Diferenças entre atividade física limitada e satisfatória relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.

	Atividade Física	N	Mean Rank	U	P
DD	Limitada	87	100,56	4.921,000	.761
	Satisfatória	116	103,08		
DI	Limitada	87	95,30	4.463,500	.129
	Satisfatória	114	105,35		
FCRc	Limitada	89	96,44	4.578,500	.051
	Satisfatória	122	112,97		
FCRm	Limitada	89	97,63	4.684,500	.089
	Satisfatória	122	112,10		
Código	Limitada	96	91,15	4.108,500	.009
	Satisfatória	116	103,08		
ProChave	Limitada	87	102,96	4.962,500	.839
	Satisfatória	116	101,28		
StroopP	Limitada	91	97,99	4.731,500	.043
	Satisfatória	124	115,34		
StroopC	Limitada	91	100,01	4.914,500	.106
	Satisfatória	124	113,87		
Stroopl	Limitada	91	99,91	4.906,000	.102
	Satisfatória	124	103,94		
TMT-A	Limitada	88	115,73	4.380,000	.029
	Satisfatória	121	97,20		
TMT-B	Limitada	88	106,61	5.182,500	.743
	Satisfatória	121	103,83		
ML	Limitada	86	94,38	4.376,000	.135
	Satisfatória	116	106,78		

A tabela 11 apresenta as diferenças nas provas neuropsicológicas, em função da atividade física dos pacientes. Verificou-se que os indivíduos com uma atividade física satisfatória apresentam melhores resultados nas provas Código (Mean Rank=103,08; $p=.009$) e StroopP (Mean Rank=115,34; $p=.043$) comparativamente com os indivíduos com uma atividade física limitada.

Tabela 12 - Diferenças no percurso escolar relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.

	Percurso Escolar	N	Mean Rank	U	P
DD	Insatisfatório	82	95,27	4.440,000	.000
	Satisfatório	150	128,11		
DI	Insatisfatório	81	93,02	4.214,000	.000
	Satisfatório	149	127,72		
FCRc	Insatisfatório	84	108,26	5.524,000	.044
	Satisfatório	156	127,09		
FCRm	Insatisfatório	84	98,61	4.713,000	.000
	Satisfatório	156	132,29		
Código	Insatisfatório	81	103,44	5.058,000	.017
	Satisfatório	154	125,66		
ProChave	Insatisfatório	82	111,20	5.715,500	.372
	Satisfatório	150	119,40		
	Insatisfatório	86	107,19		

StroopP	Satisfatório	158	130,84	5.477,000	.012
	Insatisfatório	86	105,08		
StroopC	Satisfatório	158	131,98	5.296,000	.004
	Insatisfatório	86	100,78		
Stroopl	Satisfatório	158	134,32	4,926,000	.000
	Insatisfatório	84	134,52		
TMT-A	Satisfatório	154	111,31	5.206,000	.013
	Insatisfatório	84	132,65		
TMT-B	Satisfatório	154	112,33	5.363,500	.030
	Insatisfatório	81	98,16		
ML	Satisfatório	150	125,67	4.630,000	.003
	Insatisfatório	81	98,16		

A tabela 12 mostra-nos as diferenças nas provas neuropsicológica em função do percurso escolar dos pacientes. Verificou-se que os indivíduos com um percurso escolar satisfatório apresentam melhores resultados nas provas DD (Mean Rank=128,11; $p=.000$), DI (Mean Rank=127,72; $p=.000$), FCRc (Mean Rank=127,09; $p=.044$), FCRm (Mean Rank=132,29; $p=.000$), Código (Mean Rank=125,66; $p=.017$), StroopP (Mean Rank=130,84; $p=.000$), StroopC (Mean Rank=131,98; $p=.004$), Stroopl (Mean Rank=134,32; $p=.000$) e ML (Mean Rank=125,67; $p=.003$) comparativamente com os indivíduos com um percurso escolar insatisfatório.

Diferenças entre grupos etários relativamente às provas neuropsicológicas.

Na análise entre os grupos etários, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas provas neuropsicológicas entre os indivíduos entre os 12-18 anos e os indivíduos com 19-30 anos.

Tabela 13 - Diferenças da terapia farmacológica em relação às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.

	Terapia Farmacológica	N	Mean Rank	U	P
DD	Sim	62	113,21	5.066,000	.802
	Não	167	115,66		
DI	Sim	62	117,37	4.968,000	.684
	Não	166	113,43		
FCRc	Sim	67	108,84	5.014,500	.133
	Não	171	123,68		
FCRm	Sim	67	95,20	4.100,500	.001
	Não	171	129,02		
Código	Sim	64	116,76	5.295,000	.915
	Não	167	115,71		
ProChave	Sim	62	109,71	4.849,000	.460
	Não	197	116,96		

StroopP	Sim	69	130,12	5.305,000	.198
	Não	172	117,34		
StroopC	Sim	69	124,65	5.682,000	.606
	Não	172	119,53		
Stroopl	Sim	69	111,87	5.304,000	.198
	Não	172	124,66		
TMT-A	Sim	66	135,47	4.424,000	.014
	Não	169	111,18		
TMT-B	Sim	66	124,90	5.121,500	.331
	Não	169	115,30		
ML	Sim	62	97,47	4.090,000	.017
	Não	166	120,86		

A tabela 13 indica-nos as diferenças nas provas neuropsicológica em função da terapia farmacológica. Verificou-se que os indivíduos sem terapia farmacológica apresentam melhores resultados na prova FCRm (Mean Rank=120,02; $p=.001$) e ML (Mean Rank=120,86; $p=.017$) em comparação com os indivíduos com terapia farmacológica.

Tabela 14 - Diferenças em relação aos internamentos, relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.

	Internamentos	N	Mean Rank	U	P
DD	Sim	128	126,84	7.979,000	.799
	Não	127	129,17		
DI	Sim	127	123,89	7.605,500	.427
	Não	127	131,11		
FCRc	Sim	132	124,63	7.673,500	.061
	Não	134	142,24		
FCRm	Sim	132	119,80	7.036,000	.004
	Não	134	146,99		
Código	Sim	128	126,57	7.945,000	.531
	Não	1130	132,38		
ProChave	Sim	128	122,54	7.428,500	.233
	Não	127	133,51		
StroopP	Sim	132	137,92	8.657,000	.546
	Não	137	132,19		
StroopC	Sim	132	138,19	8.634,500	.523
	Não	137	132,03		
Stroopl	Sim	132	129,69	8.341,000	.272
	Não	137	140,12		
TMT-A	Sim	131	130,16	8.405,000	.775
	Não	131	132,84		
TMT-B	Sim	131	129,13	8.269,500	.687
	Não	130	132,89		
ML	Sim	127	124,20	7.645,000	.473
	Não	127	130,80		

A tabela 14 expõe as diferenças nas provas neuropsicológica em função dos internamentos. Apurou-se que os indivíduos sem internamentos frequentes apresentam melhores resultados na prova FCRm (Mean Rank=146,99; $p=.004$) comparativamente com os indivíduos com internamentos frequentes.

Tabela 15 - Diferenças em relação aos cuidados intensivos, relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.

	Cuidados Intensivos	N	Mean Rank	U	P
DD	Sim	107	122,91	7.373,000	.557
	Não	144	128,30		
DI	Sim	106	116,24	6.650,000	.078
	Não	144	132,32		
FCRc	Sim	112	117,14	6.792,000	.008
	Não	150	142,22		
FCRm	Sim	112	123,98	7.557,500	.165
	Não	150	137,12		
Código	Sim	109	119,63	7.045,000	.117
	Não	146	134,25		
ProChave	Sim	107	115,17	6.545,500	.041
	Não	144	134,05		
StroopP	Sim	112	128,70	8.086,500	.435
	Não	153	136,15		
StroopC	Sim	112	130,58	8.297,500	.661
	Não	153	134,77		
Stroopl	Sim	112	128,16	8.026,000	.379
	Não	153	136,54		
TMT-A	Sim	110	126,05	7.760,500	.522
	Não	148	132,06		
TMT-B	Sim	110	131,47	7.813,500	.645
	Não	147	127,15		
ML	Sim	107	122,75	7.356,500	.602
	Não	143	127,56		

Na tabela 15 são apresentadas as diferenças nas provas neuropsicológica em função dos cuidados intensivos. Verificou-se que os indivíduos sem cuidados intensivos apresentam melhores resultados na prova FCRc (Mean Rank=142,22; $p=.008$) e ProChave (Mean Rank=134,05; $p=.004$) comparativamente com os indivíduos com cuidados intensivos.

Tabela 16 - Diferenças entre o Estilo educacional, relativamente às provas neuropsicológicas, segundo o Teste U de Mann-Whitney.

	Estilo Educacional	N	Mean Rank	U	P
DD	Permissivo	147	115,10	6.042,000	.674
	Protetor	85	118,92		
DI	Permissivo	145	113,77	5.911.000	.601
	Protetor	85	118,46		
FCRc	Permissivo	149	126,60	7.688,500	.080
	Protetor	91	110,51		
FCRm	Permissivo	149	123,06	7.160,500	.465
	Protetor	91	116,31		
Código	Permissivo	147	118,83	6.590,500	.808
	Protetor	88	116,61		
ProChave	Permissivo	147	126,62	7.735,500	.002
	Protetor	85	98,99		
StroopP	Permissivo	150	131,68	8.427,500	.010
	Protetor	94	107,85		
	Permissivo	150	131,62		

StroopC	Protetor	94	107,95	8.418,000	.011
StroopI	Permissivo	150	125,40	7.485,500	.417
	Protetor	94	117,87		
TMT-A	Permissivo	149	114,59	5.899,000	.115
	Protetor	89	127,72		
TMT-B	Permissivo	149	118,43	6.471,000	.756
	Protetor	89	121,29		
ML	Permissivo	146	120,62	6.879,500	.167
	Protetor	85	108,06		

A tabela 16 exhibe as diferenças nas provas neuropsicológica em função do estilo educacional. Foi possível averiguar que os indivíduos com um estilo educacional permissivo apresentam melhores resultados na prova ProChave (Mean Rank=126,62; $p=.002$), StroopP (Mean Rank=131,68 $p=.010$) e StroopC (Mean Rank=131,62; $p=.011$) comparativamente com os indivíduos com um estilo educacional protetor.

Tabela 17 - Correlação de Pearson entre os domínios cognitivos e a idade, anos de escolaridade, perímetro, Apgar 1 e 2, peso e o comprimento.

		Idade	Anos de Escolaridade	Perímetro Cefálico	Apgar 1	Apgar 2	Peso	Comprimento
Memória	Correlação de Pearson	0,081	0,175**	0,45	-0,45	0,103	0,042	0,041
	Sig. (bilateral)	.140	.001	.549	.552	.170	.551	.570
Velocidade de Processamento	Correlação de Pearson	0,262**	0,319**	0,134	0,058	0,009	0,123	0,085
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.076	.440	.904	.081	.239
Atenção	Correlação de Pearson	0,104	0,277**	0,212**	-0,011	0,028	0,114	0,064
	Sig. (bilateral)	.058	.000	.001	.883	.707	.106	.371
Func. Executivo	Correlação de Pearson	0,122*	0,243**	0,247**	0,035	0,030	0,169*	0,150*
	Sig. (bilateral)	.026	.000	.021	.639	.687	.016	.035
Capacidade Visuoconstrutiva	Correlação de Pearson	0,113*	0,198**	0,168*	-0,006	0,051	0,158*	0,182**
	Sig. (bilateral)	.035	.000	.021	.933	.486	.021	.009
Funcionamento Cognitivo Global	Correlação de Pearson	0,185**	0,316**	0,205**	0,032	0,064	0,152*	0,123
	Sig. (bilateral)	.001	.000	.007	.677	.404	.033	.089

Na tabela 17 encontram-se os coeficientes de correlação obtidos entre os domínios cognitivos e a idade, anos de escolaridade, perímetro, Apgar 1 e 2, peso e o comprimento. Verificou-se que, os dados obtidos ao nível dos Apgar 1 e 2, não estiveram associados com nenhum domínio cognitivo.

As correlações estatisticamente significativas positivas e fortemente relacionadas para os domínios cognitivos são: Memória com anos de escolaridade ($r=0,175$; $p=.001$); Velocidade de processamento com idade ($r=0,262$; $p=.000$) e anos de escolaridade ($r=0,319$; $p=.000$); Atenção com anos de escolaridade ($r=0,277$; $p=.000$) e perímetro cefálico ($r=0,212$; $p=.001$); Funcionamento executivo com anos de escolaridade ($r= 0,243$; $p=.000$) e perímetro cefálico ($r= 0,247$; $p=.021$); Capacidade Visuoconstrutiva com anos de escolaridade ($r=0,198$; $p=.000$) e comprimento ($r=0,182$; $p=.009$).

As correlações estatisticamente significativas moderadamente relacionadas para os domínios cognitivos são: Funcionamento Executivo com idade ($r=0,122$; $p=.026$), peso ($r=0,169$; $p=.016$) e comprimento ($r=0,150$; $p=.035$); Capacidade Visuoconstrutiva com perímetro cefálico ($r=0,168$; $p=.021$) e peso ($r=0,152$; $p=.033$).

O funcionamento cognitivo global apresentou-se positiva e fortemente relacionada com idade ($r= 0,185$; $p=.001$), anos de escolaridade ($r=0,316$; $p=.000$), perímetro cefálico ($r=0,205$; $p=.007$) e moderadamente correlacionada com o peso ($r=0,152$; $p=.033$).

Tabela 18 - Frequências dos Clusters (fenótipos).

Clusters	N
1 (não prejudicados)	122
2 (moderadamente prejudicados)	95
3 (muito prejudicados)	30

Na tabela 18, estão apresentados os três *clusters* ou fenótipos neurocognitivos identificados nos pacientes com CC.

Tabela 19 - Frequência de pacientes por cardiopatia e cluster.

	Clusters			Total	
	1	2	3		
Cardiopatia	Cianótico	31	39	15	85
	Acianótico	91	56	15	162
Total	122	95	30	247	

Tabela 20 - Qui-Quadrado – Diferenças entre clusters.

	Valor	gl	Sig.
Qui-Quadrado de Pearson	9,466	2	.009
Nº de casos válidos	247		

Podemos verificar que os *clusters* 1 e 2 tem mais pacientes acianóticos, e que o *cluster* 3 apresenta uma igualdade de pacientes. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os *clusters* em relação ao tipo de cardiopatia ($\chi^2=9,466$; $p=.009$).

Tabela 21 - Frequência de pacientes por gênero e cluster.

		Clusters			
		1	2	3	Total
Gênero	Masculino	66	48	16	130
	Feminino	56	47	14	117
Total		122	95	30	217

Tabela 22 - Qui-Quadrado – Diferenças entre clusters em relação à variável sexo.

	Valor	gl	Sig.
Qui-Quadrado de Pearson	0,280	2	.869
Nº de casos válidos	247		

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os *clusters* em relação à variável sexo ($\chi^2=0,280$; $p=.208$).

Tabela 23 - Comparações entre os clusters relativamente às variáveis demográficas, neonatais e clínicas, segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.

	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		F	p	1 Vs 2	1Vs3	2Vs3
	M	DP	M	DP	M	DP					
Idade	15,98	2,495	15,16	2,818	15,53	2,3	2,648	.073	.074	.707	.789
Anos de Escolaridade	9,96	1,891	8,93	2,131	8,63	2,141	9,457	.000	.001	.006	.788
Perímetro Cefálico	34,08	1,832	33,87	1,619	32,66	2,437	5,221	.006	.794	.007	.000

Apgar 1	8,01	1,296	8,41	1,341	7,67	2,477	2,469	.088	.263	.641	.141
Apgar 2	9,65	0,797	9,60	0,756	9,38	1,071	0,892	.412	.947	.413	.556
Peso	3,29	0,807	3,09	0,567	2,84	0,771	4,178	.017	.202	.029	.341
Comprimento	48,55	2,676	48,62	2,738	46,33	6,253	4,676	.010	.990	.017	.017
Nº Inter. Cirurgicas	0,83	1,113	1,23	1,119	1,23	1,431	3,487	.032	.053	.245	1.000
Nº Reprovações	0,31	0,662	0,86	1,111	0,93	1,086	10,81	.000	.000	.006	.947

A tabela 23, apresenta os resultados através Anova *One Way*, o método *Scheffe*, para comparar e verificar se existem diferenças entre os *clusters* relativamente às variáveis demográficas, neonatais e clínicas. Os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, anos de escolaridade ($p=.000$), perímetro cefálico ($p=.006$), peso ($p=.017$), comprimento ($p=.010$), nº de intervenções ($p=.032$) e nº de reprovações ($p=0.000$) nos diferentes *clusters*. Verificou-se ainda diferenças significativas entre o *cluster* 1 e 2 ($p=.001$) e entre o *cluster* 1 e 3 ($p=.006$) na variável anos de escolaridade. Entre o *cluster* 1 e 3 ($p=.007$) e entre o *cluster* 2 e 3 ($p=.000$) na variável perímetro cefálico. Entre o *cluster* 1 e 3 ($p=.029$) na variável peso. Entre o *cluster* 1 e 3 ($p=.017$) e entre o *cluster* 2 e 3 ($p=.017$) na variável comprimento. Entre o *cluster* 1 e 2 ($p=.000$) e entre o *cluster* 1 e 3 ($p=.006$) na variável número de reprovações.

Tabela 24 - Comparações entre os *clusters* relativamente aos domínios cognitivos, segundo o Teste Anova *One-Way*, método *Scheffe*.

Domínios Neurocognitivos	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		F	p	1 Vs 2	1Vs3	2Vs3
	M	Dp	M	Dp	M	Dp					
Memória	0,39	0,596	-0,45	0,641	-1,21	0,568	104	<.001	<.001	<.001	<.001
Velocidade de Processamento	0,36	0,583	-0,60	0,605	-1,00	0,852	91,21	<.001	.001	<.001	.010
Atenção	0,25	0,619	-0,42	0,61	0,83	0,958	45,88	<.001	<.001	<.001	.014
Func. Executivo	0,27	0,377	-0,44	0,396	-0,94	0,659	130,5	<.001	<.001	<.001	<.001
Capacidade Visuoconstructiva	0,29	0,485	-0,03	0,555	-2,53	1,012	272,5	<.001	<.001	<.001	<.001
Funcionamento Cognitivo Global	0,31	0,29	-0,44	0,28	-1,11	0,64	257,17	<.001	<.001	<.001	<.001

Na análise comparativa dos diferentes *clusters* nos vários domínios neurocognitivos, tabela 24, observou-se diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios ($p < .001$).

Tabela 25 - Comparação entre os clusters e o ajustamento psicossocial, CBCL segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.

