

Instituto Superior Ciências de Saúde – Norte



Qualidade de Vida em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

Liliana Sofia Ferreira Gomes

2014

Instituto Superior Ciências de Saúde – Norte

Qualidade de Vida em Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

Trabalho realizado sob orientação da Professora Doutora Maria Emília
Guimarães Areias

Liliana Sofia Ferreira Gomes

2014

Agradecimentos

Cessado este percurso queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que tornaram possível a realização desta etapa:

Aos meus pais o meu mais profundo e especial agradecimento pelo apoio e amor incondicional, por me proporcionarem em tempos difíceis a continuidade dos estudos, e por toda a dedicação ao longo destes anos;

À minha irmã pela companhia, conversas e por tudo que temos vindo a partilhar;
Às minhas amigas de curso, obrigada pela amizade, convívio, partilha e pelo estímulo mútuo face às adversidades;

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, em especial à Professora Maria Emília Areias pela disponibilidade, simpatia e dedicação incansável;

Ao Professor Victor Viana, pela grande disponibilidade, ajuda e colaboração, sempre com uma postura positiva perante a vida e o trabalho.

Ao Professor Quintas, pela ajuda e cooperação, assi como pela disponibilidade demonstrada.

À D. Rosária, por tudo o que me ensinou e por me ter acompanhado durante todos estes anos, sempre com uma palavra amiga e sempre disposta a ouvir e a ajudar.

A todos os participantes deste estudo, pela colaboração e ajuda prestadas. Sem eles, nada teria sido possível!

A todos,
O meu profundo e eterno agradecimento!

Resumo

Objetivos: Avaliar a QV numa população de adolescentes e jovens adultos com CC; investigar o desempenho escolar, suporte social e familiar, limitações físicas e imagem corporal destes participantes. **Métodos:** participaram 107 pacientes com CC, dos quais 62 eram do sexo masculino e 45 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 26 anos (média= 16,45± 2,770). Os participantes foram entrevistados sobre o apoio social, o estilo educacional da família, a autoimagem e as limitações físicas. Foram recolhidos os dados clínicos e demográficos mais relevantes e foi aplicado um conjunto de instrumentos constituído por uma entrevista semiestruturada, uma entrevista psiquiátrica estandardizada (SADS-L), um questionário de avaliação da QV (WHOQOL-BREF) e um questionário de avaliação da personalidade (NEO-PI-R). **Resultados:** Observou-se que população recolhida demonstra melhor QV que a população geral no domínio Relações Sociais ($t=2,890$; $p=0,005$) e pior QV no domínio Físico ($t=-5,719$; $p=0,000$). No entanto, não foram encontradas diferenças na QV quando analisados aspetos como terapia farmacológica, intervenção cirúrgica, suporte social e gravidade da CC. A realização de 2, ou mais, cirurgias tende a diminuir a QV nos domínios, Físico ($t=-1,991$; $p=0,049$) e Psicológico ($t=-2,104$; $p=0,038$). O tipo de CC evidenciou pior perceção da QV no domínio Relações Sociais ($t=-2,249$; $p=0,027$). Os pacientes com competência física satisfatória, apresentam melhor QV no domínio Físico ($t=-2,577$; $p=0,011$). Um percurso escolar satisfatório está relacionado com uma melhor QV ao nível do domínio Meio-Ambiente e no domínio da QV Geral. A correlação entre a QV e a personalidade, relativamente à CC cianótica os pacientes tem piores níveis de Amabilidade no domínio Físico ($r=-0,486$; $p=0,001$). Na CC acianótica, os pacientes demonstram piores níveis de Neuroticismo nos domínios, Físico ($r=-0,257$; $p=0,037$) e Psicológico ($r=-0,341$; $p=0,005$); de Abertura à Experiência no domínio Psicológico ($r=-0,247$; $p=0,045$); e de Amabilidade nos domínios, Físico ($r=-0,439$; $p=0,000$), Psicológicos ($r=-0,421$; $p=0,000$), Meio-Ambiente ($r=-0,330$; $p=0,007$) e QV Geral ($r=-0,248$; $p=0,045$). **Conclusões:** Os pacientes com CC tendem a perceber uma melhor QV, quando não realizam intervenções cirúrgicas, quando apresentam CC do tipo acianótica, quando apresentam uma competência física satisfatória e quando apresentam um percurso escolar satisfatório.

Palavras-chaves: Cardiopatias Congénitas; Qualidade de vida; Personalidade.

Índice

Capítulo I – Introdução	7
Cardiopatias congénitas – definição	9
Cardiopatias Congénitas cianóticas ou acianóticas	10
Cardiopatias Menores, Significativas e Complexas	12
Qualidade de vida – conceitos e resultados	13
Capítulo II – Objetivos	16
Capítulo III – Métodos	17
Caracterização da População	17
Critérios de inclusão e critérios de exclusão	18
Instrumentos de avaliação	19
Procedimento	21
Desenho	21
Métodos de Análise Estatística	22
Capítulo IV – Resultados	22
Capítulo V – Discussão dos Resultados	27
Capítulo VI – Conclusão	31
Referências Bibliográficas	32
Anexos	38

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da população de acordo com as variáveis demográficas.	22
Tabela 2 - Caracterização da população de acordo com a variável psicopatológica.	22
Tabela 3 - Caracterização da população de acordo com as variáveis clínicas.	23
Tabela 4 - Comparação entre os valores de referência e os valores apresentados pelos participantes na qualidade de vida	24
Tabela 5 - Comparação entre a qualidade de vida e o nº de intervenções cirúrgicas	24
Tabela 6 - Comparação entre a qualidade de vida e o tipo de cardiopatia	25
Tabela 7 - Comparação entre a qualidade de vida e a competência física.	25
Tabela 8 - Comparação entre a qualidade de vida e o percurso escolar.	26
Tabela 9 - Estudo correlacional (do tipo Pearson) entre os cinco domínios da qualidade de vida e a escala da personalidade (NEO-PI-R), relativamente à cardiopatia congénita cianótica.	26
Tabela 10 - Estudo correlacional (do tipo Pearson) entre os cinco domínios da qualidade de vida e a escala da personalidade (NEO-PI-R), relativamente à cardiopatia congénita acianótica.	27

Índice de Anexos

Anexo A

- A1- Termo de Consentimento Informado
- A2- Ficha de Identificação
- A3- Entrevista Semiestruturada
- A4- SADS-L
- A5- WHOQOL-BREF
- A6- NEO-PI-R

Anexo B- Abstract Submetido em Congresso Internacional

B1 – Co- Autora de um Resumo Aprovado para World Congress of Cardiology Scientific Sessions em Melbourne, Australia - May 2014.