CBCL	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		F	p	1 Vs 2	1Vs3	2Vs3
	M	DP	M	DP	M	DP					
Isolamento	3,73	2,554	4,25	2,547	4,46	3,982	1,071	.345	.487	.499	.948
Queixas Somáticas	2,92	2,565	3,28	2,539	3,69	3,082	0,974	.379	.686	.423	.789
Ansiedade/Depressão	5,09	3,657	5,89	3,937	7,65	5,381	4,106	.018	.451	.019	.163
Problemas Sociais	2,27	2,010	2,81	2,160	3,58	2,352	4,099	.018	.270	.024	.288
Alterações do Pensamento	0,78	1,129	1,19	1,259	1,85	2,556	5,652	.004	.213	.005	.139
Problemas de Atenção	3,99	2,710	5,25	3,325	7,23	4,685	10,360	.000	.052	.000	.032
Comportamento Delinquente	1,86	1,789	2,01	1,697	2,31	1,975	0,642	.528	.867	.536	.768
Comportamento Agressivo	5,93	4,663	6,52	4,889	8,04	5,392	1,899	.153	.743	.154	.391

A tabela 25 indica-nos as diferenças entre *clusters* e o ajustamento psicossocial através do CBCL. Existem diferenças estatisticamente significativas entre o *cluster* 1 e 3 ao nível da ansiedade/depressão ($p = .019$), problemas sociais ($p = .024$), alterações de pensamento ($p = .005$) e problemas de atenção ($p = .000$), também existem diferenças entre o *cluster* 2 e 3 nos problemas de atenção ($p = .032$).

Tabela 26 - Comparação entre os clusters e o ajustamento psicossocial, ABCL segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.

ABCL	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		F	p	1 Vs 2	1Vs3	2Vs3
	M	DP	M	DP	M	DP					
Ansiedade/Depressão	4,67	4,705	5,43	2,936	11,50	7,778	2,078	.145	.929	.145	.265
Isolamento	3,86	4,175	4,43	5,798	1,000	0,000	0,454	.640	.959	.697	.643
Queixas Somáticas	2,43	3,641	3,00	5,066	1,000	1,414	0,203	.818	.947	.888	.820
Alterações do Pensamento	0,90	1,446	3,29	2,360	0,50	0,707	5,638	.009	.011	.948	.136
Problemas de Atenção	6,76	5,234	5,14	2,410	11,50	4,950	1,404	.263	.739	.414	.264

Comportamento Agressivo	4,76	4,085	6,29	4,231	9,00	5,657	1,140	.335	.709	.405	.724
Comportamento Desviante	2,24	2,700	0,71	0,756	5,00	2,828	2,630	.090	.365	.318	.105
Comportamento Intrusivo	2,48	3,750	5,43	4,315	4,50	4,950	1,580	.224	.246	.787	.958

A tabela 26 mostra-nos as diferenças entre *clusters* e o ajustamento psicossocial através do ABCL. Podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre o *cluster* 1 e 2 ao nível das alterações do pensamento ($p=.011$).

Tabela 27 - Comparação entre os *clusters* e o ajustamento psicossocial, YSR segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.

YSR	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		F	p	1 Vs 2	1Vs3	2Vs3
	M	DP	M	DP	M	DP					
Isolamento	3,34	2,176	3,83	2,322	4,46	2,626	2,607	.077	.418	.095	.489
Queixas Somáticas	2,56	2,550	3,11	3,345	3,00	2,514	0,785	.458	.482	.788	.986
Ansiedade/Depressão	5,63	5,205	5,75	4,098	6,42	4,159	0,297	.743	.987	.746	.819
Problemas Sociais	2,43	1,874	3,28	2,218	3,38	2,210	4,211	.016	.037	.120	.977
Alterações do Pensamento	1,66	1,875	2,11	2,605	2,54	2,267	1,833	.163	.447	.214	.708
Problemas de Atenção	4,63	3,052	5,31	3,106	6,19	3,731	2,679	.071	.403	.089	.481
Comportamento Delinvente	2,16	2,011	2,62	2,174	2,31	1,761	1,007	.367	.371	.948	.801
Comportamento Agressivo	6,00	4,305	6,80	4,965	9,81	5,564	6,445	.002	.572	.002	.024

Na tabela 27 são apresentadas as diferenças entre *clusters* e o ajustamento psicossocial através do YSR. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o *cluster* 1 e 2 ($p=.037$) ao nível de problemas sociais ($p=.037$). Entre o *cluster* 1 e 3 ($p=.002$) e entre o *cluster* 2 e 3 ($p=.024$) no comportamento agressivo.

Tabela 28 - Comparação entre os *clusters* e o ajustamento psicossocial, ASR segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.

ASR	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		F	p	1 Vs 2	1Vs3	2Vs3
	M	DP	M	DP	M	DP					
Ansiedade/Depressão	6,95	4,123	10,89	6,009	10,50	4,950	2,455	.103	.127	.602	.994
Isolamento	3,14	2,886	4,44	2,555	3,00	2,828	0,716	.497	.513	.998	.805

Alterações do Pensamento	1,71	2,217	4,22	2,489	3,00	2,828	3,737	.036	.037	.757	.798
Comportamento Agressivo	2,57	2,461	6,44	3,046	6,50	7,778	6,169	.006	.010	.220	1.000
Comportamento Desviantes	4,67	3,261	3,78	2,771	5,50	4,950	0,352	.706	.787	.940	.792
Comportamento Intrusivo	3,81	2,522	4,89	3,855	3,50	2,121	0,468	.631	.658	.990	.834
Queixas Somáticas	2,62	2,109	3,22	3,193	2,00	1,414	0,294	.748	.826	.943	.815
Problemas de Atenção	4,95	3,814	6,89	5,159	3,50	2,121	0,895	.420	.518	.896	.591

A tabela 28 expõe as diferenças entre *clusters* e o ajustamento psicossocial através do ASR. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o *cluster* 1 e 2 ao nível de alterações do pensamento ($p=.037$) e entre o *cluster* 1 e 2 no comportamento agressivo ($p=.010$).

Tabela 29 - Comparação entre os *clusters* e o ajustamento psicossocial, segundo o Teste Anova One-Way, método Scheffe.

Dimensões do Ajustamento Psicossocial	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		F	p	1 Vs 2	1Vs3	2Vs3
	M	DP	M	DP	M	DP					
CBCL Internalização	11,52	7,17	14,39	8,515	14,85	10,11	3,204	.430	.083	.190	.970
CBCL Externalização	7,37	5,463	9,17	7,347	9,96	6,508	2,462	.088	.203	.196	.864
YSR Internalização	11,12	7,854	12,65	8,198	13,38	6,027	1,226	.296	.469	.428	.918
YSR Externalização	8,10	5,602	9,72	6,715	12,46	7,29	5,051	.007	.274	.009	.167
ABCL Internalização	11,60	12,23	13,14	11,63	17,50	14,85	0,23	.796	.959	.810	.906
ABCL Externalização	10,40	11,65	9,57	5,769	21,00	24,04	0,857	.436	.986	.464	.466
ASR Internalização	9,90	5,224	16,89	9,506	12,50	4,95	3,451	.045	.045	.872	.705
ASR Externalização	10,05	7,025	17,33	12,25	11,00	8,485	2,165	.133	.135	.989	.660

Verificou-se também se existem diferenças entre as variáveis do ajustamento psicossocial entre os *clusters*, utilizando as oito principais variáveis do ajustamento psicossocial derivadas da junção de vários outros aspetos como os fatores isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, que juntos obtemos o valor da internalização. O comportamento delinvente (CBCL e YSR) ou intrusivo (CBCL e ASR) e o comportamento

agressivo, que juntos obtemos o valor da externalização e ainda os fatores de problemas sociais e alterações do pensamento.

A tabela 29 apresenta as diferenças entre *clusters* e as dimensões do ajustamento psicossocial. Observou-se diferenças estatisticamente significativas entre o *cluster* 1 e 3 ao nível de YSR externalização ($p=.009$) e entre o *cluster* 1 e 2 ao nível do ASR Internalização ($p=.045$).

Comparação entre os domínios dos traços de personalidade, a morbilidade psiquiátrica e os *clusters*.

Na análise relativamente aos domínios traços da personalidade e morbilidade psiquiátrica não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre estes dois aspetos nos diferentes *clusters*. No entanto verifica-se que os pacientes do *cluster* 1 tem valores mais altos de extroversão, abertura à experiência, amabilidade e responsabilidade. O *cluster* 3 apresenta valores mais elevados de neuroticismo.

Realizou-se uma regressão linear, com o desempenho cognitivo como variável dependente e as variáveis peso, comprimento, perímetro cefálico, apgar 1, apgar 2, cardiopatia congénita, internamentos, cuidados intensivos, nº de intervenções cirúrgicas e terapia farmacológica como variáveis independentes. O método de escolha de regressão linear foi o *stepwise*.

Tabela 30 - Preditores de pior desempenho neurocognitivo, segundo a regressão linear *stepwise*.

Modelo	R	R ²	F	P	β	T	P
2	0,260	0,068	5,420	0,005			
Perímetro Cefálico					0,069	-2,465	.015
Cardiopatia Cianótica					0,222	-1,976	.050

Segundo os resultados da tabela 30, as variáveis perímetro cefálico ($p=.015$) e CC cianótica ($p=.050$) mostram-se como preditores de um pior desempenho cognitivo.

Discussão dos Resultados

Tendo em conta os resultados obtidos, e após a análise cuidada dos mesmos, torna-se fundamental refletir sobre eles de forma a consolidá-los com a temática em estudo, compreender a sua importância e magnitude e o que trazem de inovador.

No presente estudo comparamos o desempenho do grupo de adolescentes e jovens adultos com CC em diferentes provas neuropsicológicas. Foi também viável agrupar diferentes défices do funcionamento cognitivo em subconjuntos, identificando três fenótipos neurocognitivos permitindo a análise entre eles. Para além disso foi possível prever quais as variáveis que tem maior influência no desempenho cognitivo destes indivíduos.

Neste estudo foi possível analisar uma grande diversidade de variáveis demográficas, clínicas e psicossociais inerentes à condição médica dos participantes. Desta forma nesta investigação verificou-se que os pacientes com CC, em comparação com o grupo de controlo, apresentaram resultados inferiores em todas as provas utilizadas para avaliar o desempenho cognitivo, apontando para dificuldades em vários domínios cognitivos. Os dados do nosso estudo são corroborados pela literatura que afirma, através de vários estudos realizados com crianças e adolescentes com CC, que estes apresentam desempenho inferior na avaliação neuropsicológica quando comparados com indivíduos saudáveis (Miatton *et al.*, 2007b; Pereira *et al.*, 2011).

Na análise comparativa do desempenho cognitivo entre a condição patológica cianótica e acianótica subjacente às CC, é possível concluir que as CC cianóticas têm um pior desempenho neurocognitivo comparativamente às CC acianóticas com exceção nas provas TMT-A e TMT-B que avaliam a orientação espacial, a velocidade psicomotora e a atenção dividida. A exceção dos resultados deve-se à utilização de resultados brutos, assim quanto maior o tempo despendido na realização da prova, pior o desempenho. Um *score* mais alto revela um pior desempenho, contrariamente aos outros testes. Hövels-Gürich e colaboradores (2007) referem que crianças com CC cianóticas, evidenciam um maior risco de disfunção ao nível da atenção, que crianças com CC acianóticas, também Matos e colaboradores (2013) identificaram diferenças significativas nos resultados das provas do domínio visuoespacial e funcionamento executivo, assim os resultados obtidos no nosso estudo permite-nos confirmar a hipótese 2, apontando para diferenças entre os dois subgrupos de CC.

Analisando os resultados das variáveis aqui exploradas de uma forma mais detalhada, a comparação das médias do grupo das CC em função do género indica diferenças significativas, sendo os melhores resultados obtidos pelo sexo feminino em algumas provas neuropsicológicas, nomeadamente FCRC e FCRm que avaliam o domínio visuoespacial. O valor significativo na prova TMT-B obtido pelo sexo masculino deve-se à natureza da prova, revelando um pior desempenho.

A inexistência de diferenças estatisticamente significativas no desempenho cognitivo relativamente à gravidade das CC permite-nos rejeitar a hipótese levantada, todavia estes dados não são consistentes com a literatura, em que a complexidade das cardiopatias está diretamente relacionada com a severidade e prevalência de perturbações desenvolvimentais (Mahle & Wernovsky, 2001) e a limitações impostas pela doença nomeadamente intervenção cirúrgica e afetação da circulação fetal (Kovacs, *et al.*, 2005; Miatton *et al.*, 2006).

Os adolescentes e jovens adultos sem intervenções cirúrgicas exibiram globalmente melhores resultados quando comparados com os que sofreram intervenção cirúrgica, este dado é congruente com a literatura existente, que afirma que crianças que foram submetidas a cirurgia cardíaca na infância, tendem a manifestar alterações neurológicas (Chock *et al.*, 2006), défices cognitivos nomeadamente, de atenção e funcionamento executivo, de capacidades visuomotoras e visuoespaciais, atraso na aquisição da linguagem expressiva e dificuldades de aprendizagem (Bellinger *et al.*, 1999; Miatton, De Wolf, François, Thierry & Vingerhoets, 2007a; Daliento, *et al.*, 2006; Brosig, *et al.*, 2007; Gerdes & Flynn, 2010; Fuller *et al.*, 2009) e um progresso académico insatisfatório (Majnemer & Limperopoulos, 1999).

Embora a literatura apresente tendencialmente evidência de diferenças significativas no desempenho neurocognitivo nos indivíduos com maior número de cirúrgicas devido aos internamentos frequentes e à cirurgia cardíaca tender a manifestar alterações neurológicas (Chock *et al.*, 2006), estas não se verificaram no nosso estudo como seria esperado. Subjacente à ausência de diferenças poderá estar o facto de o nosso estudo ser constituído maioritariamente por participantes que realizaram apenas uma cirurgia.

Pacientes com lesões residuais leves, parecem apresentar melhores resultados neurocognitivos nomeadamente na prova FCRC, que avalia o domínio visuoespacial, os resultados do nosso estudo estão descritos na literatura que indica as lesões residuais,

nomeadamente as cicatrizes, limitações físicas, como potenciadoras de problemas emocionais e comportamentais, na medida em que têm um papel importante no bem-estar de pacientes com CC (van Rijen et al., 2004; Kim, 2014).

Na globalidade os pacientes com atividade física satisfatória exibiram melhores resultados no desempenho cognitivo quando comparados com os que apresentam atividade física limitada. A literatura indica que limitações, nomeadamente a atividade física conduz a dificuldades de relacionamento e na participação de diversas atividades, conduzindo ao isolamento e a constrangimentos (Kovacs, *et al.*, 2005), percebemos pois, que uma atividade física satisfatória possibilita aos pacientes com CC a integração em diversas atividades que permitem o seu desenvolvimento neurocognitivo.

De acordo com os valores apurados foi possível verificar que os adolescentes com um percurso escolar insatisfatório apresentam um pior desempenho neurocognitivo em todas as provas neuropsicológicas, exceto na ProChave, quando comparados com os que apresentam um percurso escolar satisfatório. Os nossos dados vão ao encontro dos estudos de Majnemer & Limperopoulos (1999), já citado anteriormente que alerta para esse insucesso, fundamentando o nosso estudo.

Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos etários relativamente ao desempenho cognitivo. Esta hipótese foi tomada em conta, uma vez que alguns resultados podem ser justificados pela idade dos participantes uma vez que determinados défices do funcionamento cognitivo podem ser mais facilmente identificados em idades e/ou um desenvolvimento mais avançado das estruturas cerebrais. Num estudo de Spijkerboer et al., (2008) crianças mais novas apresentam alterações ao nível da compreensão verbal e organização perceptual, enquanto crianças mais velhas apresentam défices apenas na compreensão verbal.

Relativamente à terapia farmacológica, os resultados do desempenho neurocognitivo permitiram apurar que os pacientes sem terapia farmacológica apresentam melhores resultados nas provas FCRm e ML. Os resultados significativos da prova TMT-A para os pacientes com terapia farmacológica permite-nos aferir que os pacientes, sem terapia farmacológica obtém melhores resultados neurocognitivos, confirmando a nossa hipótese.

Verificou-se que os pacientes sem internamentos frequentes apresentam melhores resultados, as diferenças entre os dois grupos residem unicamente na prova FCRm que avalia o domínio da memória visual. Estes dados são documentados pela literatura que

afirma que o facto de necessitarem de hospitalizações frequentes durante o período da infância, também contribui para que estes doentes piorem ainda mais o seu desenvolvimento neurológico, desta forma o elevado número de internamentos está implícito em défices de desenvolvimento neurológico (Kovacs, et al., 2005; Wernovsky, 2006); Van Rijen *et al.*, 2004).

Quando comparados os resultados das provas neurocognitivas em função dos cuidados intensivos, verificou-se que os indivíduos sem cuidados intensivos apresentam melhores resultados, nomeadamente nas provas FCRC e ProChave, o que podemos confirmar a hipótese previamente levantada. A necessidade de cuidados intensivos pode ser justificada por uma maior gravidade da CC que é consequentemente associada a limitações cognitivas (Kovacs, *et al.*, 2005; Miatton *et al.*, 2006).

Os dados obtidos pelo nosso estudo nas provas neurocognitivas relativamente ao estilo educacional, revelaram que os indivíduos com um estilo educacional permissivo apresentam melhores resultados, nomeadamente nas provas, FCRC e ProChave quando comparados com os que tem um estilo educacional protetor. As provas FCRC e ProChave avaliam o domínio visuoespacial, e funções executivas, especificamente a capacidade de um planeamento eficaz, e o tempo requerido para a conclusão da tarefa (Strauss, Sherman & Spreen, 2006) respetivamente, isto poderá dever-se a que se sintam mais à vontade para colocarem as suas dúvidas e manifestarem interesse em certas atividades (Mellion *et al.*, 2014), desenvolvendo competências. Segundo Casey (1996) um dos erros que a família comete é a superproteção.

Depois de apuradas e analisadas as diferenças das variáveis relativamente às provas que foram utilizadas para avaliação do desempenho neurocognitivas, tornou-se pertinente uma correlação.

Desta forma, neste estudo foram realizadas correlações entre os domínios cognitivos e variáveis demográficas e neonatais no grupo das CC. No que concerne aos domínios cognitivos e as variáveis demográficas verificamos que a idade correlaciona-se positivamente com a velocidade de processamento, funcionamento executivo, capacidade visuoespacial e com o funcionamento cognitivo global, ou seja, quanto maior a idade melhor a velocidade de processamento, melhor funcionamento executivo, melhor capacidade visuoespacial e melhores resultados a nível do funcionamento cognitivo global. Verificamos também, que a variável anos de escolaridade correlaciona-se

positivamente com todos os domínios cognitivos, assim estes resultados sugerem que quanto maior o número de anos de escolaridade melhor é o desempenho do participante nestes domínios.