Capítulo I – Introdução

O presente trabalho enquadra-se numa linha de investigação em curso intitulada “Estatuto Psicossocial e Qualidade de Vida de Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas com e sem Correção Cirúrgica”.

No decorrer dos anos, as cardiopatias congénitas passaram de uma patologia com elevada taxa de mortalidade, para uma condição de sobrevivência muito auspiciosa.

As cardiopatias congénitas são encaradas como sendo a segunda principal causa de morte a nível pediátrico, nos países desenvolvidos (Nousi & Christou, 2010; Van Rije net al., 2004).

A partir da década de setenta teve início os primeiros avanços a nível pediátrico, através do progresso e melhoramento de técnicas cirúrgicas e de diagnóstico, que conduziram a avanços significativos no tratamento das doenças cardíacas congénitas (Nousi & Christou, 2010). A evolução dos tratamentos clínicos ou cirúrgicos bem-sucedidos levou a que a maioria das crianças com uma cardiopatia congénita possa agora viver até à idade adulta com uma melhor qualidade de vida (Claessens, Moons, Casterlé, Cannaerts, & Gewillig, 2005; Kasper et al., 2006; Nousi & Christou, 2010).

Neste sentido, os progressos atingidos com o tratamento das doenças cardíacas levou a uma diminuição da mortalidade (em cerca de 31% (Nousi & Christou, 2010)), que conduziu a um acréscimo da esperança de vida de pacientes com cardiopatia congénita (Bellinger & Newburger, 2010; Berghammer, Dellborg, & Ekman, 2006; Gerdes & Flynn, 2010; Geyer, Norozi, Buchhorn, & Wessel, 2009b; Hülser, et al., 2007; Marino, et al., 2010; McMurray, et al., 2001; Moon, et al., 2009; Moons, et al., 2002; Müller, et al., 2010; Spijkerboer, et al., 2008; Spijkerboer, et al., 2006; Utens, et al., 1998; Wernovsky, 2006).

Os pacientes com cardiopatias congénitas, tendencialmente escondem a sua doença com receio da rejeição e só a revelam quando se sentem à vontade e inseridos no novo contexto, no decorrer da sua vida (Berghammer, et al., 2006).

Sobreviver não corresponde diretamente a melhor qualidade de vida, visto que estes pacientes revelam várias dificuldades, sendo elas a nível físico, cognitivo ou psicológico (Nousi & Christou, 2010). Na realidade, no que respeita à mortalidade e à

morbilidade, a qualidade de vida converteu-se em uma dimensão importante para este grupo de pacientes (Spijkerboer, et al., 2006).

No que concerne à personalidade esta pode ser definida como um conjunto de atitudes e funções específicas que formam uma predisposição para agir ou reagir de modo característico (Matin, 1997 cit in Prosser-Dodds,2013). Assim, a personalidade refere-se a um conjunto de características dinâmicas e organizadas que influenciam as cognições, motivações e comportamentos da pessoa (Myres & McCaulley, 1985 cit in Prosser-Dodds,2013).

Esta linha de investigação tem como objetivo caracterizar a população de adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas, relativamente ao nível da qualidade de vida.

Para recolha destes dados, foi eleito um dos hospitais com maior representatividade no norte do país, o Hospital São João, visto que contém uma área alargada de cuidados ao nível da cardiologia.

Para este efeito, foram traçados objetivos nesta linha de investigação, onde foram selecionados 107 adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas, que se encontravam no serviço de cardiologia pediátrica. Para avaliar esta população relativamente ao nível de qualidade de vida, foram aplicados, um aglomerado de instrumentos de avaliação, mais concretamente, uma entrevista semiestruturada, uma entrevista psiquiátrica estandardizada SADS-L, o WHOQOL-BREF, um questionário de autorresposta para avaliar a perceção da qualidade de vida e o NEO-PI-R (versão reduzida), para a correlação entre a qualidade de vida e a personalidade do paciente. Estes instrumentos contam ainda com uma ficha de identificação, onde se encontram os dados pessoais e clínicos de cada paciente.

Para uma melhor compreensão do trabalho realizado, a presente dissertação encontra-se dividida em diversos capítulos. Assim sendo, o primeiro capítulo é composto por uma breve introdução e um enquadramento teórico sobre as cardiopatias congénitas. O segundo capítulo contém os objetivos traçados para este estudo, desde os objetivos gerais aos mais específicos e referentes às variáveis em análise. No terceiro capítulo encontram-se os métodos, as linhas condutoras deste estudo, que demonstram o que foi realizado no estudo. Posteriormente, no quarto capítulo estão presentes os resultados obtidos no estudo, seguido do quinto capítulo que contém a discussão. No sexto capítulo, encontram-se as conclusões gerais tiradas a partir do estudo, como forma de síntese final.

Definição de Cardiopatias Congénitas

A cardiopatia congénita consiste na malformação do coração ou dos grandes vasos sanguíneos que decorre durante o desenvolvimento fetal. Deste modo, as malformações congénitas advêm de um desenvolvimento embrionário anormal de uma determinada estrutura ou da inaptidão dessa estrutura progredir para além de um estágio inicial do desenvolvimento embrionário ou fetal (Kasper et al., 2006).