Os parâmetros de desenvolvimento fetal correlacionam-se positivamente com os diferentes domínios cognitivos. O perímetro cefálico correlaciona-se positivamente com a atenção, as funções executivas, a capacidade visuoespacial, e funcionamento cognitivo global, ou seja, quanto maior o perímetro cefálico melhor desempenho nos domínios supra citados. Percebemos assim que um menor perímetro cefálico parece estar associado a baixo desempenho e estas funções prejudicadas (Wernovsky, 2006; Donofrio & Massaro, 2010). O peso correlaciona-se positivamente com a função executiva, capacidade visuoespacial e funcionamento cognitivo global, e por fim, o comprimento correlaciona-se positivamente com o funcionamento executivo e a capacidade visuoespacial. Com tais características, pacientes com um menor peso e menor comprimento à nascença tem estas funções prejudicadas. Posto isto, com base em todos os resultados relativos às correlações podemos dizer que estes corroboram a nossa hipótese. Vários estudos referem resultados no desempenho cognitivo inferiores aos grupos de controlo sendo estes resultados influenciados por fatores de desenvolvimento fetal (Miatton et al., 2007; Pereira *et al.*, 2011; Bergemann *et al.*, 2014; Von Rhein et al., 2014). A determinação dos parâmetros de desenvolvimento fetal estão de alguma forma relacionados com o desempenho neurocognitivo podendo ser indicadores da vulnerabilidade do índice de desenvolvimento mental e psicomotor (Gaynor *et al.*, 2006). Se bem que os dados obtidos ao nível dos Apgar 1 e 2, não estiveram associados significativamente com nenhum domínio cognitivo, porém através do nosso estudo foi possível observar correlações negativas no Apgar 1, com os domínios cognitivos memória, atenção e capacidade visuoespacial, levando-nos a concluir que são esperados piores resultados nesses domínios.

Na presente investigação foi possível identificar três fenótipos neurocognitivos distintos nos pacientes estudados, e através das análises univariadas verificamos diferenças significativas entre eles. Desta forma, no *cluster* 1 ficaram agrupados os participantes menos prejudicados e/ou não prejudicados, a nível do desempenho neurocognitivo, no *cluster* 2, os participantes moderadamente prejudicados e no *cluster* 3, os participantes muito prejudicados, confirmando assim uma das hipóteses do estudo.

Observou-se que o *cluster*1, é o que engloba mais pacientes na generalidade, é onde se encontram os indivíduos mais velhos e com mais anos de escolaridade, e que o *cluster*2 é o que exhibe mais pacientes cianóticos, o que vai de encontro aos resultados obtidos anteriormente em que os pacientes cianóticos apresentam maiores défices que os acianóticos. O *cluster*3 é o que apresenta idades mais baixas, menos anos de escolaridade, menores valores nos parâmetros de desenvolvimento fetal e maior número de reprovações. Verificou-se ainda que o *cluster*1 tem mais pacientes do sexo masculino, comparativamente com os outros *clusters* que se encontram uniformemente distribuídos.

Ao comparar os *clusters* com as variáveis demográficas, neonatais e clínicas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, anos de escolaridade ($F=9,457$; $p=.000$), perímetro cefálico ($F=5,221$; $p=.006$), peso ($F= 4,178$; $p=.017$), comprimento ($F=4,676$; $p=.010$), nº de intervenções ($F= 3,487$; $p=.032$) e nº de reprovações ($F=10,81$; $p=0.000$) nos diferentes *clusters*.

Desta forma, foi possível apurar na variável anos de escolaridade, que os três *clusters* apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si, nomeadamente essas diferenças são entre, *cluster*1 difere com o *cluster*2 ($p=.001$) e *cluster*1 com o *cluster*3 ($p=.006$). Tal como esperado e em concordância com os resultados obtidos anteriormente em que se verificou que estas variáveis demográficas correlacionam-se com os domínios cognitivos, portanto será de esperar que o *cluster*1 obtenha melhores resultados.

Relativamente aos parâmetros de desenvolvimento fetal, em relação ao perímetro cefálico, o *cluster*3 difere do *cluster*1 ($p=.007$) e do *cluster*2 ($p=.000$). Relativamente ao peso o *cluster*1 difere do *cluster*3 ($p=.029$) e quanto ao comprimento, o *cluster*3 difere dos *cluster*1 ($p=.017$) e do *cluster*2 ($p=.017$). Tal como esperado, no *cluster*3 também nos deparamos com participantes que têm os parâmetros de desenvolvimento fetal mais baixos comparativamente aos outros *clusters* e como também já verificamos, baixos índices fetais à nascença estão relacionados com funções neurocognitivas prejudicadas (Böhm, Katz-Salamon, Smedler, Lagercrantz & Forssberg, 2002; Gaynor *et al.*, 2007; Massaro *et al.*, 2011; Donofrio & Massaro, 2010; Gaynor *et al.*, 2006).

Foi possível constatar que nos *clusters* 2 e 3 são os grupos onde se encontram os participantes que foram submetidos a mais intervenções cirúrgicas, e os que têm um maior número de reprovações existindo diferenças entre o *cluster*1 e 2 ($p=.000$) e *cluster*1 e 3 ($p=.006$). Vários estudos evidenciam que devido à doença indivíduos, CC têm mais

dificuldades em obter bons resultados escolares, devido a muitos internamentos e restrições, sendo a principal razão para o atendimento da educação especial por estes doentes devido ao seu baixo rendimento académico (Van Rijen *et al.*, 2004).

Em relação à análise do desempenho neurocognitivo médio nos três *clusters*, a análise univariada foi significativa para os três em todos os domínios neurocognitivos ($p < .001$). No *cluster 1*, o desempenho neurocognitivo foi significativamente superior em relação aos *clusters 2* e *3*. No *cluster 2*, em comparação ao *cluster 1*, encontramos resultados significativamente menores em todos os domínios cognitivos e no funcionamento cognitivo global. O *cluster 3*, em comparação com o *cluster 2*, encontramos diferenças significativas também em todos os domínios e no funcionamento cognitivo global. Vários estudos convergem na mesma ilação, que são vários os domínios cognitivos afetados nomeadamente a capacidade visuoespacial e motora, memória de trabalho, a capacidade de concentração e atenção sustentada, velocidade de processamento, e algumas capacidades executivas (Bellinger *et al.*, 2003; Daliento *et al.*, 2005; Daliento *et al.*, 2006; Bellinger & Newburger, 2010; Gerdes & Flynn, 2010).

No que se refere ao ajustamento psicossocial entre os *clusters*, comparou-se as diferenças entre as médias obtidas através do autorrelato e relato dos cuidadores. Explorando os resultados dos três *clusters* verificaram-se diferenças entre aspetos específicos, desta forma, o *cluster 3* tem um maior número de ansiedade/depressão ($p = .019$), problemas sociais ($p = .024$), alterações de pensamento ($p = .005$) e problemas de atenção ($p = .000$; $p = .032$) comparativamente ao *cluster 1* e *2*, registrado pelo CBCL. O *cluster 2* relata mais problemas sociais ($p = .037$) e o *cluster 3* comportamentos mais agressivos ($p = .002$) do que o *cluster 1* no YSR. No que se refere à verificação para adultos (ABCL) e autorrelato (ASR), houve diferenças significativas entre *clusters 1* e *2* quanto a alterações de pensamento ($p = .011$) e comportamento agressivo ($p = .010$) respetivamente.

Verificaram-se ainda diferenças no *cluster 3* quando comparado ao *cluster 1* em relação ao YSR externalização ($p = .009$), e diferenças entre o *cluster 1* com o *cluster 2* em relação ao ASR internalização ($p = .045$), isto indica-nos que os pacientes adolescentes do *cluster 3* apontam mais problemas do aspeto externo e os jovens adultos apontam mais problemas do aspeto interno. Tendo em conta estes resultados, podemos confirmar a hipótese do nosso estudo. Os dados da literatura não são unânimes, em qual dos domínios do autorrelato e relato dos cuidadores influencia as CC. Vários estudos referem uma maior

internalização por parte dos participantes com CC em comparação com os respetivos grupos de controlo (Oates, Turnbull, Simpson & Cartmill, 1994; Karsdorp *et al.*, 2007; Spijkerboer *et al.*, 2008a), em contrapartida outros estudos indicam uma maior externalização nestes pacientes (Hövels-Gürich *et al.*, 2007; Brosig *et al.*, 2007). Na presente investigação foi possível verificar que os indivíduos mais prejudicados a nível do desempenho neurocognitivo são aqueles que apresentam mais problemas no ajustamento psicossocial ao nível da externalização, uma vez que é no *cluster* 3 que estão inseridos os indivíduos mais novos.

Em relação à análise univariada entre os traços de personalidade e morbilidade psiquiátrica e os *clusters* não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre estes dois aspetos nos diferentes clusters. No entanto verifica-se que os pacientes do *cluster* 1 tem valores mais altos de extroversão, abertura à experiência, amabilidade e responsabilidade. O *cluster* 3 apresenta maiores níveis de neuroticismo. A inexistência de dados significativos não nos permitiu confirmar a nossa hipótese. Resultados obtidos por Rassart e colaboradores (2013) verificaram que, no geral, pacientes com CC apresentaram uma personalidade considerada normal.

Em relação à morbilidade psiquiátrica, apenas 69 dos pacientes, distribuídos por ambos os géneros apresentaram diagnóstico psiquiátrico, sendo a perturbação de ansiedade generalizada e a síndrome depressivo major as mais frequentes. A prevalência de diagnóstico psiquiátrico nas CC é semelhante às que apresentam outras doenças crónicas, isto é, estas possuem duas vezes mais propensão para apresentar diagnósticos psiquiátricos quando comparadas com a população em geral (Latal, *et al.*, 2009). Mussatto *et al.*, (2014) descrevem que os adolescentes relataram maior incidência de internalizar problemas de comportamento, como ansiedade e depressão, e uma menor qualidade de vida, tendendo a ser fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica.

Através da análise univariada foi possível selecionar variáveis significativas para determinar um modelo preditivo nesta vertente da investigação, sendo estas o perímetro cefálico, o peso, o comprimento, Apgar 1 e 2, tipo de cardiopatia, cuidados intensivos e o número de intervenções cirúrgicas. Para tal foi realizada uma regressão linear para verificar quais os fatores que poderiam prever um mau desempenho cognitivo na população. Com base nestes dados foi possível apurar um perfil de risco, assim, nascer com um baixo

perímetro cefálico, apresentar uma CC do tipo cianótica predizem um pior desempenho neurocognitivo em adolescentes e jovens adultos com CC.

Conclusão

O objetivo primordial deste estudo consistiu na análise das competências neurocognitivas de adolescentes e jovens adultos com CC e assim compreender e identificar variáveis que surgem associadas às diversas limitações que esta condição crônica impõe.

Durante o desenvolvimento fetal, aquando a presença de patologia, ocorrem inúmeras e sobretudo determinantes alterações, que comprometem o desenvolvimento normal a vários níveis. Com o aumento da sobrevivência de crianças e adolescentes com CC, e apesar do forte investimento na investigação na área das cardiopatias ao longo das últimas décadas, existem ainda várias questões em aberto na compreensão das limitações associadas a esta doença. Assim, salienta-se a importância em perpetuar esta linha de investigação que vem sendo desenvolvida e que tem vindo a produzir resultados importantes e contribuído para o melhor entendimento das implicações das CC de modo a fortalecer as nossas conclusões e aperfeiçoar a compreensão de quais os domínios cognitivos que apresentam maior vulnerabilidade.

Assim, de acordo com os nossos resultados é possível verificar que adolescentes e jovens adultos com CC apresentam alterações em vários domínios cognitivos, sobretudo os pacientes com CC cianótica, baixo perímetro cefálico são os principais preditores de um pior desempenho neurocognitivo.

Um dos pontos fortes deste estudo prende-se com número da amostra com CC, que já conta com um número considerável de participantes, comparativamente com outras amostras de outros estudos. Ademais, este é um estudo que se destaca pela diversidade de variáveis analisadas, pelo conjunto de diagnósticos encontrados, pela diversificada avaliação sócio-demográfica e pela abrangência de idades. Outro aspeto a ter em conta nesta investigação é a realização de correlações entre domínios cognitivos e variáveis clínicas, demográficas e neonatais, assim como comparação e análise de três grupos identificados a nível do desempenho neurocognitivo.

Porém em todos os estudos existem pontos a melhorar e a ter em conta em investigações futuras, como é o caso do *setting*, embora não tenha sido o desejável, esforçamo-nos e procurou-se um melhoramento das condições da recolha de dados para que os pacientes tivessem as condições mínimas permitindo estarem mais concentrados nas tarefas. Uma situação limitativa, e criticada pelos participantes prendeu-se com o facto de o protocolo ser extenso provocando fadiga e em alguns casos pontuais desistência a meio do processo de avaliação, mas também por falta de tempo para aplicação completa do protocolo, isto alerta-nos para quão extenso é.

Por ultimo, todos os pontos abordados até então tem-se revelado fundamentais para uma melhor compreensão das CC, deste modo e em estudos futuros seria relevante considerar e incluir outras variáveis ainda não estudadas, para uma análise ainda mais completa e holística, que podem predizer o fraco desempenho neurocognitivo, tais como as alterações genéticas, a prematuridade, ou ainda outros aspetos socioculturais como a etnicidade e o estatuto socioeconómico.

Bibliografia

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2003). Manual for the ASEBA adult forms & profiles. Burlington VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Andescavage NN, Plessis A, Limperopoulos C et al. Advanced MR imaging of the placenta: Exploring the in utero placenta–brain connection. *Seminars in Perinatology*. 2015; 39:113-123
- Arend W.P., Armitage J. O., Drazen J. M., Gill G. N., Griggs R. C., Powell D. W. & Scheld M. W. (2005); Celcil, Tratado de Medicina Interna/ editado por Golman L., Ausiello; (tradução de Ana Kemper et. al.). – Rio de Janeiro: Elsevier.
- Bellinger D., Wypij D., Kuban K., Rappaport, L., Hickey, P., Wernovsky, G., Jonas, R. & Newburger, J. (1999) Developmental and neurological status of children at 4 years of age after heart surgery with hypothermic circulatory arrest or low-flow cardiopulmonary bypass. *Circulation*. 100:526–532.
- Bellinger, D., Wypij, D., Duplessis, A., Rappaport, L., Jonas, R., Wernovsky, G. & Newburger, J. (2003b) Neurodevelopmental status at eight years in children with dextro-transposition of the great arteries: the Boston Circulatory Arrest Trial. *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*. 126:1385-96.
- Bellinger, D. & Newburger, J. (2010). Neuropsychological, psychosocial, and quality-of-life outcomes in children and adolescents with congenital heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology*. 29:87–92.
- Bergemann, A., Hansen, J. H., Rotermann, I., Voges, I., Scheewe, J., Otto-Morris, C., & Kramer, H. H. (2014). Neuropsychological performance of school-aged children after staged surgical palliation of hypoplastic left heart syndrome. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, ezu299.
- Berghammer, M., Dellborg, M. & Ekman, I. (2005). *Young adults experiences of living with congenital heart disease*. *International Journal of Cardiology*, 110, 340-347.
- Berghammer, M., Dellborg, M. & Ekman, I. (2006). Young adults experiences of living with congenital heart disease. *International Journal of Cardiology*, 110, 340-347.

- Böhm, B., Katz-Salomon, M., Smedler, A., Lagercrantz, H. & Forsberg, H. (2002) Developmental risks and protective factors influencing cognitive outcome at 5½ years of age in very-low-birth weight children. *Development Medicine & Childhood Neurology*. 44:508-16.
- Brickner, M. E., Hillis, L. D., & Lange, R. A. (2000b). Congenital Heart Disease - Second of Two Parts. *The New England Journal of Medicine*, 342(5), 334-342.
- Brosig, C., Mussatto, K., Kuhn, E. & Tweddell, J. (2007). Neurodevelopmental Outcome in Preschool Survivors of Complex Congenital Heart Disease: Implications for Clinical Practice. *Journal of Pediatric Health Care*. 21(1):3-12.
- Calderon, J., Bonnet, D., Courtin, C., Concordet, S., Plumet, M. H., Angeard, N. (2010). Executive function and theory of mind in school-aged children after neonatal corrective cardiac surgery for transposition of the great arteries. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(12), 1139-1144.
- Casey, F., Stewart, M., McCusker, C., Morrison, M., Molloy, B., Doherty, N. & Mulholland, H. (2010). Examination of the physical and psychosocial determinants of health behavior in 4–5-year-old children with congenital cardiac disease. *Cardiology in the Young* 20, 532–537.
- Chock, V., Reddy, V., Bernstein, D. & Madan, A. (2006) Neurologic events in neonates treated surgically for congenital heart disease. *Journal of Perinatology*. 26:237–42
- Cleziou, J., & Lange, R. (2014). Herzklappenerkrankungen und Schwangerschaft. *Frauenheilkunde*, 8 (1), 13 – 24.
- Coelho, R., Teixeira, F., Silva, A., Vaz, C., Vieira, D., Proença, C., Moura, C., Viana, V., Areias, J. & Areias, M. (2013). *Ajustamento psicossocial, morbilidade psiquiátrica e qualidade de vida em adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas*. *Revista portuguesa de cardiologia*. 32 (9):657-664
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (2000). *NEO PI-R Manual Profissional: Inventário de Personalidade NEO Revisto*. (1ª Ed.) Lisboa: CEGOC-TEA.
- Curtis S, Stuart A. Outcome in congenital heart disease. *Current Paediatrics*. 2005;15:549-56.
- D'Aliento, L., Mapelli, D. & Volpel, B. (2006) Measurement of Cognitive Outcome and Quality of Life In Congenital Heart Disease. *Heart* 92:569-574.