As cardiopatias congénitas podem ser designadas como sendo as mutações ocorridas durante a geração do coração e dos vasos sanguíneos durante a gestação, visto que estas transportam as malformações cardíacas. Ressalva-se que estas se encontram dependentes da quantidade de saturação de oxigénio no sangue (Brennan & Young, 2001; Fasnacht & Jaeggi, 2001; Bajolle, Zaffran & Bonnet, 2009 cit in Nousi & Christou, 2010).

Cerca de 90% das cardiopatias congénitas não são assimiladas a sua origem, contudo a literatura revela que fatores genéticos e ambientais encontram-se aglutinados à existência desta patologia. A utilização de drogas pela mãe nos primeiros três meses de gestação e a diabetes mellitus na mãe, são vistos como os principais fatores externos para o desenvolvimento desta patologia. (Nousi & Christou, 2010).

Os sinais, sintomas e prognóstico estão diretamente ligados com a gravidade da cardiopatia, mas visto que as cardiopatias congénitas são encaradas como uma doença crónica, esta permanecerá ao longo da vida do paciente. Contudo, em alguns casos com cardiopatias menores, os pacientes conseguem levar uma vida aproximada à das pessoas da mesma idade que sejam saudáveis (Moons, et al., 2002).

A prevalência de pessoas com cardiopatias congénitas varia entre 5 e 12 por cada mil nascimentos. Ressalva-se que em Portugal as cardiopatias congénitas apresentam-se como sendo a patologia com maior frequência nas malformações congénitas. No entanto, com a melhoria do diagnóstico, nas cirurgias e no aumento de equipamento específico nos hospitais para esta população, a taxa de mortalidade tem vindo a diminuir no primeiro ano de vida de forma significativa, ou seja, diminuiu 2,8% de 2000 a 2004 (Direção-Geral da Saúde, 2006).

Cardiopatias Congénitas cianóticas ou acianóticas

Clinicamente, as cardiopatias congénitas são classificadas como cianóticas ou acianóticas tendo em conta o grau de saturação de oxigénio no sangue (Karsdorp, Everaerd, Kindt & Mulder, 2007; Nousi & Christou, 2010).

Relativamente às cardiopatias cianóticas estas caracterizam-se pela presença de uma dessaturação do oxigénio arterial, visto que esta advém do desvio do sangue venoso para o sangue arterial (Brickner, Hillis & Lange, 2000), um dos aspetos que pode demonstrar a existência de cianose é a cor da pele, tendo em conta que esta causa uma descoloração azulada da cor da pele, que tem origem no baixo nível de oxigénio no sangue (Nousi & Christou, 2010). A Tetralogia de Fallot e o Síndrome de Eisenmenger são as causas mais frequentes de cardiopatia cianótica, neste sentido é necessária a intervenção cardíaca para que o paciente possa viver até à idade adulta (Brickner, Hillis & Lange, 2000).

A cardiopatia cianótica pode desenvolver complicações como disfunção renal, uma eritrocitose com pobreza de ferro, assim como baixa contagem de plaquetas, que em casos muito raros pode levar a sangramentos significativos (Foster, et al., 2001; Singh, 2008).

A hipertensão pulmonar é uma complicação com grande incidência em pacientes com cardiopatia congénita, que se deve a um aumento do fluxo sanguíneo ou à resistência pulmonar, ou seja, existe um acréscimo da pressão pulmonar, visto que o aumento do fluxo sanguíneo pode dever-se às alterações estruturais obstrutivas. Deste modo é necessário ter em conta os fluxos e as resistências pulmonares e sistémicas, para determinar se um paciente com esta patologia pode ser sujeito a uma correção cirúrgica (Kasper, et al., 2006).

Os tipos de cardiopatias congénitas cianóticas mais prevalentes são, a Tetralogia de Fallot, o Síndrome de Eibstein, a Transposição das Grandes Artérias e o Ventrículo Único (Brickner, Hillis & Lange, 2000), que serão descritas em seguida.

A Tetralogia de Fallot é caracterizada por “...comunicação ventricular desalinhada, obstrução do trato de saída do ventrículo direito, aorta cavalgada sobre a comunicação interventricular e hipertrofia do ventrículo direito” (Kasper, et al., 2006).

O Síndrome de Ebstein é designado “por um deslocamento inferior da válvula tricúspide para dentro do ventrículo direito à fixação das cúspides valvares, os tecidos da valva tricúspide de Ebstein são displásicos e possibilitam a insuficiência tricúspide” (Kasper, et al., 2006).

Na Transposição das Grandes Artérias “a aorta surge do ventrículo direito à direita e à frente da artéria pulmonar, que advém do ventrículo esquerdo, que resulta em duas circulações separadas e paralelas, sendo necessário, após o nascimento, existir algum grau de comunicação entre as duas para manter a vida” (Kasper, et al., 2006).

O Ventrículo Único consiste “numa família de lesões complexas, nas quais as duas valvas atrioventriculares ou uma única valva atrioventricular abrem-se para a câmara ventricular única...” (Kasper, et al., 2006).

No que corresponde às cardiopatias congénitas acianóticas, os pacientes demonstram uma saturação de oxigénio no sangue arterial (Brickner, Hillis & Lange, 2000). Os tipos de cardiopatias congénitas acianóticas são, Coartação da Aorta, Estenose da Aorta, Estenose Pulmonar, Defeito do Septo Atrial e o Septo Ventricular.

A Coartação da Aorta é designada por um “estreitamento, ou constrição, da luz da aorta que pode ocorrer em qualquer segmento ao longo do seu comprimento, contudo, é mais comum no segmento distal à origem da artéria subclávia esquerda, próximo da inserção do ligamento arterial” (Kasper, et al., 2006).

A Estenose da Aorta, remete para as “malformações que causam a obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo que são a estenose congénita da valva aórtica, estenose subaórtica leve, estenose aórtica supravalvar e miocardiopatia obstrutiva hipertrófica” (Kasper, et al., 2006).

A Estenose Pulmonar designa-se pela “obstrução do trato de saída do ventrículo direito, que pode estar localizada nos níveis supravalvar, valvar ou subvalvar, ou ocorrer em simultaneamente nestes níveis” (Kasper, et al., 2006).

O Defeito do Septo Atrial caracteriza-se pelo “resultado do desvio de sangue de um átrio para o outro”, visto que este desvio é independente da sua localização a nível anatómico, a nível fisiológico e das consequências do efeito atrial. A direção e a

magnitude do desvio são causadas pelo tamanho do defeito com conformidade com os ventrículos (Brickner, et al., 2000).

O Defeito do Septo Ventricular caracteriza-se por consequências fisiológicas, que dependem do tamanho do defeito, assim como da resistência à circulação vascular sistêmica pulmonar. Deste modo, quando o defeito é pequeno os pacientes adultos demonstram uma tensão arterial normal e são assintomáticas (Brickner, et al., 2000).

Cardiopatias Menores, Significativas e Complexas

De acordo com a sua gravidade, as cardiopatias podem ser classificadas em menores, significativas/moderadas ou complexas. No que concerne às cardiopatias congênitas menores, os pacientes apresentam uma expectativa de vida normal, demonstrando no entanto algumas limitações, visto que normalmente não precisam recorrer à realização de intervenções cirúrgicas no decorrer da sua vida. Estes pacientes são assintomáticos e podem apresentar um estilo de vida sem limitações, assim como a capacidade de realizar exercício físico sem restrições, mesmo que por vezes possam desenvolver sinais ou sintomas de um hiperfluxo pulmonar (Kovacs, et al., 2005).

Relativamente às cardiopatias significativas ou moderadas a conjectura intrínseca a estas varia mediante os resultados obtidos ao nível das intervenções cirúrgicas realizadas anteriormente, assim como ao estado hemodinâmico. É de salientar que estes pacientes possuem as quatro câmaras cardíacas e as válvulas, contudo necessitam de recorrer à intervenção cirúrgica (Kovacs, et al., 2005).

Por sua vez, os pacientes com uma cardiopatia congênita complexa, necessitam de acompanhamento médico regular, pois podem apresentar limitações nas suas atividades diárias, mais especificamente, na prática de exercício físico e na capacidade de manutenção de um emprego em tempo integral (Kovacs, et al., 2005; Mussatto, 2009).

A gravidade em pacientes com esta patologia tem um papel preponderante na sobrevivência destes, ou seja, quanto mais grave é a cardiopatia menor é a possibilidade de sobrevivência (Brennan & Young, 2001; Fasnacht & Jaeggi, 2001; Bajolle, Zaffran & Bonnet, 2009 cit in Nousi & Christou, 2010).

Qualidade de Vida

Conceitos e Resultados

Com o aumento das taxas de sobrevivência, as questões psicossociais têm surgido como uma importante área de investigação. A percepção do paciente sobre a sua qualidade de vida é uma preocupação clínica importante (Loup, et al., 2009). A qualidade de vida tem sido muito investigada pela literatura, mas mesmo assim não existe um consenso na definição deste conceito. A qualidade de vida pode ser vista como um constructo multidimensional, tendo em conta quatro domínios: físico, cognitivo, funcionamento social e emocional. Segundo vários autores, (Grootenhuis, Koopman, Verrips, & Last (2007); Meeberg (1993) cit in Simko (1999)) a qualidade de vida é caracterizada como —sentir uma satisfação com a vida em geral, a capacidade mental de avaliar a sua própria vida como satisfatória ou de outra forma, um estado de saúde física, mental, social e emocional estabelecida pelo indivíduo e uma avaliação objetiva através de outra pessoa que fortalece que as suas condições de vida são adequadas e não atemorizam a sua vida (Meeberg, 1993 cit in Simko, 1999). Segundo eles, para haver qualidade de vida tem, impreterivelmente de haver vida e um estado de consciência, sendo que a qualidade de vida tem como “consequências a satisfação, felicidade e estado de bem-estar”.

De acordo com o WHOQOL Group (1994) cit in Canavarró et al. (2007), a qualidade de vida é a “percepção do indivíduo sobre a sua postura na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está interposto e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994 cit in Canavarró et al., 2007).

Contudo, visto que a qualidade de vida não é linear ao longo do tempo, pode considerar-se como sendo uma dimensão temporal (Daliento et al., 2006).

Sendo a cardiopatia congénita encarada como uma doença crónica, os pacientes com esta doença defrontam-se com diversos obstáculos como, estarem sujeitos a restrições físicas, interrupções no seu percurso escolar e delimitações que podem condicionar a sua vida adulta (Krol et al., 2003).

Como referi anteriormente estes pacientes defrontam várias dificuldades, sejam a nível físico, psicológico ou cognitivo, o que demonstra que sobreviver não é significado de uma qualidade de vida soberba. As alterações forçadas pelo défice

cardíaco (internamentos hospitalares frequentes, privação de atividades de lazer, isolamento de ambientes convidativos) vão modificar o estilo de vida, que irá influenciar a vida destas crianças de qualquer forma. Todas estas vertentes exercem uma influência negativa na sua qualidade de vida (Nousi & Christou, 2010).

Quando se pretende avaliar a qualidade de vida, visto que a saúde é um indicador de qualidade de vida, foi embutido o conceito de Health-Related Quality of Life –HRQoL ou qualidade de vida relacionada com a saúde, que tem como objetivo avaliar o impacto que uma doença ou tratamento médico tem na qualidade de vida do indivíduo (Grootenhuis et al., 2007; Nousi & Christou, 2010). A qualidade de vida relacionada com a saúde, também pode ser distinguida do estado de saúde, tendo em conta que se foca no impacto emocional das limitações no estado de saúde (Fekkes et al., 2001).