- De Clerq, B., De Fruyt, F., Koot, H. M. & Benoit, Y. (2004). Quality of Life in Children Surviving Cancer: A Personality and Multi-Informant Perspective. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(8), 579-590.
- Direção Geral de Saúde (2006). Diagnóstico Pré-Natal de Cardiopatias Congénitas, Circular Normativa de 26/09/06. Consultado em 15 de Novembro de 2016. Recuperado de: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>.
- Donofrio, M. & Massaro, A. (2010). *Impact of Congenital Heart Disease on Brain Development and Neurodevelopment Outcome*. *International Journal of Pediatrics*. 2010:1-13.
- Fauci A. S., Braunwald E., Kasper D. L., Hauser S. L., Longo D. L., Jameson J. L. & Loscalzo J. (2008); *Harrison Medicina Interna – 17. Ed.* – Rio de Janeiro: McGraw-Hill
- Fonseca, A. & Monteiro, C. (1999). *Um inventário de problemas de comportamento para crianças e adolescentes: o Youth Self- Report de Achenbach*. *Psychologica*: 21, 79-96
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. G. & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes: O *Child Behavior Checklist de Achenbach* (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Freitas, I., Castro, M., Sarmento, S., Moura, C., Viana, V., Areias, J.C. & Areias, M. E. (2014). *A cohort study on psychosocial adjustment and psychopathology in adolescents and young adults with congenital heart disease*. *BMJ*.
- Fuller, S., Nord, A., Gerdes, M., Wernovsky, G., Jarvik, G., Bernbaum, J., Zackai, E. & Gaynor, J. (2009). Predictors of impaired neurodevelopmental outcomes at one year of age after infant cardiac surgery. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 36:40-48
- Gaynor, J., Jarvik, G., Bernbaum, J., et al. (2006) The relationship of postoperative electrographic seizures to neurodevelopmental outcome at 1 year of age after neonatal and infant cardiac surgery. *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*. 131:181–189
- Gaynor, J., Wernovsky, G., Jarvik, G., Bernbaum, J., Gerdes, M., Zackai, E., Nord, A., Clancy, R., Nicolson, S. & Spray, T. (2007). Patient characteristics are important

- determinants of neurodevelopmental outcome at one year of age after neonatal and infant cardiac surgery. *Journal Thoracic Cardiovascular Surgery*. 133:1344 - 53
- Gerdes, M. & Flynn, T. (2010). Clinical assessment of Neurobehavioral outcomes in infants and children with congenital heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology* 29:97–105
 - Golden, C. J., (1994). *Stroop – Test de Cores y Palabras*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
 - Golden, C. & Freshwater, S. (2013). *STROOP – Teste de cores e palavras*. Lisboa: CEGOC-TEA.
 - Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of Psychological Assessment* (5ª Ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
 - Hövels-Gürich, H., Konrad, K., Skorzenski, D., Herpertz-Dahlmann, B., Messmer B. & Seghaye, M. (2007) Attentional Dysfunction in Children After Corrective Cardiac Surgery in Infancy. *The Annals of Thoracic Surgery*. 83:1425-1430
 - Jessica, R., Koen, L., & Philip, M. (2015). Adjusting to congenital heart disease in adolescence: the role of patients. *Springer*.
 - Kaltman, J. R., Di, H., Tian, Z. & Rychik, J. (2005). Impact of Congenital heart disease on cerebrovascular blood flow dynamics in the fetus. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 25:32-6.
 - Kamphaus, R. (2005). *Clinical Assessment of Child and Adolescent Intelligence*. 2ª Ed. New York: Springer Science.
 - Kasper, D., Braunwald, E., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D. & Jameson, J. (2006). *Harrison Medicina Interna* (16 ed.). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.
 - Karsdrop, P., Everaerd, W., Kindt, M., Mulder, B. (2007). Psychological and cognitive functioning in children and adolescents with congenital heart disease: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 35:527-541.
 - Kenny, D. & Stuart, G (2008). Long-term outcome of the child with congenital heart disease. *Paediatrics and Child Health*, 19 (1):37-42.
 - Kim, G. B. (2014). Psychosocial adjustment and quality of life of adolescents and adults with congenital heart disease. *Korean Journal of Pediatrics*, 57 (6), 257 – 263.

- Klimstra, T.A., Hale, W.W., Raaijmakers, Q.A.W., Branje, S.J.T., & Meeus, W.H.J. (2009). Maturation of personality in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 898-912.
- Kovacs, A. H., Sears, S. F., & Saidi, A. S. (2005). *Biopsychosocial experiences of adults with congenital heart disease: Review of the literature. American Heart Journal*, 150(2), 193-201.
- Latal, B., Helfricht, S., Ficher, J., Bauerfeld, U. & Landolt, M. (2009). *Psychosocial adjustment and quality of life in children and adolescents following open-heart surgery for congenital heart disease: a systematic review. BCM Pediatrics*.
- Lezak, M. (1995). *Neuropsychological Assessment*. New York: 3ª ed., Oxford University Press.
- Licht, DJ., Wang, J., Silvestre, DW., Nicolson, SC., Montenegro, LM., Wernovsky, G., et al (2004). Preoperative cerebral blood flow is diminished in neonates with severe congenital heart defects. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 128:841-9.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisão (NEO-PI-R). In Gonçalves, M. M., Simões, M. R., Almeida, L. S., & Machado, C. (2003). *AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA – Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. I, pp. 15 - 32). Coimbra: Quarteto Editora.
- Limperopoulos C, Majnemer A, Shevell M, Rosenblatt B, Roblicek C & Tchervenkov C. (2000). Neurodevelopmental status of newborns and infants with congenital heart defects before and after open heart surgery. *Journal of Pediatrics*, 137:638-645.
- Limperopoulos, Tworetzky, McElhinney, Newburger, Brown, et al. (2010). Brain Volume and Metabolism in Fetuses with Congenital heart Disease: Evaluation With Quantitative Magnetic Resonance Imaging and Spectroscopy. *Circulation*. 121: 26-33.
- Luyckx, K., Schwartz, S.J., Goossens, L., Beyers, W., & Missotten, L. (2011). A process-oriented model of identity formation and evaluation. In S.J. Schwartz, K. Luyckx, & V.L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 77-98). New York, NY: Springer.
- Maia, L., Correia, C. & Leite, R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica – Estudos de Casos e Instrumentos*. Porto: Lidel.

- Mahle, M., Tvani, F., Zimmerman, R., et al., (2002) An MRI study of neurological injury before and after congenital heart surgery. *Circulation*. 38:109–114.
- Mahle WT & Wernovsky G. Long-term developmental outcome of children with complex congenital heart disease. *Clin Perinatol*. 2001; 28:235-247.
- Majnemer, A. & Limperopoulos, C. (1999). Developmental progress of children with congenital heart defects requiring open heart surgery. *Seminars in Pediatric Neurology*, 6:12-19.
- Majnemer, A., Limperopoulos, C., Shevell, M., Rohlicek, C., Rosenblatt, B. & Tchervenkov, C. (2008). Developmental and Functional Outcomes at School Entry in Children with Congenital Heart Defects. *Journal of Pediatrics*. 153:55-60.
- Marelli, A.J., Ionescu-Iltu, R., Mackie, A.S., Guo, L., Dendukuri, N. & Kaouache, M. (2014). *Lifetime prevalence of Congenital Heart Disease in the general population from 2000 to 2010*. *Circulation- American Heart Disease*, 130, 749- 756.
- Marino BS, Lipkin PH, Nweburger JW, et al. Neurodevelopmental Outcomes in Children With Congenital Heart Disease: Evaluation and Management: A scientific statement From the American Heart Association. *Circulation*, 2005;126:1143-1172.
- Marino, B. C., Lipkin, P. H., Peacock, J. W., Gerdes, M., Gaynor, J. W., & Mahle, W. T. (2012). Neurodevelopmental outcomes in children with congenital heart disease: evaluation and management. A scientific statement of the American Heart Association. *Circulation*, 126, 1143-1172.
- Massaro, A., El-dib, M., Glass, P. & Aly, H. (2008). Factors associated with adverse neurodevelopmental outcomes in infants with congenital heart disease. *Brain & Development*. 30:437– 446.
- Massaro, A., Glass, P., Brown, J., Chang, T., Krishnan, A., Jonas, R. & Donofrio, M. (2011) Neurobehavioral Abnormalities in Newborns with Congenital Heart Disease Requiring Open-Heart Surgery. *Journal of Pediatrics*. 158: 678-681.
- Matos SM, Sarmiento S, Moreira S, Pereira MM, Quintas J, Peixoto B, et al. Impact of Fetal Development on Neurocognitive Performance of Adolescents with Cyanotic and Acyanotic Congenital Heart Disease. *Congenital heart disease*. 2013.

- McCusker, C. G., Armstrong, M. P., Mullen, M., Doherty, N. N. & Casey, F. A. (2012). A sibling-controlled, prospective study of outcomes at home and school in children with severe congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 23 (4),507-516.
- McMurray, R., Kendall, L., Parsons, J. M., Quirk, J., Veldtman, G. R., & Lewin, R. J. P.S., P. (2001). A life less ordinary: growing up and coping with congenital heart disease. *Coronary Health Care*, 5, 51–57.
- McQuillen, P., Goff, D. & Licht, D. (2010). Effects of congenital heart disease on brain development. *Progress Pediatric Cardiology*. 29:79 – 85
- McQuillen, P. & Miller, S. (2010) Congenital heart disease and brain development. *Annals of The New York Academy of Sciences*. 1184:68–86
- Mellion K, Uzark K, Cassedy A et al. Health-Related Quality of Life Outcomes in Children and Adolescents with Congenital Heart Disease. *J Pediatr*, 2014.
- Miatton, M., De Wolf, D., François, K., Thiery, E. & Vingerhoets, G. (2006). Neurocognitive Consequences of Surgically Corrected Congenital Heart Defects: A Review. *Neuropsychology Review*. 16:65-85
- Miatton, M., De Wolf, D., François, K., Thiery, E. & Vingerhoets,G. (2007a) Neuropsychological Performance in School-Aged Children with Surgically Corrected Congenital Heart Disease. *Journal of Pediatrics*. 151:73-8
- Miller, S., McQuillen, P., Hamrick, S., Xu, D., Glidden, D., Charlton, N., Karl, T., Azakie, A., Ferriero, D., Barkovich, A. & Vigneron, D. (2007). Abnormal brain development in newborns with congenital heart disease. *The New Journal England Journal of Medicine*. 357:1928 – 1938.
- Mussatto, K. (2006). Adaptation of the child and family to life with a chronic illness. *Cardiology in the Young*, 16, 110–116.
- Mussatto, K. (2009). *The relationship of self-perception to psychosocial adjustment in adolescents with heart disease*. Doctor of philosophy in nursing. The University of Wisconsin - Milwaukee.
- Mussatto, K., Sawin, K., Schiffman, R., Leske, J., Simpson, P. & Marino, B. (2014). Self-perceptions to psychosocial adjustment in adolescents with heart disease. *Journal of pediatric health care*, 28(3) 251-261.
- Nousi D & Christou A. Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal*, 2010;4:94-100.

- Oates R, Turnbull J, Simpson J, Cartmill T. Parent and teacher perceptions of child behaviour following cardiac surgery. *Acta Paediatrica*. 1994;83(12):1303-7.
- Olsen, A., Sorensen, H. T., Hjortdal, V. E., Christensen, T. D. & Pedersen, L. (2011). Congenital Heart Defects and Developmental and Other Psychiatric Disorders. A Danish Nationwide Cohort Study. *American Heart Association*, 124, 1706-1712.
- Owen M, Shevell M, Donofrio M et al. Brain Volume and Neurobehavior in Newborns with Complex Congenital Heart Defects. *J Pediatr*, 2014.
- Periañez, J.A., Ríos-Lago, M., Rodríguez-Sánchez, J.M., Adrover-Roig, D., SánchezCubillo, I., Crespo-Facorro, B., Quemada, J.I., & Barceló, F. (2007). Trail Making Test in traumatic brain injury, schizophrenia, and normal ageing: Sample comparisons and normative data. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 22:433–447.
- Pereira, M., Areias, M., Areias, J., Silva, E. & Peixoto, B. (2011). Neurocognitive Implications of Congenital Heart Diseases in Adolescents. *Acta Neuropsychologica*, 9 (4). 351-360.
- Pike, I., Anita Krishnan, A., Donofrio, M. Early fetal echocardiography: congenital heart disease detection and diagnostic accuracy in the hands of an experienced fetal cardiology program. *Prenatal Diagnosis* 2014.
- Popelová, J., Oechslin, E., Kaemmerer, H. & Sutton, M. G. J. (2008). *Congenital Heart Disease in Adults* (1ª Ed.). United Kingdom: Informa Health Care, Ltd.
- Puiac, M., Opris, M., Toganel, R., Ciorba M., Suci H. & Brinzaniuc, K. (2014). Epidemiological Aspects of Congenital Heart Malformations in Children and Their Implications in Developing a Clinical Monitoring registry. *Revista Româna de Pediatrie*, 63(4), 416-420.
- Rassart, J., Luyckx, K., Goossens, E., Apers, S., Klimstra, T. A. & Moons, P. (2012). *Personality traits, quality of life and perceived health in adolescents with congenital heart disease*. *Psychology and Health*, 1, 1-17.
- Rassart, J., Luyckx, K., Goossens, E., Apers, S., Klimstra, T.A., & Moons P. (2013). Personality traits, quality of life and perceived health in adolescents with congenital heart disease. *Psychology & Health*, 3, 319-335.
- Reid, G., Webb, G., Barzel, M., McCrindle, B., Irvine, M. & Siu, S. (2006). *Estimates of life expectancy by adolescents and young adults with congenital heart disease*. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(2), 349-353.

- Rey, A. (2002). Teste de Cópia de Figuras Complexas-Manual. 2ª Edição, Lisboa: CEGOC.
- Royall, D., Lauterbach, E., Cummings, J., Reeve, A., Rummans, T., Kaufer, D., LaFrance, W. & Coffey, C. (2002) Executive control function: a review of its promise and challenges for clinical research. A report from the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Association. *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences* 14(4):377–405.
- Sethi, Tabbutt, Dimitropoulos, Harris, Chau, Poskitt, Campbell, Azakie, Duan Xu, Barkovich, Miller and McQuillen. Single-ventricle anatomy predicts delayed microstructural brain development. *Pediatric Research*, 2013;73 (5).
- Simões, M. (2002). Utilizações da WISC-III nas Avaliação Neuropsicológica de Crianças e Adolescentes. *Paidéia*. 12(23):113-132.
- Spijkerboer A, Utens E, Bogers A, Verhulst F, Helbing W. Long-term behavioural and emotional problems in four cardiac diagnostic groups of children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease. *International journal of cardiology*. 2008;125(1):66-73.
- Spreen, O., & Strauss, E. A. (1998). *Compendium of Neuropsychological tests – Administration, Norms and Commentary*. New York: 2ª Ed., Oxford University Press.
- Strauss, E., Sherman, E. M. S. & Spreen, O. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary*. (3ª Ed.). New York: Oxford University Press.
- Torowicz D, Irving SY, Hanlon AL et al. Infant Temperament and Parent Stress in 3 month old Infants following Surgery for Complex Congenital Heart Disease. *J Dev Behav Pediatr*, 2010; 31:3:202–208
- Van Rijen, E., Utens, E., Roos-Hesselink, J., Meijboom, F., Van Domburg, R., Roelandt, J., Verhulst, F. (2004). Styles of coping and social support in a cohort of adults with congenital heart disease. *Cardiol Young*, 14(2), 122-130.
- Van de Ven, MOM, Engels, RCME. Quality of life of adolescents with asthma: The role of personality, coping strategies, and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 2011;71:166-173.

- Von Rhein, M., Kugler, J., Liamlahi, R., Knirsch, W., Latal, B. & Kaufmann, L. (2014). Persistence of visuo-constructional and executive deficits in adolescents after open-heart surgery. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 303-310.
- Wechsler, D. (2003). *WISC-III- Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças III:Manual*. 2ª Edição, Lisboa: CEGOC.
- Wechsler, D. (2008). *WMS-III-Escala de Memória de Wechsler: Manual de Administração e Cotação*. 3ª Edição, Lisboa: CEGOC.
- Wernovsky, G. (2006) Current insights regarding neurological and developmental abnormalities in children and young adults with complex congenital cardiac disease. *Cardiology Young*. 16(1):92–104.
- Wilson, B., Alderman, N., Burgees, P., Emslie, H. & Evans, J. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)*. London: Thames Valley Test Company.
- Wray, J. & Sensky, T. (2001). Congenital heart disease and cardiac surgery in childhood: effects on cognitive function and academic ability. *Heart*, 85:687-91.

Anexos

Anexo I

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 II

Instrumentos de Avaliação

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Código: Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

(Dados a recolher diretamente com os doentes em entrevista)

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Telefone: _____ Telemóvel: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

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

Estado Civil: _____ Agregado Familiar: _____

Fratrão: _____ 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 _____

Avaliação do Desempenho Neurocognitivo em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

Cardiopatía: Cianótico Acianótico Fluxo pulmonar aumentado Fluxo pulmonar reduzido

Gravidade: Menor/Leve Significativa/Moderada Complexa/Grave

Idade de Diagnóstico: _____

Terapêutica Médica: Diurético IECA Aspirina Beta-bloqueador

Outro: _____

Período de tempo com terapêutica médica: _____

Internamentos frequentes: Sim Não

Necessidade de cuidados intensivos: Sim Não

Cirurgias (dados a recolher nos registos da cirurgia torácica)

Intervenção Cirúrgica: Correção Anatômica Data: _____

Correção Paliativa Data: _____

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

Lesões Residuais: Leves Moderadas Graves

Mantém atualmente tratamento médico: Sim Não

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

Peso ao nascimento: _____

Comprimento ao nascimento: _____

Perímetro cefálico ao nascimento: _____

APGAR ao 1º minuto: _____

APGAR ao 5º minuto: _____



ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



Código: □□□□ Data: ___/___/___

Entrevistador: _____

1. Suporte Social

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

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

Muitos Poucos nenhuns ____ (Nº)

Presentemente:

1.2. Acha que são suficientes?

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

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

Nenhuma Pouca Mediana Muita Total

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

Nenhuma Pouca Mediana Muita Total

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

Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Muito Frequentemente

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

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

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

Sim Não

2. Ambiente Familiar/Estilo Educativo

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

2.2. Estatuto Conjugal:

Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) ou separado(a) Viúvo(a)
 Vive com um(a) companheiro(a)

2.3. Presentemente, com quem reside?

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

Positivas Negativas Razoáveis

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

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

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



Positivas Negativas Razoáveis

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

Autoritário Permissivo Superprotector

Outro: _____

Se tem irmãos:

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

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

Sim Não

3. Limitações Funcionais

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

Sim Não

Se respondeu sim:

3.2. Diga qual(ais) é que é(são).

3.3. Foram sugeridas alternativas?

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

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

Satisfeito Conformado Desagradado Insatisfeito

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

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

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

Questionário de Auto-Avaliação para Jovens

YSR 11-18 (® T. M. Achenbach, 1991)

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

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/____ Idade: ____anos

Sexo: Masculino Feminino Ano de Escolaridade: _____

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

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

Data de Avaliação: __/__/____

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

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

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

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

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

SUBLINHA QUALQUER UMA QUE TE PREOCUPE

0	1	2	1 Comporto-me de uma maneira demasiado infantil para a minha idade
0	1	2	2 Sou alérgico(a) (descreve): _____
0	1	2	3 Discuto muito
0	1	2	4 Tenho asma
0	1	2	5 Comporto-me como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6 Gosto de animais
0	1	2	7 Sou fanfarrão ou gabarola
0	1	2	8 Não consigo concentrar-me, não consigo estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9 Não consigo afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreve): _____
0	1	2	10 Não sou capaz de ficar sentado(a) sossegado(a) ou quieto(a)
0	1	2	11 Sou demasiado dependente dos adultos
0	1	2	12 Sinto-me só
0	1	2	13 Sinto-me confuso(a), desorientado(a) ou como se estivesse num nevoeiro
0	1	2	14 Choro muito
0	1	2	15 Sou muito honesto
0	1	2	16 Sou mau para as outras pessoas
0	1	2	17 Sonho muitas vezes acordado(a)
0	1	2	18 Magoo-me de propósito ou já tentei matar-me
0	1	2	19 Tento que me dêem muita atenção
0	1	2	20 Destruo as minhas próprias coisas
0	1	2	21 Destruo coisas da minha família ou de colegas
0	1	2	22 Desobedeço aos meus pais
0	1	2	23 Sou desobediente na escola
0	1	2	24 Não como tão bem como devia

0	1	2	25 Não me dou bem com os outros jovens
0	1	2	26 Não me sinto culpado(a) depois de fazer alguma coisa que não devia
0	1	2	27 Tenho ciúmes dos outros ou sou invejoso(a)
0	1	2	28 Estou pronto(a) a ajudar as outras pessoas quando necessitam de ajuda
0	1	2	29 Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreve): _____
0	1	2	30 Tenho medo de ir para a escola
0	1	2	31 Tenho medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	1	2	32 Sinto que tenho de ser perfeito(a)
0	1	2	33 Sinto que ninguém gosta de mim
0	1	2	34 Sinto que os outros andam atrás de mim para me apanharem; sinto-me perseguido(a)
0	1	2	35 Sinto-me sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36 Magoo-me muito em acidentes
0	1	2	37 Meto-me em muitas lutas/brigas
0	1	2	38 Fazem pouco de mim frequentemente
0	1	2	39 Ando com rapazes ou raparigas que se metem em sarilhos
0	1	2	40 Ouço 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

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

V.