Pode assim aplicar-se o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde, a pacientes com cardiopatias congénitas.

Através do estudo da qualidade de vida em doentes com cardiopatias congénitas, foi possível encontrar resultados muito diversificados. Neste sentido, um dos estudos relata que a qualidade de vida de crianças com cardiopatias congénitas não demonstra grandes diferenças quando comparadas com um grupo de controlo de crianças sem cardiopatias congénitas (Laane et al., 1997 cit in Krol et al., 2003).

Contudo, Krol et al. (2003) atestam que as crianças com cardiopatias congénitas revelam uma pior qualidade de vida relacionada com a saúde nas variáveis referentes ao funcionamento motor e à autonomia. Por sua vez, no que concerne à gravidade da cardiopatia, não foram encontradas diferenças significativas entre grupos no que diz respeito à qualidade de vida relacionada com a saúde.

Alguns estudos atestam que crianças com cardiopatias congénitas tendem a demonstrar mais sintomas de ansiedade/depressão, que se devem a internamentos frequentes, às limitações impostas pela doença e em alguns casos à necessidade de fazerem medicação regularmente (Nousi & Christou, 2010).

As questões escolares é um outro aspeto relevante, uma vez que os internamentos, cirurgias e tratamentos continuados conduzem, na sua grande maioria, a períodos de faltas à escola. Deste modo, no que concerne ao progresso nos estudos, os adolescentes e jovens adultos podem encarar algumas adversidades, como o baixo desempenho, dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento, reprovações, poucas capacidades de socialização, baixa autoestima e, em casos menos frequentes,

delinquência (Wernovsky, 2006). As constantes faltas às aulas balizam a integração completa nas atividades escolares, podendo estar relacionado a sentimentos de isolamento ou rejeição (Kovacs et al., 2005).

Devido às intervenções cirúrgicas, os pacientes costumam ficar com marcas corporais como cicatrizes e outras alterações morfológicas, que podem conduzir a preocupações com a imagem corporal (Kovacs et al., 2005). Uma das grandes dificuldades atravessadas pelas crianças com cardiopatia congênita é a alteração da imagem corporal, no período pós-operatório, essa mudança é caracterizada por uma grande cicatriz no peito, que na maioria dos casos se torna algo que denuncia a sua doença e que conduz a comentários e perguntas por parte de pessoas com quem convive e partilha o mesmo ambiente, nomeadamente na escola. Como consequência disto, as crianças demonstram-se mais introvertidas e isoladas dos outros, visto que sentem vergonha e até culpa pela sua imagem corporal (Nousi & Christou, 2010).

A falta de aceitação social, particularmente em ambiente escolar, é muitas vezes nomeada como motivo para uma pior qualidade de vida (Nousi & Christou, 2010). Como consequência, estas crianças tendem a privarem-se de atividades que apreciavam antes do diagnóstico de doença, surgindo sentimentos de solidão, rejeição e isolamento social, dificultando ainda mais a integração social (Kendall, Sloper, Lewin, & Parsons, 2003; Wray & Sensky, 2001; Wright & Nolan, 1994).

A restrição da atividade física é uma outra área significativa relacionada com a qualidade de vida das crianças com cardiopatia congênita, uma vez que é imposta quer pela condição de doença quer pelos pais que muitas vezes sendo superprotetores querem que os filhos diminuam as suas atividades físicas (Nousi & Christou, 2010). Muitos dos pacientes com cardiopatia congênita confinam a sua atividade física, quer por uma limitação real quer por sua própria imposição, isso reduz a oportunidade de usufruir dos benefícios que a atividade física tem para a saúde mental (Kovacs et al., 2005). São ainda relatadas pelos pacientes diversas dificuldades como falta de ar, cansaço, dores no peito ou tonturas, aquando da realização de exercícios físicos (Birks, Sloper, Lewin, & Parsons, 2006).

Os estudos sobre a qualidade de vida em pacientes com cardiopatias congénitas têm demonstrado resultados contraditórios. Em alguns estudos referem que uma menor qualidade de vida está relacionada com a instabilidade cardíaca (Moons et al., 2009), a severidade da doença (Goldbeck & Melches, 2006; Latal, Helfricht, Fischer, Bauersfeld, & Landolt, 2009), o funcionamento motor e a autonomia (Krol et al., 2003), todavia não

foram encontradas diferenças para as variáveis género, idade ou estado civil (Moons et al., 2009). Alguns estudos encontraram um menor bem-estar psicológico e uma pior qualidade de vida em pacientes com cardiopatia congénita relativamente a grupos de controlo saudáveis (Rose et al., 2005; Spijkerboer et al., 2006), enquanto outros demonstram que não existiam diferenças entre os dois grupos. Alguns investigadores afirmam que a natureza congénita da doença conduz os pacientes com cardiopatia congénita a terem melhor qualidade de vida do que as pessoas saudáveis (Fekkes et al., 2001; Moons et al., 2005).

Alguns estudos apresentam que pacientes com cardiopatias congénitas têm defeitos cardíacos permanentes e má qualidade de vida (Rietveld et al., 2002).

Capítulo II – *Objetivos*

O objetivo principal deste estudo consiste em avaliar a qualidade de vida dos adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas que realizaram ou não intervenções cirúrgicas. Determinar quais as variáveis que foram avaliadas nesta investigação, com o intuito de compreender quais os efeitos observáveis e que se refletem na qualidade de vida dos pacientes.

Desta forma, importa avaliar e perceber as diferenças entre as seguintes variáveis e subgrupos, mais especificamente:

a) Os adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas apresentam pior perceção de qualidade de vida:

- Comparativamente com a população geral Portuguesa;
- Quanto maior for a gravidade da cardiopatia;
- Quanto mais graves forem as lesões residuais;
- Quando têm de recorrer à terapia farmacológica;
- Quando realizaram intervenções cirúrgicas;
- Quanto maior for o número de intervenções cirúrgicas;
- Com cardiopatias congénitas cianóticas;
- Quando têm diagnóstico psiquiátrico;
- Quando têm pior suporte social, independentemente da gravidade da cardiopatia;
- Quando apresentam uma competência física limitada;

- Quando revelam um percurso escolar insatisfatório.
- b) *Existem diferenças no que diz respeito à percepção da qualidade de vida em adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas:*
- Entre Géneros;
 - Entre Grupos Etários.
- c) *Existem diferenças entre géneros no que diz respeito ao suporte social em adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas.*
- d) *Existem diferenças entre a qualidade de vida e a Escala de Personalidade.*

Capítulo III – Métodos

Caracterização da População

A população deste estudo foi constituída por 107 pacientes com um diagnóstico de cardiopatia congénita, seguidos nas consultas dos Departamentos de Cardiologia Pediátrica e Cardiologia de Adultos do Hospital de São João, dos quais 62 eram do sexo masculino e 45 do sexo feminino. A idade média dos participantes é de 16,45 anos (intervalo: 12-26).

No que concerne ao estado civil dos participantes eram todos solteiros (107). Relativamente à ocupação dos participantes a maioria eram estudantes (101), visto que a faixa etária abrangida era concordante com a idade escolar, 5 eram trabalhadores em tempo integral ou parcial e 1 estava desempregado. No que respeita ao nível de escolaridade 6 tinham o 2º ciclo, 46 o 3º ciclo, 50 o ensino secundário e 5 o grau de licenciatura. Dos participantes do estudo 40 tinham reprovado ao longo do seu percurso escolar, e 67 nunca tinham reprovado, sendo a média de anos de reprovação de 1,50 anos ($\pm 0,716$).

No presente estudo 97 dos participantes não manifestavam psicopatologia, sendo que 10 expunham psicopatologia, no que respeita aos diagnósticos prevalentes 2

apresentavam Perturbação Depressiva Minor, 1 Síndrome Depressivo Major, 2 Perturbação de Pânico e 5 Perturbação de Ansiedade Generalizada.

No que respeita ao tipo de cardiopatia congénita, 41 participantes possuíam uma cardiopatia congénita cianótica, enquanto em que 66 a cardiopatia congénita era acianótica.

Relativamente ao nível de gravidade da cardiopatia congénita, em 29 participantes era complexa, moderada/ leve em 78. Quanto ao nível de severidade de lesões residuais, 22 apresentavam lesões residuais graves/moderadas e 85 leves. No que consiste à existência de limitações físicas, 42 demonstravam algum tipo de limitação física, por sua vez, 65 não demonstrava qualquer limitação.

Quanto ao tipo de patologia cardíaca, num número elevado de pacientes, além do diagnóstico principal, existiam outras cardiopatias a registar. Neste sentido, a distribuição é feita da seguinte forma: Transposição das Grandes Artérias (23 participantes; 1 dos quais apresentava ainda Coartação da Aorta), Tetralogia de Fallot (14 participantes, 1 apresentava Estenose valvular pulmonar), Estenose valvular pulmonar (7), Defeito do Coxim endocárdico (1), Comunicação interauricular (6 participantes, 2 apresentavam também Comunicação Interventricular), Comunicação interventricular (21 participantes, em que 2 apresentavam também Estenose Valvular Pulmonar; 1 apresentava Estenose Subaortica; 1 apresentava Transposição dos grandes vasos; 4 apresentavam Tetralogia de Fallot; 1 apresentava concomitantemente, Estenose Valvular Aórtica; 1 apresentava Coartação da aorta, 1 apresentava Estenose Infundibular Pulmonar e 1 apresentava também Atresia Pulmonar), Coartação da aorta (4 participantes, além dos referidos), Estenose Valvular Aórtica (7), Coartação da Artéria Pulmonar (1), Estenose Subaortica(1), Estenose aórtica Homoenxerto (1), Prolapso da válvula mitral(3), Persistência do Canal Arterial (1) e Válvula Pulmonar Displástica(1).

Crítérios de inclusão e critérios de exclusão

Para poderem participar neste estudo, foram tidos em conta alguns critérios importantes.

Desde logo, além da obrigatoriedade de um diagnóstico de cardiopatia congénita, tinham de manter uma monitorização regular e frequente no Hospital de São João da sua cardiopatia congénita, nos serviços de Cardiologia Pediátrica. Também necessitavam de possuir um nível educativo básico, que permitisse uma correta leitura e compreensão de todas as questões de forma autónoma e que não implicasse a presença de terceiros, para não influenciar ou enviesar as respostas. Outro dos critérios de inclusão diz respeito à idade dos participantes que teria de ser igual ou superior a 12 anos até uma idade igual ou inferior a 26 anos. Todos os pacientes tinham também de possuir registos médicos e estes teriam de estar atualizados.

Todos os pacientes que não possuíssem estas condições estariam impossibilitados de participar neste estudo. Foram também excluídos do estudo os pacientes com malformações sem serem cardíacas associadas ou cromossomopatias que não eram capazes de responder sozinhos aos questionários, bem como os que não completavam os questionários ou que os respondiam de forma aleatória.

Instrumentos de avaliação

Para a realização deste estudo, foram utilizados cinco instrumentos, mais concretamente, uma Ficha de Identificação, uma Entrevista Semiestruturada, uma entrevista psiquiátrica estandardizada (SADS-L) e um questionário de qualidade de vida denominado WHOQOL-Bref e Inventário de Personalidade – NEO-FFI (versão reduzida, de Costa & McCrae, 1992, traduzido por Lima & Simões, 2000).

Na ficha identificativa, constava todo o perfil demográfico de cada participante, mais concretamente, os seus elementos pessoais, como o estado civil, nível de estudos e profissão, além de constarem todos os elementos relativos à história clínica do participante, como o diagnóstico e a sua gravidade, tipo de cardiopatia, descrição das cirurgias realizadas, lesões residuais e a necessidade de terapia farmacológica.