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

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

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

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

VI.

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

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

Não tenho irmãos

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

VII

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

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

c. Matemática	0	1	2	3
d. História	0	1	2	3

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

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

Tens alguma doença ou deficiência física? Não Sim

(Descreve-a, por favor _____)

Descreve qualquer preocupação que tenhas

Descreve o que tu tens de melhor

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 adotados?							
	<input type="checkbox"/> Não tenho crianças						
1. Filho/a mais velho/a	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Segundo filho/a	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Terceiro filho/a	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Outros filhos	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F. Os seus enteados?	<input type="checkbox"/> Não tenho enteados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IV. TRABALHO/ EMPREGO: Alguma vez, nos últimos 6 meses, teve algum trabalho remunerado (inclui trabalho independente e serviço militar)?							
<input type="checkbox"/> Não – por favor passe para o ponto V.							
<input type="checkbox"/> 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 entender-me com os chefes	0	1	2	G. Eu falto ao emprego mesmo que não estando doente ou de férias
0	1	2	C. Faço bem o meu trabalho	0	1	2	H. O meu emprego é muito 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: Alguma vez, nos últimos 6 meses, frequentou aulas, faculdade ou outra formação?							
<input type="checkbox"/> Não – por favor passe ao ponto VI							
<input type="checkbox"/> Sim – Que tipo de aulas ou formação? _____							
Que grau/diploma pretende obter? _____ Formação Superior? _____							
Quando espera conseguir obter o grau ou diploma? _____							
Marque com um círculo os algarismos 0, 1 ou 2 ao lado das questões A-E que descrevem a sua experiência educacional durante os últimos 6 meses:							
0 = Não Verdadeiro 1 = Um pouco ou às Vezes Verdadeiro 2 = Muito Verdadeiro ou Quase Sempre Verdadeiro							
0	1	2	A. Dou-me bem com os outros alunos	0	1	2	D. Estou satisfeito com a minha situação educacional
0	1	2	B. Tenho resultados de acordo com as minhas capacidades	0	1	2	E. Eu faço coisas que podem levar-me a suspender
0	1	2	C. Tenho dificuldade em terminar trabalhos				
VI. Tem alguma doença, incapacidade ou deficiência? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – por favor descreva: _____							
VII. Por favor descreva as suas preocupações e inquietações acerca da família, trabalho, educação ou outras coisas:							
<input type="checkbox"/> Sem preocupações							
VIII. Por favor descreva o que considera serem as suas melhores qualidades:							

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. Repeto algumas ações várias vezes sem conta (decorra) _____			0 1 2 95. Tenho mau fôlego, mau gosto
0 1 2 67. Tenho problemas em fazer ou manter amizades			0 1 2 96. Peço muito em soco
0 1 2 68. Gosto de beber muito			0 1 2 97. Anseio frequentemente as pessoas
0 1 2 69. Sou reservado, guardo as coisas para mim mesmo			0 1 2 98. Gosto de ajudar as pessoas
0 1 2 70. Vejo coisas que não existem (decorra) _____			0 1 2 99. Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio
			0 1 2 100. Tenho problemas de sono
0 1 2 71. Sinto-me constrangido ou embaraçado facilmente			0 1 2 101. Falto ao trabalho, mesmo quando não estou doente ou de férias
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. Tenho um mau ou feio palhaçada			0 1 2 104. Sou muito barulhento
0 1 2 75. Sou muito tímido ou envergonhado			0 1 2 105. As pessoas acham-me desorganizado
0 1 2 76. Tenho um comportamento impudente			0 1 2 106. Tento ser honesto com os outros
0 1 2 77. Danno mais do que a maioria das pessoas dentro e fora de casa (decorra) _____			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 (decorra) _____			0 1 2 109. Gosto de experimentar coisas novas
0 1 2 80. Luto pelos meus dentes			0 1 2 110. Quero me dar ter do sexo oposto
0 1 2 81. O meu comportamento é inconsistente, instável			0 1 2 111. Afasto-me do convívio com outras pessoas
0 1 2 82. Zúdo			0 1 2 112. Preocupo-me muito
0 1 2 83. Aborresco-me, sinto-me com facilidade			0 1 2 113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto
0 1 2 84. Pago coisas que os outros acham desnecessárias (decorra) _____			0 1 2 114. Não pago as minhas coisas nem assumo responsabilidades financeiras
0 1 2 85. Tenho pensamentos que os outros acham estranhos (decorra) _____			0 1 2 115. Sinto-me inquieto ou inseguro
0 1 2 86. Sou tímido/desconfiado, inseguro, amado ou odiado			0 1 2 116. Aborresco-me, odeio-me facilmente
0 1 2 87. Os meus sentimentos ou o meu humor mudam rapidamente			0 1 2 117. Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito
0 1 2 88. Gosto de correr			0 1 2 118. Sou demasiado impaciente
0 1 2 89. Ajo sem pensar nos outros			0 1 2 119. Não sou bom com palavras
0 1 2 90. Bebo muito álcool ou fico embriagado			0 1 2 120. Condição demandado rápido
0 1 2 91. Fumo em excesso etc			0 1 2 121. Consigo atrair-me para amigos/convívios
0 1 2 92. Pago coisas que me podem levar a ter problemas com a lei (decorra) _____			0 1 2 122. Tenho dificuldade em manter um emprego
0 1 2 93. Não dormo			0 1 2 123. Sou uma pessoa feliz
0 1 2 94. Sepáto muito com os outros			124. Nos últimos 6 meses, quantas vezes ficou por dia (incluindo sábado de manhã) _____ vezes por dia.
			125. Nos últimos 6 meses, quantos dias se embriagou? _____ dia.
			126. Nos últimos 6 meses, quantas vezes tomou droga sem fins terapêuticos (incluindo marijuana, cocaína, e outras drogas, incluindo álcool e nicotina)? _____ dia.

Por favor certifique-se que respondeu a todos os itens

4

Questionário de Comportamentos da Criança

CBCL 6-18 (® T. M. Achenbach, 1991)

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

Nome da Criança: _____

Data de Nascimento: __/__/____

Idade: ____anos

Sexo: Masculino Feminino

Ano de Escolaridade : _____

Escala Preenchida por: Mãe Pai Outro: _____

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

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

Data de Avaliação: __/__/____

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

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

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

ALGUMAS VEZES VERDADEIRA;

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

- **SUBLINHE** qualquer comportamento que seja preocupante

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

0= Não verdadeira

1= Às vezes verdadeira

2= Muitas vezes verdadeira

0	1	2	1 Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
0	1	2	2 É alérgico(a) (descreva)_____
0	1	2	3 Discute muito
0	1	2	4 Tem asma
0	1	2	5 Comporta-se como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6 Faz as suas necessidades fora da casa de banho
0	1	2	7 É fanfarrão ou gabarola
0	1	2	8 Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9 Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva):_____
0	1	2	10 Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito activo(a) ou irrequieto(a)
0	1	2	11 Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
0	1	2	12 Queixa-se de solidão
0	1	2	13 Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)
0	1	2	14 Chora muito

0	1	2	15 É cruel com os animais
0	1	2	16 Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros
0	1	2	17 Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18 Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio
0	1	2	19 Exige muita atenção
0	1	2	20 Destrói as suas próprias coisas
0	1	2	21 Destrói coisas da sua família ou de outras crianças
0	1	2	22 É desobediente em casa
0	1	2	23 É desobediente na escola
0	1	2	24 Não come bem
0	1	2	25 Não se dá bem com outras crianças
0	1	2	26 Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal
0	1	2	27 Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)
0	1	2	28 Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (descreva): _____
0	1	2	29 Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____
0	1	2	30 Tem medo de ir para a escola
0	1	2	31 Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	1	2	32 Sente que tem de ser perfeito(a)
0	1	2	33 Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34 Sente que os outros andam atrás dele(a) para o apanharem; sente-se perseguido(a)
0	1	2	35 Sente-se sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36 Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	37 Mete-se em muitas lutas/brigas
0	1	2	38 Fazem pouco dele(a) frequentemente
0	1	2	39 Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos
0	1	2	40 Ouve sons ou vozes que não existem

			(descreva): _____
0	1	2	41 É impulsivo(a) ou age sem pensar
0	1	2	42 Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0	1	2	43 Mentira ou faz batota
0	1	2	44 Rói as unhas
0	1	2	45 É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0	1	2	46 Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0	1	2	47 Tem pesadelos
0	1	2	48 As outras crianças/jovens não gostam dele(a)
0	1	2	49 Tem prisão de ventre, obstipação
0	1	2	50 É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51 Sente tonturas
0	1	2	52 Sente-se demasiado culpado(a)
0	1	2	53 Come demais
0	1	2	54 Cansa-se demasiado
0	1	2	55 Tem peso a mais
			56 Apresenta problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> :
0	1	2	a Dores (sem ser dores de cabeça)
0	1	2	b Dores de cabeça
0	1	2	c Náuseas, sente enjoos
0	1	2	d Problemas com a vista (descreva): _____
0	1	2	e Irritações de pele/Borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g Vômitos
0	1	2	h Outros problemas (descreva): _____
0	1	2	57 Agride fisicamente outras pessoas
0	1	2	58 Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo
			(descreva): _____

0	1	2	59 Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público
0	1	2	60 Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
0	1	2	61 O seu trabalho escolar é fraco
0	1	2	62 Tem fraca coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)
0	1	2	63 Prefere andar com crianças/jovens mais velhos
0	1	2	64 Prefere andar com crianças/jovens mais novos
0	1	2	65 Recusa-se a falar
0	1	2	66 Repete várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos; tem compulsões (descreva): _____
0	1	2	67 Foge de casa
0	1	2	68 Grita muito
0	1	2	69 É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo
0	1	2	70 Vê coisas que não existem, que não estão presentes
0	1	2	71 Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à-vontade
0	1	2	72 Provoca fogos
0	1	2	73 Tem problemas sexuais (descreva): _____
0	1	2	74 Gosta de se “exibir” ou de fazer palhaçadas
0	1	2	75 É envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76 Dorme menos que a maior parte das crianças
0	1	2	77 Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva): _____
0	1	2	78 Suja-se ou brinca com as fezes
0	1	2	79 Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreva): _____
0	1	2	80 Fica de olhar fixo e vazio
0	1	2	81 Rouba coisas em casa
0	1	2	82 Rouba coisas fora de casa
0	1	2	83 Acumula coisas de que não necessita (descreva): _____

0	1	2	84 Tem comportamentos estranhos (descreva): _____
0	1	2	85 Tem ideias estranhas (descreva): _____
0	1	2	86 É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável
0	1	2	87 Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88 Amua muito
0	1	2	89 É desconfiado(a)
0	1	2	90 Diz palavrões ou usa linguagem obscena
0	1	2	91 Fala em matar-se
0	1	2	92 Fala ou anda durante o sono (descreva): _____
0	1	2	93 Fala demasiado
0	1	2	94 Arrelia muito os outros
0	1	2	95 Tem birras, temperamento exaltado
0	1	2	96 Pensa demasiado em sexo
0	1	2	97 Ameaça as pessoas
0	1	2	98 Chupa no dedo
0	1	2	99 Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
0	1	2	100 Tem dificuldades em dormir (descreva): _____
0	1	2	101 Falta à escola sem razão (por “vadiagem”)
0	1	2	102 É pouco ativo(a), vagaroso(a), tem falta de energia
0	1	2	103 Infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	104 É invulgarmente barulhento(a)
0	1	2	105 Consome álcool ou drogas (descreva): _____
0	1	2	106 Comete actos de vandalismo
0	1	2	107 Urina-se durante o dia
0	1	2	108 Urina na cama
0	1	2	109 Choraminga

0	1	2	110	Gostaria de ser do sexo oposto
0	1	2	111	Isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros
0	1	2	112	É preocupado(a)
			113	Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham ainda sido referidos:
0	1	2		_____
0	1	2		_____
0	1	2		_____

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.

SUBLINHE AS QUE O(A) PREOCUPAM DE UM MODO PARTICULAR.

II PARTE

I

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

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

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

Não pratica nenhum desporto

Desporto	Tempo				Competência			
	<i>Nã o sei</i>	<i>Menos</i>	<i>Médio</i>	<i>Mais</i>	<i>Nã sei</i>	<i>Pior</i>	<i>Médio</i>	<i>Melhor</i>
a.		1	2	3		1	2	3

b.		1	2	3		1	2	3
c.		1	2	3		1	2	3

II

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

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

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

Nenhum passatempo, atividade ou jogo

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

III

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

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

Não pertence a nenhuma organização, clube ou grupo

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

IV

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

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

Não desempenha nenhuma tarefa

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

V

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

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

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

Menos que 1 vez

1 ou 2 vezes

3 ou mais vezes

VI.

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

Não tem irmãos

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

VII

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

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

c. Matemática	0	1	2	3
d. História	0	1	2	3

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

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

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

Não Sim

(Que tipo de estabelecimento ou classe? _____)

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

Não Sim

(Qual e porquê? _____)

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

Não Sim

Que tipo de problema? _____

Quando começaram esses problemas? _____

Os problemas mencionados já acabaram? _____

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

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

QUESTIONÁRIO de DESCRIÇÃO DO COMPORTAMENTO PARA ADULTOS

(18-59 anos)

Por favor marque as suas respostas

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

I. AMIGOS:

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

- Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

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

- Nenhuma 1 ou 2 3 ou 4 5 ou mais

C. Como se dá com os amigos próximos?

- Mal Bem Muito Bem MUITÍSSIMO Bem

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

- Nenhuma 1 a 2 3 a 4 5 ou mais

II. CÔNJUGE OU COMPANHEIRO

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

Casado(a), mas separado(a) do cônjuge

Casado(a), a viver com o cônjuge

Divorciado(a)

Viúvo(a)

Outro – por favor descreva: _____

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

Não – por favor passe para a página 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Certifique-se de que responde a todas as questões.

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

Não Sim – por favor descreva:

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

Não tem preocupações

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

Certifique-se de que responde a todos os itens.

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

0= Não Verdadeiro

1= Por vezes Verdadeiro

2= Muito ou Quase Sempre Verdade

0 1 2 1. É muito esquecido(a)

0 1 2 2. Aproveita as oportunidades quando surgem

0 1 2 3. Discute

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

0 1 2 5. Culpa os outros pelos seus próprios problemas.

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

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

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

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

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

Avaliação do Desempenho Neurocognitivo em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

- | | |
|--|--|
| <p>0 1 2 6. Usa drogas (não considerar o tabaco) para fins não medicinais (descreva):
 <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/>
 <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/></p> <p>0 1 2 7. É fanfarrão</p> <p>0 1 2 8. Não se consegue concentrar, não presta atenção por muito tempo</p> <p>0 1 2 9. Não consegue afastar alguns pensamentos; obsessões
 (descreva): _____</p> <p>0 1 2 10. Não consegue estar sentado, é irrequieto, hiperactivo</p> <p>0 1 2 11. Muito dependente dos outros</p> <p>0 1 2 12. Queixa-se de solidão</p> <p>0 1 2 13. Fica confuso ou parece estar com pensamento “enevoado/turvado”</p> <p>0 1 2 14. Chora muito</p> <p>0 1 2 15. É muito honesto</p> <p>0 1 2 16. É cruel, intimida ou mal trata os outros</p> <p>0 1 2 17. Sonha acordado/ perde-se nos seus pensamentos</p> <p>0 1 2 18. Auto-injuria-se ou tenta o suicídio</p> <p>0 1 2 19. Exige muita atenção</p> <p>0 1 2 20. Estraga ou destrói coisas que lhe pertencem</p> <p>0 1 2 21. Estraga ou destrói coisas que pertencem a outros</p> <p>0 1 2 22. Preocupa-se com o seu futuro</p> <p>0 1 2 23. Não cumpre regras no local de trabalho ou noutros locais</p> <p>0 1 2 24. Não se alimenta bem</p> <p>0 1 2 25. Não se dá bem com as outras pessoas</p> <p>0 1 2 26. Não parece sentir-se culpado depois de se comportar mal</p> <p>0 1 2 27. Fica facilmente ciumento</p> <p>0 1 2 28. Dá-se mal com a família</p> | <p>0 1 2 41. Impulsivo ou age sem pensar</p> <p>0 1 2 42. Prefere estar sozinho do que com outras pessoas</p> <p>0 1 2 43. Mentira ou engana/aldraba (faz batota)</p> <p>0 1 2 44. Sente-se sufocado com as responsabilidades</p> <p>0 1 2 45. Nervoso, excitável, tenso</p> <p>0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou contracções
 (descreva): _____</p> <p>0 1 2 47. Tem falta de auto-confiança</p> <p>0 1 2 48. Não gostam dele</p> <p>0 1 2 49. Consegue fazer algumas coisas melhor que os outros</p> <p>0 1 2 50. Muito medroso ou ansioso</p> <p>0 1 2 51. Sente-se tonto ou de cabeça vazia</p> <p>0 1 2 52. Sente-se demasiado culpado</p> <p>0 1 2 53. Tem dificuldades em planear o futuro</p> <p>0 1 2 54. Sente-se cansado sem motivo para tal</p> <p>0 1 2 55. O humor varia entre exaltação e depressão</p> <p>0 1 2 56. Problemas físicos sem cauda médica conhecida:
 a. dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça)
 b. dores de cabeça
 c. náusea, sensação de enjojo
 d. problemas visuais (não incluir aqueles corrigíveis com óculos)
 (descreva): _____
 e. erupções na pele ou outros problemas de pele
 f. dores de estômago
 g. vómitos</p> <p>0 1 2 57. Agridre fisicamente as pessoas</p> |
|--|--|

Avaliação do Desempenho Neurocognitivo em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

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

Certifique-se de que responde a todos os itens.