A entrevista semiestruturada aplicada abrangia áreas como o suporte social, ambiente familiar, limitações funcionais, percurso escolar e autoconceito. Tendo em conta estas áreas, eram analisados não apenas os aspetos pessoais de cada indivíduo, mas também a relação que o diagnóstico de cardiopatia poderia exercer sobre os diversos aspetos da sua vida. Esta entrevista é composta por 38 questões, que variam entre opções de resposta múltipla e resposta curta.

A entrevista psiquiátrica estandardizada SADS-L (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Lifetime Version) tem como objetivo apresentar um diagnóstico clínico de perturbações psiquiátricas, sendo que uma das especificidades desta entrevista é de compreender toda a vida da pessoa, até ao momento em que a esta foi aplicada ao participante.

Foi administrada a entrevista psiquiátrica estandardizada (SADS-L) (Hesselbrock, Stabenau, Hesselbrock, Mirkin, & Meyer, 1982) com o intuito de se obter um diagnóstico clínico de quaisquer transtornos psicopatológicos que possam ter existido antes da entrevista. A SADS-L foi desenvolvida no sentido de fazer um registo dos episódios de doença, não apenas no momento da aplicação mas também como sendo retrospectivo, ou seja, aportado todo o passado do paciente (Leboyer et al., 1991). A SADS-L, enquanto entrevista semiestruturada, foi desenvolvida para auxiliar os clínicos no processo de estabelecimento de diagnósticos, sendo composta por questões que abarcam diversas áreas e também outras perguntas mais alargadas, cujo objetivo é de auxiliar o entrevistador a decidir o diagnóstico (Hesselbrock, Stabenau, Hesselbrock, Mirkin, & Meyer, 1982).

Os participantes responderam a questionários de autorrelato como o WHOQOL-BREF para a avaliação da sua qualidade de vida. O WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2007) é um questionário de autorrelato que avalia a qualidade de vida tanto em indivíduos saudáveis como com uma grande variedade de transtornos psicológicos e físicos. É uma escala do tipo Likert constituída por 26 itens com classificações de 1 a 5. Para quase todos os itens da escala, pontuações mais elevadas refletem uma qualidade de vida superior. No entanto, para três itens (questões 3, 4 e 26) pontuações elevadas refletem qualidade de vida inferior. As duas primeiras questões do instrumento avaliam a qualidade de vida geral. O WHOQOL-BREF avalia também quatro dimensões da qualidade de vida: física (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológica (questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26), social (questões 20, 21 e 22) e meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25). No que diz respeito à precisão deste instrumento, mais concretamente, a nível da consistência interna, foram verificados valores de aceitáveis de alfa de Cronbach em todos os domínios, mais concretamente, 0.79 no conjunto dos domínios. Quando analisados individualmente, registam 0.87 no domínio físico, 0.84 no domínio psicológico, 0.64 no domínio das relações sociais e 0.78 no ambiente, sendo que quando consideradas as 26 perguntas, o alfa de Cronbach é de 0.92. Este instrumento também obteve bons resultados a nível da sua validade (Canavarro et al., 2007).

O Inventário de Personalidade – Neo-FFI (versão portuguesa de Lima & Simões, 2000) é a versão reduzida do Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992), composto por 60 itens, que se propõe a avaliar o mesmo constructo abarcando as cinco dimensões da personalidade – Neuroticismo, extroversão, abertura, agradabilidade, responsabilidade (mais corretamente conscienciosidade). Pressupõe uma avaliação rápida, cerca de 10 a 15 minutos, dos cinco domínios da personalidade adulta, sendo útil quando o tempo é limitado e em que a informação global sobre a personalidade é considerada suficiente. Os valores de consistência interna variam de 0.75 (escala Amabilidade) e 0.93 (escala Neuroticismo). As correlações das cinco dimensões do NEO-FFI e as correspondentes do NEO-PI-R são elevadas e significativas, variando entre $r=0.80$ (Amabilidade) e 0.91 (Responsabilidade) (Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2002).

Procedimento

A recolha de todos os dados obedeceu a algumas especificidades, nomeadamente, os pacientes foram abordados antes ou depois da consulta médica agendada no hospital.

Nesta etapa, foram explicados todos os detalhes acerca dos objetivos da investigação e os pacientes eram convidados a participar. No sentido de serem incluídos no estudo, a cada paciente era exigido que concordasse com a participação, tendo para o efeito de preencher um termo de consentimento informado. Após a aceitação, era iniciada a aplicação dos instrumentos já descritos.

Para este estudo ser realizado, foi solicitado e aceite o consentimento do Conselho de Ética do Hospital, sendo que esta autorização garante que todas as diretivas incluídas nas convenções internacionais sobre os direitos dos pacientes foram respeitadas, durante o desenrolar deste estudo.

Desenho

Todos os instrumentos de avaliação foram aplicados num único momento. Os dados clínicos dos pacientes foram recolhidos retrospectivamente, de acordo com os registos clínicos de cada paciente. Para o efeito, foi importante a colaboração da equipa médica de cada serviço em causa.

Métodos de Análise Estatística

Para a análise estatística de todos os dados obtidos foi utilizado o *software IBM Social Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0. Foi utilizado o teste t de Student e a Correlação de Pearson para as variáveis paramétricas, bem como o teste do de Mann-Whitney para as variáveis não paramétricas.

Capítulo IV – Resultados

Resultados obtidos nos diferentes instrumentos

Neste capítulo encontram-se os resultados obtidos através dos instrumentos utilizados.

Nas tabelas 1, 2 e 3 é possível observar a caracterização da população de acordo com as variáveis demográficas, psicopatologia e clínicas, respetivamente.