0= Não Verdadeiro

1= Por vezes Verdadeiro

2= Muito ou Quase Sempre Verdadeiro

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

Avaliação do Desempenho Neurocognitivo em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

<p>0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite (descreva): _____</p>	<p>0 1 2 108. Tende a perder objectos</p>
<p>0 1 2 78. Tem dificuldades em tomar decisões</p>	<p>0 1 2 109. Gosta de experimentar coisas novas</p>
<p>0 1 2 79. Tem problemas de fala/ comunicação (descreva): _____ _____</p>	<p>0 1 2 110. Toma boas decisões</p>
<p>0 1 2 80. Olha fixamente no vazio</p>	<p>0 1 2 111. É tímido/retraído; não gosta de conviver</p>
<p>0 1 2 81. Tem comportamento muito instável</p>	<p>0 1 2 112. Preocupa-se muito</p>
<p>0 1 2 82. Rouba</p>	<p>0 1 2 113. Amua muito</p>
<p>0 1 2 83. Aborrece-se com facilidade</p>	<p>0 1 2 114. Não paga as suas contas, nem assume outras responsabilidades financeiras</p>
<p>0 1 2 84. Tem comportamentos estranhos (descreva): _____</p>	<p>0 1 2 115. É Irrequieto e nervoso</p>
<p>0 1 2 85. Tem ideias/ pensamentos estranhos (descreva): _____ _____</p>	<p>0 1 2 116. Aborrece-se facilmente</p>
<p>0 1 2 86. É teimoso(a)/obstinado(a), rabugento(a), amuado(a) ou irritável</p>	<p>0 1 2 117. Tem dificuldades em gerir dinheiro ou cartões de crédito</p>
<p>0 1 2 87. Tem Mudanças repentinas de humor ou sentimentos</p>	<p>0 1 2 118. É muito impaciente</p>
<p>0 1 2 88. Gosta de conviver com as pessoas</p>	<p>0 1 2 119. Não é bom no que toca a pormenores/ detalhes</p>
<p>0 1 2 89. Age sem pensar/ sem ter em conta riscos</p>	<p>0 1 2 120. Conduz demasiado rápido</p>
<p>0 1 2 90. Bebe muito álcool ou fica embriagado</p>	<p>0 1 2 121. Costuma atrasar-se para reuniões/ encontros</p>
<p>0 1 2 91. Fala sobre suicidar-se</p>	<p>0 1 2 122. Tem dificuldades em manter o emprego</p>
<p>0 1 2 92. Faz coisas que podem causar problemas com a lei (descreva): _____</p>	<p>0 1 2 123. Ele(a) é uma pessoa feliz</p>
<p>0 1 2 93. Fala demasiado</p>	<p>124. Nos últimos 6 meses, quantas vezes por dia ele(a) fuma (incluindo tabaco de mascar)? _____ vezes por dia.</p>
<p>0 1 2 94. É muito implicativo</p>	<p>125. Nos últimos 6 meses, quantos dias ele(a) se embriagou? _____ dias.</p>
	<p>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.</p>

Por favor certifique-se que respondeu a todos os itens

Inventário de Personalidade NEO-PI-R

(NEO-FFI – versão reduzida)

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

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

15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
16. Raramente me sinto só ou abatida (o)					
17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
18. Acredito que, deixar os alunos ouvir as pessoas com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
19. Prefiro colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as suas obrigações.					
21. Muitas vezes, sinto-me tensa(o) e enervada(o).					
22. Gosto de estar onde está a ação.					
23. A poesia pouco ou nada lhe diz.					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
25. Tenho objetivos claros, e faço por atingi-los, de forma ordenada.					
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.					
27. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinha (o).					
28. Frequente experimento comidas novas e desconhecidas.					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa dela se a deixar.					
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.					
31. Raramente me sinto amedrontada (o) ou nervosa.					
32. Muitas vezes, sinto-me a arrebentar de energia.					
33. Poucas vezes, me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
34. A maioria das pessoas que conheço gosta de mim.					
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.					
36. Muitas vezes aborrece-me a maneira que as pessoas me tratam.					
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					

38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
39. Algumas pessoas consideram-me fria (o) e calculista.					
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra.					
41. Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.					
42. Não sou um (a) grande otimista.					
43. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
44. Sou inflexível e dura (o) nas minhas atitudes.					
45. Às vezes não sou tão segura (o) ou digna (o) de confiança como deveria ser.					
46. Raramente estou triste ou deprimida (o).					
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido.					
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
49. Geralmente, procuro ser atenciosa (o) e delicada (o).					
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparada (o), desejando que alguém resolva os meus problemas.					
52. Sou uma pessoa muito ativa.					
53. Tenho muita curiosidade intelectual.					
54. Quando não gosto das pessoas faço-o saber.					
55. Parece que nunca consigo ser organizada (o).					
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhada(o) que desejava meter-me num buraco.					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.					
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstratas.					
59. Se for necessário, não hesito manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					

60. Esforça-me por ser excelente em tudo o que faço.					
---	--	--	--	--	--

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

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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



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

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

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

DADOS PESSOAIS

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

A3 Sexo Masculino Feminino **A4 Escolaridade**

A5 Profissão	<input type="text"/>
A6.1 Freguesia	<input type="text"/>
A6.2 Concelho	<input type="text"/>
A6.3 Distrito	<input type="text"/>

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

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!

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muito muito
3 (P1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (P11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (P4.1)	Até que ponto gasta da vida?	1	2	3	4	5
6 (P24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (P5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (P16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (P22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (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 (P9.1)	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 (P8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

SADS-L

Código

Data __/__/__

Avaliação Nº

Entrevistador _____

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

PARTE A - INFORMAÇÕES DO PASSADO

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

Onde nasceu?

A1. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS 213

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

A2. PADRÕES DE AMIZADE ADOLESCENTE 214

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

A2. ESTADO CIVIL
215

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

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

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

<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>	7 Até Quatro Anos (80% Do Tempo) 8 Até Quase Cinco Anos 9 Não Trabalhou
---	---

PARTE B – VISÃO GERAL DO DISTÚRPIO PSÍQUICO PASSADO

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

Faça perguntas acerca de qualquer Distúrbio Psiquiátrico corrente.

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

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

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

Para todos os sujeitos:

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

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

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

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

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

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

B2. NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

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

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

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

	4 Menos De 1 Ano
	5 Menos De 2 Anos
	6 Menos De 5 Anos
	7 5 Anos Ou Mais

EPISÓDIOS DE DOENÇA COM SÍNDROME MANÍACO OU DEPRESSÃO MAJOR:

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

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

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

PARTE C – EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teve visões ou viu coisas não visíveis às outras pessoas?

Teve cheiros estranhos ou sensações estranhas no seu corpo?

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

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

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

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

--

DURANTE PELO MENOS UM DOS PERÍODOS DE SÍNDROME MANÍACO	Sem informação	Não	Sim	
<p><i>Teve a sensação que estava sobre o controle de alguma força ou poder, para além de si? (Como se fosse um robot sem vontade própria?; Ou que foi forçado a fazer movimentos ou dizer coisas sem o desejar?; Ou pensar coisas e ter impulsos que não eram seus?)</i></p> <p><i>Sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de modo que as pessoas sabiam o que pensava, ou que os pensamentos lhe eram postos na cabeça não sendo seus, ou que os pensamentos lhe eram roubados por alguma força externa.</i></p>	X	1	2	239
Alucinações não-afetivas de qualquer tipo (appendix) ao longo do dia e durante vários dias ou intermitentemente durante o período de uma semana.	X	1	2	240
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário contínuo acerca do comportamento do sujeito ou acerca dos pensamentos assim que ocorrem, ou duas ou mais vozes conversam entre si.	X	1	2	241
A dada altura durante o período de doença teve mais do que uma semana em que não foram exibidos sintomas depressivos evidentes ou maníacos mas teve delírios ou alucinações.	X	1	2	242
A dada altura durante o período de doença teve mais do que uma semana em que não foram exibidos sintomas maníacos dominantes mas teve vários momentos de desordem de pensamento formal acentuado acompanhado por embotamento ou afeto inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou grave desordem de comportamento.	X	1	2	243

OUTRAS CARACTERÍSTICAS DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

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

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

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

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

Se SIM descreva o tratamento somático:

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

0 SEM INFORMAÇÃO OU NÃO APLICAVEL

1 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA GRAVE

2 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA SUB-AGUDA

3 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA SUB_CRONICA

4 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA GRAVE

PARTE D – EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR

CRITÉRIOS PARA SÍNDROME DEPRESSIVO GRAVE

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

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

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

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

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

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

D4. NUMERO TOTAL DE EPISÓDIOS DE SINDROME DEPRESSIVO GRAVE

Quantos episódios teve como este?

NÚMERO:

Se incapaz de dar o número exato:

Diria que teve pelo menos ___ diferentes episódios como este?

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

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

* Quando esteve (deprimido, "em baixo"), alguma vez acreditou em coisas ou teve ideias que mais tarde

verificou não serem verdadeiras como, andarem pessoas atrás de si, falarem de si nas suas costas ou que os seus pensamentos ou movimentos fossem controlados?

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

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

340

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

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

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

A dada altura durante o período de doença teve mais do que um mês em que não foram exibidos sintomas depressivos ou maníacos dominantes, mas teve delírios ou alucinações.	X	1	2	344
Preocupação com um delírio ou alucinação com relativa exclusão de outros sintomas ou preocupações (com conteúdos diferentes dos mais habituais)	X	1	2	345
Em alguns momentos definidos de distúrbio do (Appendix) pensamento formal acentuado acompanhado por embotamento do afeto ou afeto inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou grave distúrbio do comportamento	X	1	2	346

OUTRAS CARACTERÍSTICAS DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR

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

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

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

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

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

<p>Todos os episódios aparentemente seguidos por doença física seria conduzindo a grandes mudanças nas condições de vida ou teve doença física que e frequentemente associada a sintomas Psicológicos (tirotoxicose)...</p>	Sim	Sim	432-33
<p>Se SIM descreva a doença física:...</p> <p>(Se episodio Esquizo-afectivo note o curso dos sintomas que surgiram Esquizofrenia ate ao presente)</p> <p>O Sem Informação Ou Não Aplicavel</p> <p>1 Desordem Esquizo-Afectiva Grave</p> <p>2 Desordem Esquizo-Afectiva Sub-Aguda</p> <p>3 Desordem Esquizo-Afectiva Sub-Cronica</p> <p>4 Desordem Esquizo-Afectiva Crónica</p>	434		

PARTE E – PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGANICA

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

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

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

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

Houve alguma altura...

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

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

... ou sentiu sensações estranhas no seu corpo?

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

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

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

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

Andava a beber muito nessa altura ou tinha exatamente parado de o fazer? Andava a tomar algumas drogas como LSD ou Speeds?

Esteve Fisicamente doente?

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

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

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

Teve quantos períodos diferentes como este? NÚMERO:

Se incapaz de dar o número exato:

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

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

F1- TEVE PELO MENOS UM DOS SEGUINTE SINTOMAS DURANTE PELO MENOS UM PERÍODO DE PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGÂNICA

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

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

SEMANAS

448

0 SEM INFORMAÇÃO, OU SEM CERTEZA

1 DURAÇÃO DE MENOS DE 2 SEMANAS

2 DURAÇÃO DE PELO MENOS 2 SEMANAS

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

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

	Esquizofrenia	Psicose Funcional Inespecífica	
Melhor estimativa do número de episódios ou períodos (99 se muito numerosos). Se manifestou sinais relevantes de Esquizofrenia mais ou menos contínuos desde o início, contar como um período de doença...			449-50-51-52
Idade na altura do primeiro episódio (pode ser difícil distinguir do funcionamento habitual, se o início foi insidioso. Dê a melhor estimativa)...			453-54-55-56
<i>Que idade tinha quando pela primeira vez...?</i> Idade na altura do último episódio, se houve mais do que um episódio...			457-58-59-60
<i>Qual foi a última vez em que esteve...?</i> Correntemente num episódio...	Sim	Sim	461-62
Se SIM, duração do episódio em semanas...	Sim	Sim	463-65-66-68
Melhor estimativa, em semanas, da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o máximo de tempo que durou...?</i>	Sim	Sim	469-71-72-74
Nos itens seguintes deve ser feito um círculo em torno do SIM se eles caracterizam <u>algum</u> desses episódios: Durante <u>algum</u> desses episódios...			
Hospitalizado... esteve hospitalizado?	Sim	Sim	475-513

Recebeu tratamento somático (ECT, medicação)...recebeu algum tratamento para...?	Sim	Sim	514-15
A informação para os itens seguintes deve ser fornecida pelo inquérito feito previamente. Se o sujeito teve ambos os tipos de episódios pode ser necessária clarificação.			
Delírios de qualquer tipo...	Sim	Sim	516-17
Delírios de perseguição...	Sim	Sim	518-19
Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilísticos ou outros sem conteúdo de perseguição ou ciúme, durando pelo menos 1 semana...	Sim	Sim	520-21
Delírios de controle (ou influência), delírios múltiplos, ou outros delírios bizarros...	Sim	Sim	522-23
Delírios de qualquer tipo se acompanhados por alucinações de qualquer tipo durante pelo menos 1 semana...	Sim	Sim	524-25
Alucinações de qualquer tipo...	Sim	Sim	526-27
Alucinações de qualquer tipo durante o dia por vários dias, ou intermitentemente por pelo menos 1 mês...	Sim	Sim	528-29
Alucinações visuais...	Sim	Sim	530-531
Alucinações auditivas...	Sim	Sim	532-33
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário contínuo acerca do comportamento ou pensamento do sujeito à medida que ele ocorre, ou em que duas ou mais vozes conversam entre elas...	Sim	Sim	534-35
Alucinações verbais não-afetivas faladas ao sujeito...	Sim	Sim	536-37
Difusão, Inserção ou Remoção do Pensamento...	Sim	Sim	538-39
Formas bem determinadas de acentuado Distúrbio Formal do Pensamento	Sim	Sim	540-41
Comportamento motor catatônico óbvio...	Sim	Sim	542-43
Outro comportamento bizarro grosseiro...	Sim	Sim	544-45
Tentativa de suicídio ou gesto...	Sim	Sim	546-47
Incapacitado. Incapacidade para continuar alguma atividade com objetivo complexo como trabalhar, tomar conta da casa, manter a atenção e participação em atividades sociais e recreativas (não contar se devido a falta de motivação para as tarefas)... Estava incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) ou cuidar de si?	Sim	Sim	548-49
Todos os episódios estiveram associados com gravidez ou parto (no espaço de 2 meses)...	Sim	Sim	550-51

Para os sujeitos que vão de encontro ao critério de Esquizofrenia anote o curso dos sintomas até ao presente. Alguns sujeitos diagnosticados inicialmente como “agudos” podem mostrar mais tarde cursos

sub-agudos, sub-crônicos ou crônicos

0 Não Aplicável

1 Esquizofrenia Aguda

2 Esquizofrenia Sub-Aguda

3 Esquizofrenia Sub-Crônica

4 Esquizofrenia Crônica

PARTE H – ALCOOLISMO

Existem dois critérios

H1- TEVE PELO MENOS DOIS DOS ITENS
553-571

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

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

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

2 SIM

572

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

1 NÃO Avance para I

2 SIM

573

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

PARTE I – ABUSO DE DROGAS OU DEPENDÊNCIA

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

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

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

Tipo de droga:	<input type="checkbox"/> Narcóticos: Heroína, Morfina, Ou Outros 618 <input type="checkbox"/> Substâncias Tipo Anfetamina 619 <input type="checkbox"/> Cocaína 620 <input type="checkbox"/> Sedativos, Hipnóticos, Tranquilizantes 621 <input type="checkbox"/> Derivados De Cannabis 622 <input type="checkbox"/> Alucinogêneos (Lsd...) 623 <input type="checkbox"/> Solventes (Cola...) 624 <input type="checkbox"/> Outros 1 NÃO Avance para K 2 SIM
Tem um problema corrente com drogas...	SIM 626
Idade do primeiro problema com drogas...	627-28
Idade em que para de tomar drogas em grande quantidade (deixar em branco se usou muita droga no espaço de 6 meses)	629-30

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

631

- Se o sujeito foi julgado como tendo tido esquizofrenia 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

Existem 2 critérios:

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

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

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

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

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

PARTE K- PERSONALIDADE CICLOTÍMICA

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

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

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

K2- FREQUENTEMENTE NÃO NO HUMOR NORMAL
655

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

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

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

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

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

PARTE L- DISTÚRBIOS DE SOMATIZAÇÃO

Existem 2 critérios:

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

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

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

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

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

<p>caminhar, ou outras conversões pseudo-neurológicas, ou reacções dissociativas.. .</p> <p><i>Alguma vez perdeu as sensações ou esteve incapaz de sentir qualquer coisa (associado ou não com paralisia), ou perdeu a voz, ou esteve incapaz de sequer murmurar (mas não apenas rouquidão), problemas em caminhar ou paralisia- incapacidade para se mover (não devida a dor ou paralisia), ou cegueira (completa ausência de percepção da luz durando mais de um instante), convulsões, ataques, desmaios, ou períodos de inconsciência em que não consegue recordar-se do que lhe aconteceu ou que fez (não associado com álcool ou drogas)?</i></p>				
<p>GRUPO III - Dores abdominais ou vômitos (sem gravidez)...</p> <p><i>Alguma vez teve dores abdominais ou vômitos?</i></p>	X	1	2	661
<p>GRUPO IV - Dismenorreia, irregularidade menstrual, excesso de fluxo menstrual (julgados pelo sujeito como ocorrendo mais frequentemente ou com mais gravidade do que na maioria das mulheres)...</p> <p><i>Sentiu-se frequentemente tão incomodada por dores menstruais que fazia com dificuldade o seu (trabalho, trabalho doméstico, cuidados com as crianças, actividades de tempo livre)?</i></p> <p><i>Faltaram-lhe mais do que dois períodos seguidos várias vezes (excluindo gravidez, ou primeiro ano depois da menarca ou menopausa)?</i></p> <p><i>Sentiu-se alguma vez perturbada por excessivo fluxo sanguíneo?</i></p>	X	1	2	662
<p>GRUPO V - Indiferença sexual (falta de interesse em relações sexuais), falta de prazer ou dor durante o coito (na maior parte da vida depois de ter oportunidade para uma vida sexual)...</p> <p><i>Tem-se sentido habitualmente desinteressado por sexo, ou incapaz de sentir prazer nas relações sexuais com ou sem orgasmo), ou tem sentido dor durante o coito?</i></p>	X	1	2	663
<p>GRUPO VI - Dores nas costas, dores nas articulações, dores nas extremidades, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas</p> <p><i>Tem-se sentido incomodado por dores nas costas, nas articulações, nas pernas e nos braços, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas?</i></p>	X	1	2	664
<p>Critério para Mulheres - Ter 1 manifestação em pelo menos 5 dos 6 grupos</p>	SIM			665
<p>Critério para Homens - Ter 1 manifestação em pelo menos 4 dos 6 grupos</p>	SIM			666
<p>Vai de encontro aos 2 critérios para Distúrbio de Briquet (Distúrbio de Somatização)</p> <p>(Avance para Distúrbio de Pânico)</p>	SIM			667
<p><input type="checkbox"/> Se vai de encontro aos critérios de Personalidade Ciclotímica, marque aqui e avance para Distúrbio de Pânico</p>				668

PARTE M- PERSONALIDADE LÁBIL

Sujeitos nesta condição podem ter outras condições episódicas sobrepostas

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

As oscilações de Humor podem ou não estar associadas com precipitantes

Existem 3 critérios:

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

<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
<i>Precisou de ser tranquilizado ou ajudado por alguém (dependência ou exigência)?</i>	X	1	2	731

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

PARTE O- DISTÚRBO DEPRESSIVO INTERMITENTE

Existem 4 critérios

O1-PERTURBADO POR HUMOR DEPRESSIVO A MAIORIA DO TEMPO NOS 2 ANOS PASSADOS OU ANTERIORES A DOENÇA 749

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

Durante quanto tempo se sentiu assim?	
---------------------------------------	--

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

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

O3-TEVE PELO MENOS 2 SINTOMAS ASSOCIADOS DOS LISTADOS EM N3 QUANDO SE SENTIA DEPRIMIDO 751
--

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

O4-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERÍODO DPR. 752

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

Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem Depressiva Intermitente e não vai de encontro ao critério de ,Personalidade Ciclotímica	SIM	753
---	-----	-----

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

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

PARTE P- DESORDEM DE PÂNICO

Existem 4 critérios

P1-TEVE ATAQUES DE PÂNICO COM PELO MENOS DOIS DOS SINTOMAS 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 PERIODO DPR. 771

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

PARTE Q- DESORDEM DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Existem 3 critérios

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

<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	1Obsessões

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

PARTE S- DESORDEM FÓBICA

Existem 2 critérios:

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

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

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

<p><i>Que efeito teve isto em si?</i></p> <p><i>Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?</i></p> <p><i>Os (sintomas fóbicos) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?</i></p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza</p> <p>1 Não Avance Para T</p> <p>2 Sim</p>
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):	<p>1 AGORAFOBIA</p> <p>2 FOBIAIS SOCIAIS</p> <p>3 FOBIAIS SIMPLES</p> <p>4 FOBIAIS MISTAS</p>

PARTE T- PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

Existem 4 critérios

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

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Desde que começou a trabalhar, mudou muito de emprego (SIM, se teve 1 ou mais empregos em 5 anos)?</i>	X	1	2	867
<i>Teve períodos sem trabalhar (SIM, se num total de 6 meses durante 10 anos quando era esperado trabalhar: e não devido a doença física)?</i>	X	1	2	868
<i>Faltava muito enquanto trabalhava (SIM, se o absentismo envolveu uma média de 3 dias ou mais por mês quer quando se atrasava quer quando se ausentava)?</i>	X	1	2	869
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 SEGUINTES (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 destruiu 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 para lugar sem planos prévios (para além das férias)?</i>	X	1	2	925
Teve pelo menos 2 sintomas	1 NÃO Avance para U 2 SIM			926

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

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

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

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

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

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

<p><i>Tem tendência geralmente a ser cuidadoso na expressão de sentimentos fortes?</i></p> <p><i>Fica no lado mais calmo ou é considerado o tipo de pessoa séria?</i></p> <p><i>Tem um sentido muito forte do certo ou errado?..ser mais honesto que a maioria das pessoas?..</i></p> <p><i>As pessoas chamar-lhe-iam teimoso?</i></p> <p><i>Tem tendência a ter certas maneiras para fazer as coisas e fica aborrecido se as rotinas têm de ser mudadas?</i></p> <p><i>O trabalho é mais importante do que divertir-se pelo que lhe é difícil pô-lo de lado</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>
--	--

para relaxar ou ir de férias?..	
---------------------------------	--

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 prodrómico ou sintomas residuais de uma desordem específica. É possível que um sujeito tenha um período de doença que seja considerado Outras Desordens Psiquiátricas seguido ou precedido por um episódio que possa ser diagnosticado como um dos outros diagnósticos específicos.

Existem 2 critérios:

V1-

	Sim	
O quadro clínico sugere um distúrbio específico não coberto por este instrumento (ex: Anorexia Nervosa, Transexualismo, Personalidade Paranoíde) Especificar _____		932
Suspeita-se de uma ou mais desordens mas os sintomas são mínimos para completar os critérios Especificar _____		933
A ordem cronológica de classes de sintomas importantes não é conhecida ex: alcoolismo e alucinações: desconhecimento do que apareceu primeiro		934

A informação existente sobre a fenomenologia é inadequada para estabelecer um diagnóstico específico		935
Um fator orgânico conhecido é provavelmente a causa etiológica ex: abuso de álcool, intoxicação por anfetaminas, ingestão de alucinogêneos, febre		936
Pelo menos um destes critérios é verdade 1 Não 2 Sim	Passar para Traços Esquizofrênicos	

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 insônia), ou causou impedimento de funcionar socialmente, com a família, em casa, na escola, no trabalho	0 Sem informação ou sem certeza: Passar para Traços Esquizofrênicos 1 Não: Passar para Traços Esquizofrênicos 2 Sim	938
Reúne os 2 critérios para Outras Desordens Psiquiátricas	Sim	939
Idade do primeiro episódio ou idade em que se tornou visível		940
Correntemente num episódio	Sim	942
Se sim, duração em semanas _____	se se aplicar à maior parte da vida classificar com	999

PARTE W- TRAÇOS ESQUIZOFRÊNICOS

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

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

	Sem Informação	Não	Sim
Ilusões recorrentes, sentir a presença de uma pessoa ou presença não presentes na realidade (“sinto que a minha mãe que já morreu está comigo”), suspeita de alucinações, ou períodos de dissociações severas, despersonalização, ou desrealização (que não seja ataque de pânico) <i>Sentiu com frequência que o mundo parece diferente ou que de alguma forma mudou?</i> <i>Sentiu que estava fora do seu próprio corpo, ou como se uma parte não lhe pertencesse? Ou que estava fisicamente desligado das pessoas... ou sentiu como se estivesse num sonho...ou alguma experiência estranha?</i>	X	1	2

Ideação estranha ou bizarra, ou pensamento mágico ex: superstição, clarividência, telepatia, sexto sentido, “que os outros poderem sentir os seus sentimentos”, ou delírios (falsas crenças) suspeitos	X	1	2
Ideias de referência, suspeita extrema, ideação paranoide	X	1	2
Postura inadequada na interação face a face devido a afeto inapropriado ou restrito ex: indiferente,, distante, frio, superficial, pateta	X	1	2
Comunicação estranha (sem desordem formal do pensamento) ex: discurso tangencial, divagante (digressivo), vago, demasiado elaborado, circunstancial, metafórico e não simplesmente detalhado	X	1	2
Isolamento social, não devido a ansiedade social, hipersensibilidade a críticas reais ou imaginárias (ex: sem amigos íntimos ou confidentes, contactos sociais limitados às tarefas essenciais, sempre desconfortável quando está com pessoas)	X	1	2

Tem pelo menos 1 dos critérios acima mencionados Sim

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

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

<ol style="list-style-type: none"> 1. Esquizofrenia (não agora mas Tipo Residual) 2. Perturbação Esquizo-afectiva 3. Perturbação de Pânico 4. Perturbação Fóbica 5. Perturbação Obsessivo-Compulsiva 6. Perturbação de Briquet (Perturbação de Somatização) 7. Personalidade anti-social 8. Alcoolismo 9. Abuso de drogas 10. Preferência Homossexual (perguntar se necessário) 11. Anorexia Nervosa 12. Transsexualismo 13. Síndrome Cerebral Orgânico 	<p><input type="checkbox"/> Sem informação, sem certeza, ou nunca teve uma Desordem Depressiva Major 953</p> <p><input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major <u>não</u> foi precedido pelas desordens listadas ao lado 954</p> <p><input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado 955</p> <p>___ Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se desenvolveu primeiro) 956-7</p> <p><input type="checkbox"/> O mais recente Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado 958</p> <p>___ Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se desenvolveu primeiro) 959-60</p>
--	--

PARTE Y- COMPORTAMENTO SUICIDA

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

Y1- Tentativa de suicídio no período de tentativa mais séria

<p>Tentativa de suicido no período de tentativa mais séria</p> <p>Determinar as circunstâncias e grau de seriedade da tentativa considerando fatores como: probabilidade de ser salvo, precauções para não ser descoberto, ações para obter ajuda durante ou após a tentativa, grau de planeamento da tentativa, o objetivo aparente da tentativa (manipulativo ou a conseguir a morte)</p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza</p> <p>1 Obviamente sem intenção, meramente manipulativo</p> <p>2 Com hesitação ou intenção mínima</p> <p>3 Definitivo mas muito ambivalente</p> <p>4 A sério</p> <p>5 Muito a sério</p> <p>6 Extremo (cuidadosamente planeado e com expectativa de morte)</p>	953
---	---	-----

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

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

6 Extremo (ex: corte respiratório ou coma prolongado)

PARTE Z- COMPORTAMENTO SOCIAL

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

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

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

<p><i>Nos 5 anos passados quando se sentiu melhor?</i></p> <p><i>Isso durou pelo menos alguns meses?;</i></p> <p><i>O que o aborrecia nessa altura?;</i></p> <p><i>E acerca do seu humor, família, vida social, etc,?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem certeza</p> <p>1 ausente ou sintomas mínimos; bom func.</p> <p>2 ausente ou sintomas mínimos; func. diminuído</p> <p>3 alguns sintomas médios; algumas dificuldades func. 4 sintomas moderados; func.com dificuldade</p>
---	---

	<p>5 alguns sintomas serios; grande diminuição de func.</p> <p>6 diminuição grave em várias áreas</p>
--	---

Z3- FUNCIONAMENTO GERAL MENOS SAUĐAVE 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 melhor?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem aplicação</p> <p>1 retorno completo</p> <p>2 alguns resíduos</p> <p>3 resíduos consideráveis</p> <p>4 deterioração marcada</p>
---	---

CORRENTEMENTE SEM DOENÇA MENTAL

971

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

NUNCA DOENTE MENTAL

972

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

GRAU DE CONFIANÇA E CERTEZA DA INFORMAÇÃO OBTIDA NESTA ENTREVISTA

973

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

FONTES DE INFORMAÇÃO

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

11. Pesquisa de Símbolos



Interromper após 120 segundos.

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

Nome
Data

Copyright © 1992, 1991 by The Psychological Corporation, U.S.A.
Copyright da adaptação Portuguesa © 2003 by CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal.
Traduzida e adaptada com autorização.

Edição CEGOC-TEA: Av. António Augusto Aguiar n.º 21, 2.ª 1050-012 Lisboa.
Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, nomeadamente fotocópia, sem autorização do proprietário do Copyright português. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor. Este exemplar está impresso em tinta verde, se lhe apresentarem um exemplar a negro ou noutra cor é uma reprodução ilegal.
ISBN: 972-8817-01-0



Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição

12. Memória de Dígitos

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

Dígitos em Sentido Directo		Cotação	Dígitos em Sentido Inverso		Cotação	Pontuação final (0, 1 ou 2)
Ensaio 1 / Resposta			Ensaio 2 / Resposta			
1	2-9		4-6			
2	3-8-6		6-1-2			
3	3-4-1-7		6-1-5-8			
4	8-4-2-3-9		5-2-1-8-6			
5	3-8-9-1-7-4		7-9-6-4-8-3			
6	5-1-7-4-2-3-8		9-8-5-2-1-6-3			
7	1-6-4-5-9-7-6-3		2-9-7-6-3-1-5-4			
8	5-3-8-7-1-2-4-6-9		4-2-6-9-1-7-8-3-5			
Total Dígitos em Sentido Directo (máximo = 16)						<input type="text"/>
Dígitos em Sentido Inverso		Cotação	Dígitos em Sentido Directo		Cotação	Pontuação final (0, 1 ou 2)
Ensaio 1 / Resposta			Ensaio 2 / Resposta			
Exemplo:	8-2		Exemplo:	5-6		
1	2-5		6-3			
2	5-7-4		2-5-9			
3	7-2-9-6		8-4-9-3			
4	4-1-3-5-7		9-7-8-6-2			
5	1-6-5-2-9-8		3-6-7-1-9-4			
6	8-5-9-2-3-4-2		4-5-7-9-2-8-1			
7	6-9-1-6-3-2-5-8		3-1-7-9-5-4-8-2			
Total Dígitos em Sentido Inverso (máximo = 14)						<input type="text"/>

Pontuação Total Obtida (máximo = 30)

13. Labirintos



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

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

Pontuação Total Obtida

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

As seguintes recomendações podem ser fornecidas, caso sejam necessárias, mas cada uma delas só poderá ser feita **uma vez** no decurso da administração do subteste.

1. "Deves começar aqui." (apontar para o centro do quadrado).
2. "Não podes passar através de uma parede."
3. "Não pares. Continua até encontrares a saída. Podes voltar para trás."
4. "Não comeces outra vez. Continua a partir daqui (apontar para o ponto atingido) e tenta encontrar o caminho certo para saíres."
5. "Tens que ir mesmo até à saída".

2



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).

Memória Lógica I

História

A

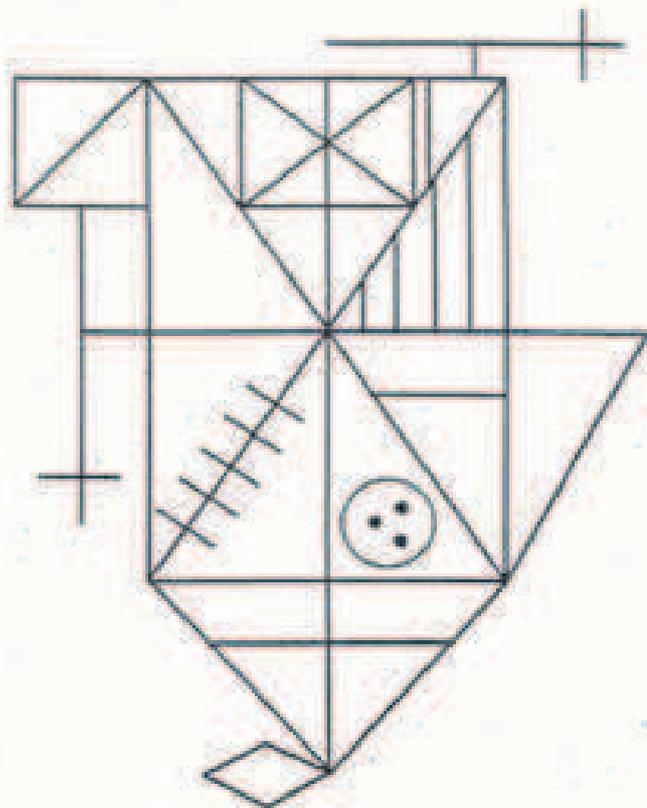
Maria Lopes, que vive no Lumiar em Lisboa e que trabalha como cozinheira no refeitório de uma escola, queixou-se na esquadra da polícia de ter sido assaltada na Avenida da Liberdade, na noite anterior, e de lhe terem roubado cinquenta e seis euros. Tinha quatro filhos pequenos, a renda por pagar e não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

História A	Cotação		Critério de Cotação	
	Unidade de História	Unidade Temática		
Maria	0	1	É necessário referir 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 de profissão.	
no refeitório	0	1	É necessário referir refeitório ou equivalente.	
de uma escola,	0	1	É necessário referir escola ou equivalente.	
		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 outra 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 a 40 e inferior a 60 euros.	
		0	1	Indicação de que a protagonista queixou-se de ter sido roubada.
Tinha quatro	0	1	É necessário referir o número quatro juntamente com a indicação de que se refere a mais de um.	
filhos pequenos,	0	1	É necessário referir filhos pequenos ou semelhantes.	
		0	1	Indicação de que a protagonista tem filhos.
a renda por pagar	0	1	Uma frase indicando que tem a renda de casa por pagar.	
e não comiam	0	1	Indicação de que as crianças ou família estavam sem comer (sem comida).	
há dois dias.	0	1	É necessário referir 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 peditério	0	1	Uma frase indicando que houve recolha de dinheiro.	
em seu favor.	0	1	Indicação de que o dinheiro era para a mulher e/ou para os seus filhos.	
		0	1	Indicação de que a polícia respondeu de imediato/directamente às necessidades da protagonista.

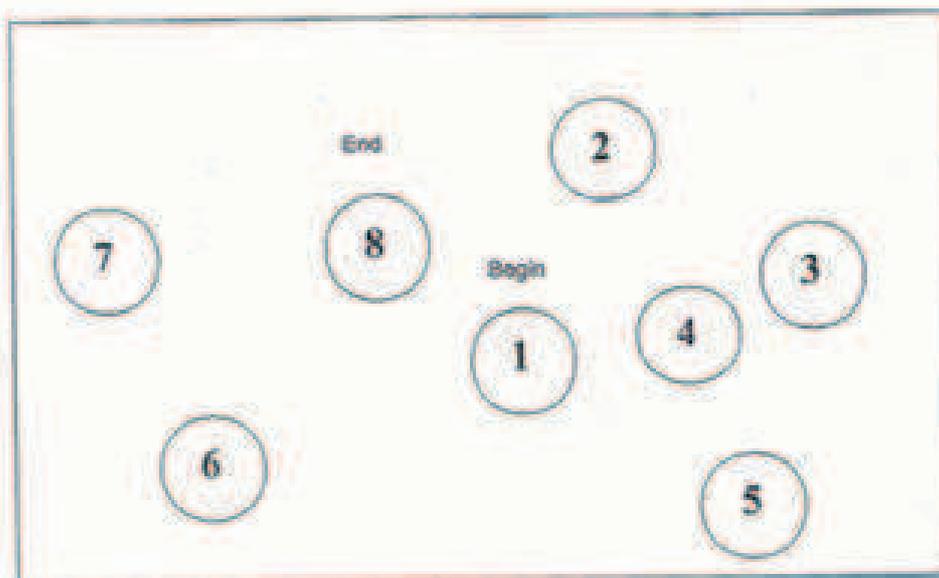
História A
Pont. Evocação Unid. História
Mínimo = 0 Máximo = 25

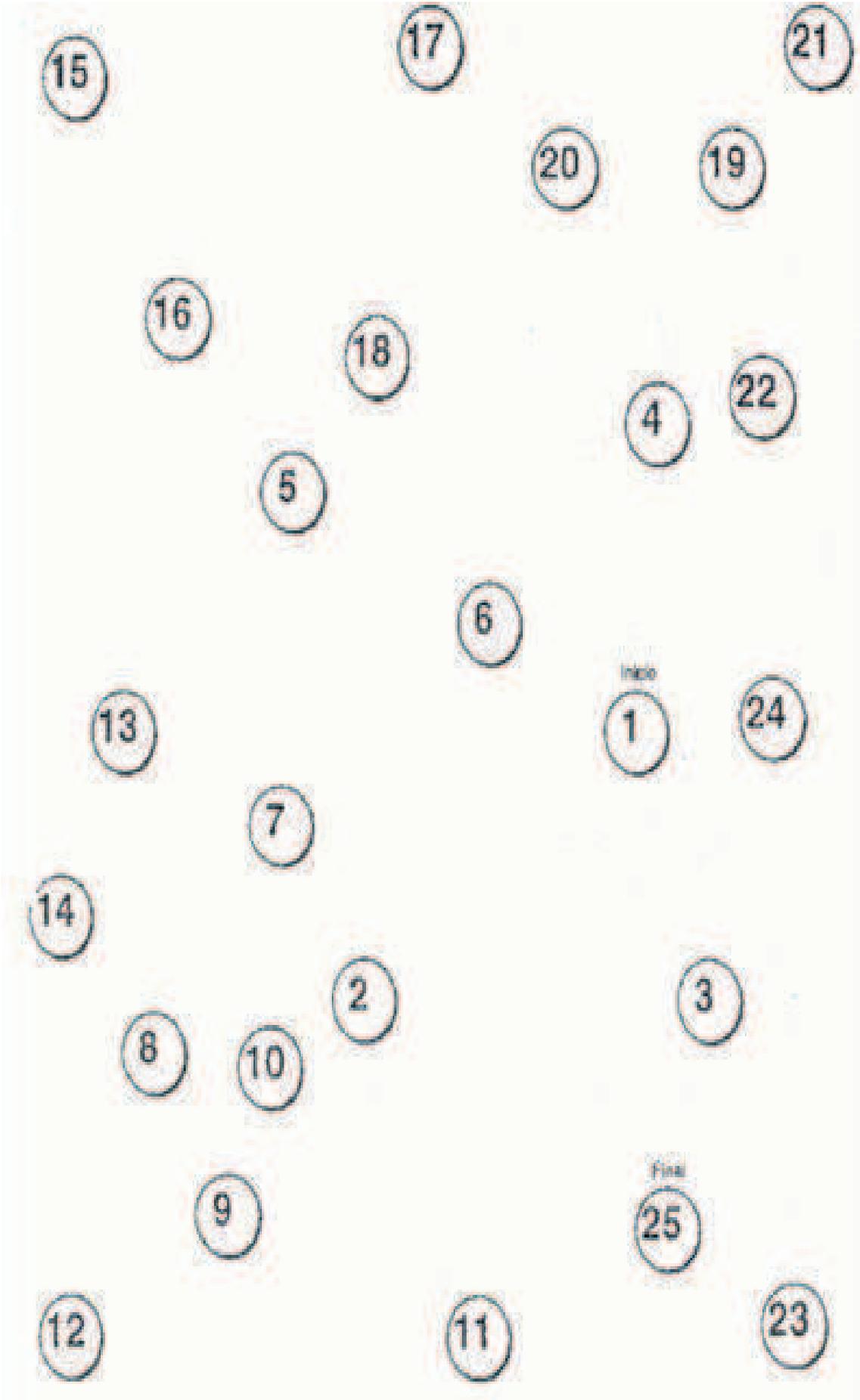
□ □

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

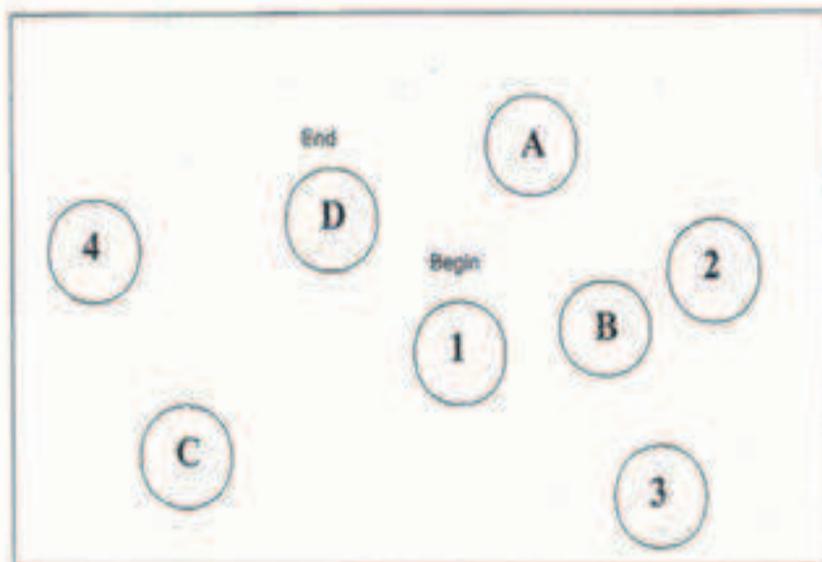


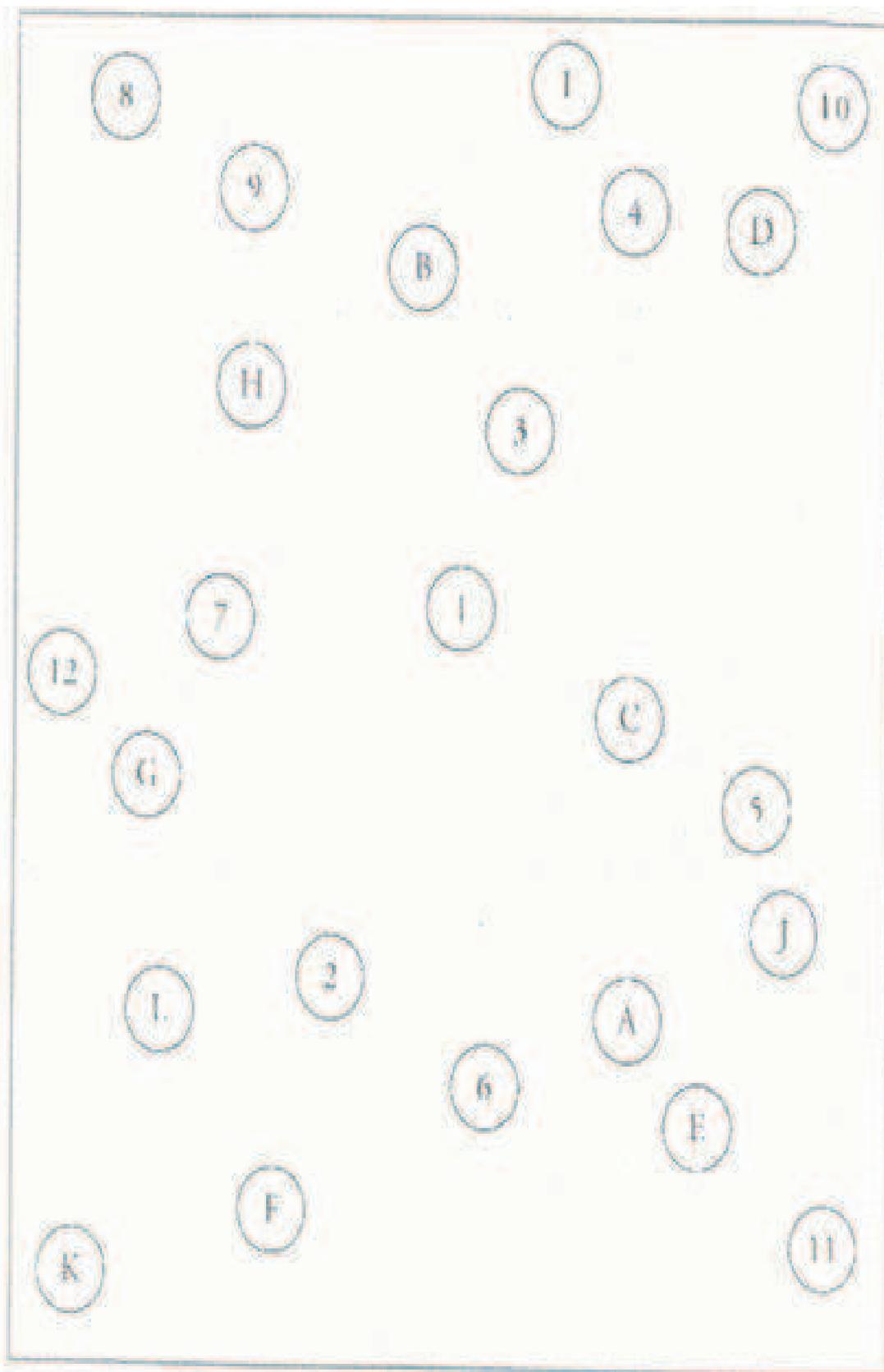
Trail Making Test Part A – SAMPLE

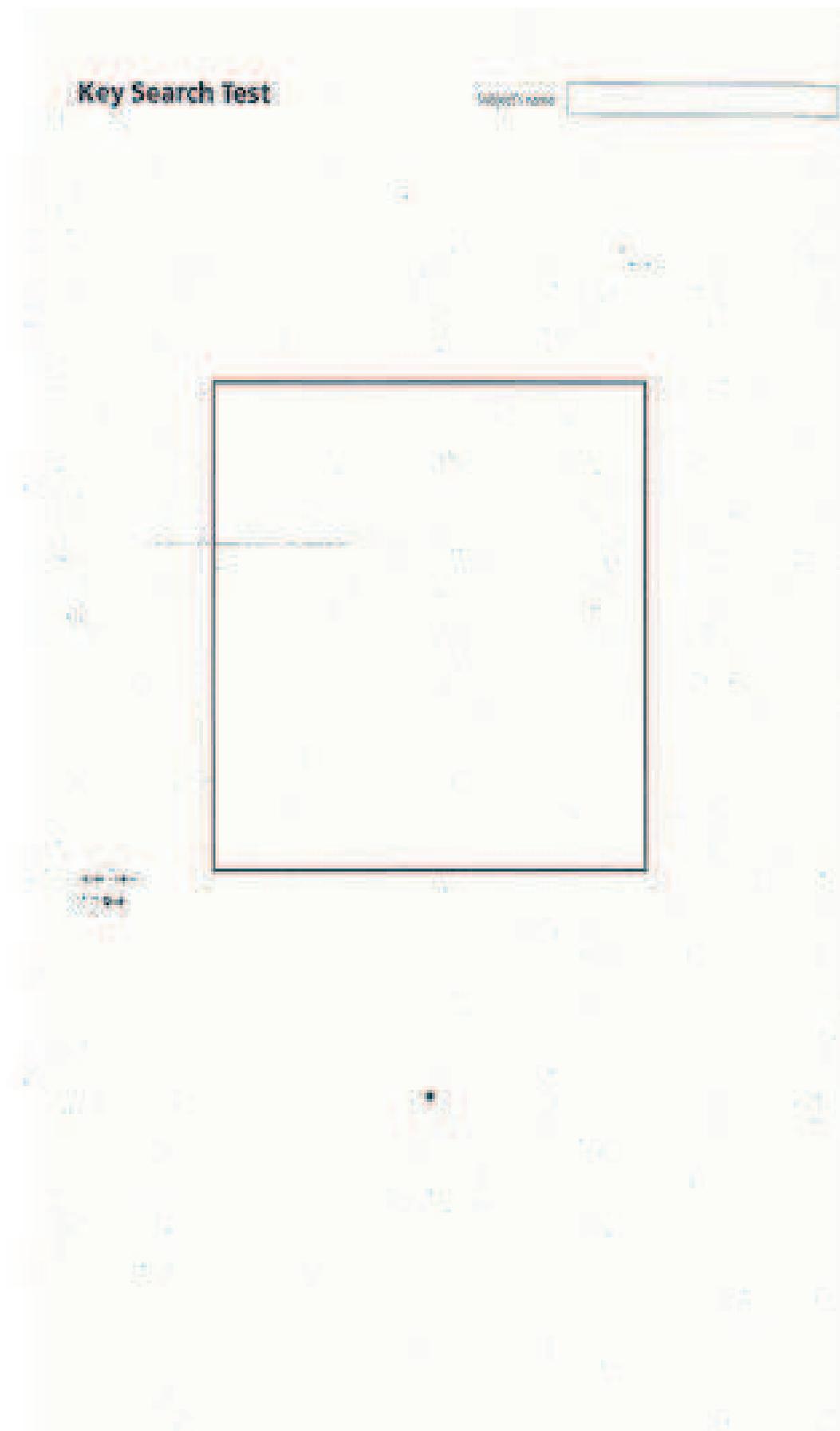




Trail Making Test Part B – SAMPLE







B



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	8

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

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

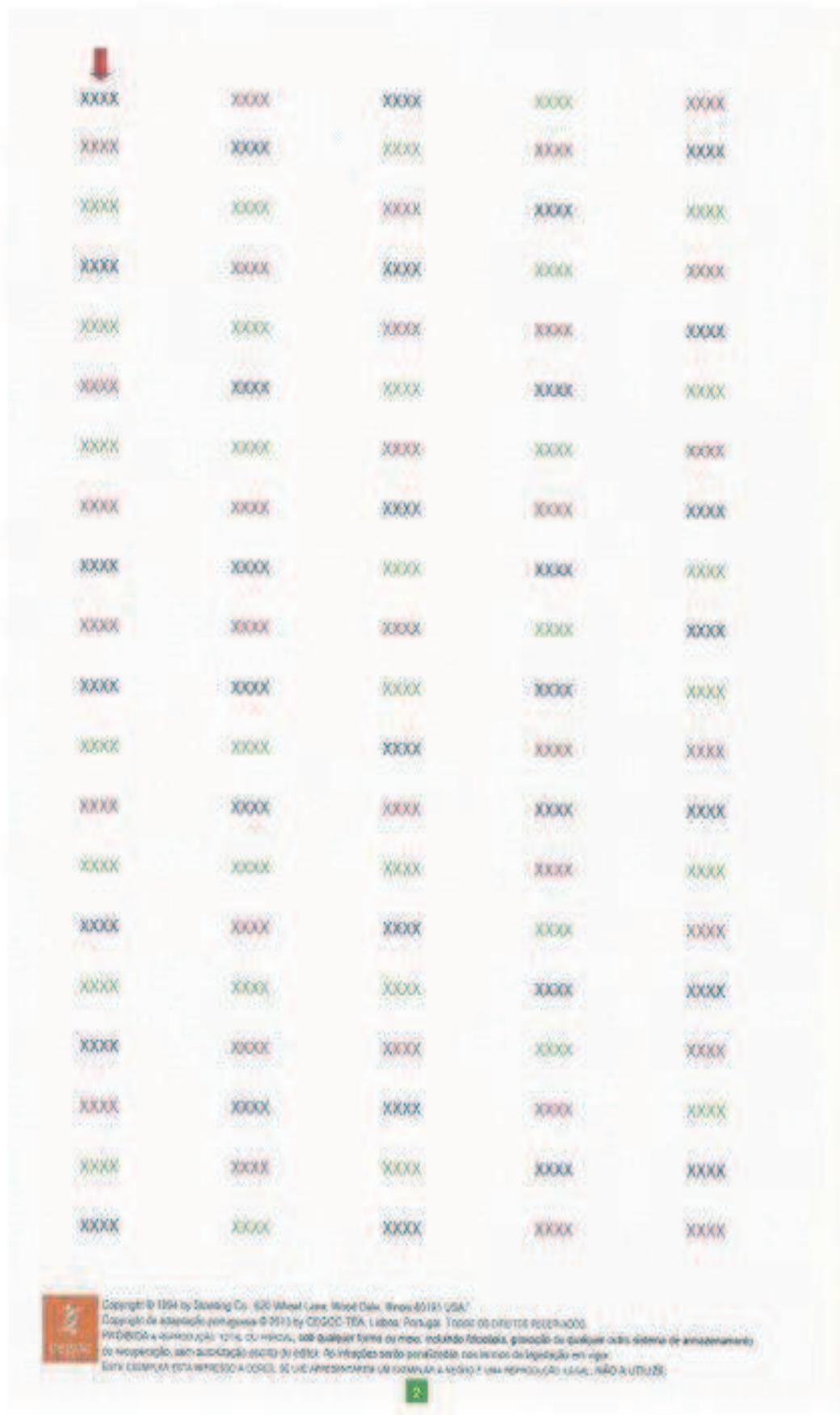
2	4	8	3	5	6	7	1	9	4	3	6	2	7	9	3	5	6	7	4	5

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



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

Copyright © 1984 by Stoelting Co., 820 Wheel Lane, Wood Dale, Illinois 60191 USA.
 Copyright de adaptação portuguesa © 2012 by CEGOC TEA-Labex, Portugal. Todos os direitos reservados.
 PROIBIDA a reprodução total ou parcial, em qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento
 ou recuperação, sem autorização escrita do editor. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.
 ESTE MATERIAL NÃO DEVE SER REPRODUZIDO, REIMPRIMIDO, REFORMATADO, REPRODUZIDO EM UM SISTEMA DE CÓPIA, NÃO A UTILIZAR.



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

Copyright © 1994 by Stoelting Co., 620 White Lake, Wood Dale, Illinois 60191 USA
 Copyright de distribuição portuguesa © 2013 by CEGOC-TSA, 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 de informação escrita ou eletrónica. As infrações estão punidas nos termos da legislação em vigor.
 Esta campanha está financiada e controlada pelo Ministério da Saúde e do Plano Nacional de Saúde e pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.