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

DEMOGRÁFICAS	
Variáveis	Caracterização
Género	62 Homens; 45 Mulheres
Idade	Dos 12 aos 26 anos (média = 16,45; \pm 2,770)
Estado Civil	107 Solteiros
Ocupação	101 Estudantes 5 Trabalhadores em tempo integral ou parcial 1 Desempregado
Nível de Escolaridade	Segundo Ciclo = 6 Terceiro Ciclo = 46 Ensino Secundário = 50 Licenciatura = 5
Reprovações	Sim = 40; Não = 67
Média de Reprovações	Média = 1,50 \pm 0,716

Tabela 2 – Caracterização da população de acordo com a variável psicopatológica

PSICOPATOLOGIA	
Variáveis	Caracterização

Presença de Psicopatologia	Com = 10; Sem = 97
Diagnóstico	Depressão Menor = 2 Síndrome Depressiva Major = 1 Perturbação de Pânico = 2 Perturbação de Ansiedade Generalizada = 5

Tabela 3 - Caracterização da população de acordo com as variáveis clínicas.

CLÍNICAS	
Variáveis	Caracterização
Cianóticas/Acianóticas	Cianóticas = 41; Acianóticas = 66
Gravidade da Cardiopatia	Complexa =29; Moderadas/Leves = 78
Limitações Físicas	Com = 42; Sem = 65
Gravidade das Lesões Residuais	Graves/Moderadas = 22; Leves = 85
Idade de Diagnóstico	Período Neonatal =67 Até 1 ano = 23 Entre 1-3 anos = 3 Entre 3-6 anos = 6 Entre 6-12 anos = 6 Entre 12-18 anos = 2
Intervenção Cirúrgica	Sim = 75; Não =32
Idade da 1ª Intervenção Cirúrgica	Período Neonatal =13 Até 1 ano = 20 Entre 1-3 anos = 14 Entre 3-6 anos = 16 Entre 6-9 anos = 10 Entre 9-10 anos = 2
Tipo de Cardiopatia	TF=14 (+EVP=1); EVP=7; TGV=23 (+CoA=1); DCE=1; CIA=6 (+CIV=2); CIV=21 (+EVP=2; ES=1; TGV=1; TF=4; EVA=1; CoA=1; EIP=1; AP=1); CoA=4; EVA=7; CoAP=1; ES=1; EAH=1; PVM=3; PCA=1; VPD=1. ¹

Foi também realizada uma caracterização da amostra, tendo em conta os diversos domínios da qualidade de vida. Na tabela 4 encontram-se os valores médios obtidos em cada um dos domínios, tendo sido comparados com os valores de referência para a população Portuguesa.

Quando comparados com a população Portuguesa (Vaz Serra et al., 2006), os participantes da amostra revelaram uma melhor perceção de qualidade de vida, mais especificamente, nos domínios, Físico, Relações Sociais e Meio-Ambiente.

¹ TGA – Transposição das Grandes Artérias; CoA – Coartação da Aorta; TF – Tetralogia de Fallot; EVP – Estenose Valvular Pulmonar; DCE – Defeito do Coxim endocárdico; CIA – Comunicação interauricular; CIV - Comunicação Interventricular; ES – Estenose Subaortica; TGV – Transposição dos Grandes Vasos; EVA – Estenose Valvular Aórtica; EIP – Estenose Infundibular Pulmonar; AP – Atresia Pulmonar; EAH – Estenose aórtica Homoenxerto; PVM – Prolapso da Válvula Mitral; PCA – Persistência do Canal Arterial e VPD – Válvula Pulmonar Displástica.

Tabela 4 – Comparação entre os valores de referência e os valores apresentados pelos participantes na qualidade de vida.²

Domínios QOL	População geral		Participantes		<i>t</i>	<i>P</i>
	Média	DP	Média	DP		
Físico	77,49	12,27	69,21	14,970	-5,719	0,000
Psicológico	72,38	13,50	70,40	11,248	-1,816	0,072
Relações sociais	70,42	14,54	73,67	11,622	2,890	0,005
Meio-Ambiente	64,89	12,24	69,58	12,567	3,861	0,000
QOL Geral	71,51	13,30	71,65	12,802	0,113	0,910

Quando comparados os vários domínios da qualidade de vida com as lesões residuais e com a terapia farmacológica não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas.

Os pacientes submetidos a cirurgia não demonstraram diferenças estatisticamente significativas no que concerne à qualidade de vida comparativamente aqueles que não foram submetidos a cirurgia.

Na tabela 5 encontram-se os resultados dos diversos domínios da qualidade de vida, quando comparados com os participantes que apresentavam cardiopatias congénitas complexas e cardiopatias congénitas moderadas ou menores. Quando comparados estes subgrupos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios, Físico e Psicológico. Neste sentido, os pacientes submetidos a mais que duas cirurgias têm uma pior perceção da qualidade de vida, do que os que realizaram menos de duas cirurgias.

Tabela 5 – Comparação entre a qualidade de vida e o número de intervenções cirúrgicas.

Domínios QOL	Número de intervenções cirúrgicas				<i>t</i>	<i>p</i>
	≥ 2 (N=29)		< 2 (N=78)			
	Média	DP	Média	DP		
Físico	25,10	3,931	26,90	4,217	-1,991	0,049
Psicológico	22,07	2,590	23,26	2,596	-2,104	0,038
Relações Sociais	11,62	1,115	11,92	1,484	-0,997	0,321
Meio-Ambiente	29,48	3,988	30,67	3,840	-1,403	0,164
	Média		Média		<i>u</i>	<i>p</i>
QOL Geral	7,45		7,85		927,500	0,123

² QoL = Qualidade de Vida; DP = Desvio Padrão; t = t de Student; p = nível de significância.

Os pacientes que necessitam de terapia farmacológica não demonstram diferenças estatisticamente significativas, comparativamente com os pacientes que não necessitam da mesma.

Relativamente aos pacientes com cardiopatia congênita cianótica, estes apresentam pior percepção da qualidade de vida no domínio Relações Sociais, que os pacientes com cardiopatia congênita acianótica.

Tabela 6 – Comparação entre a qualidade de vida e o tipo de cardiopatia.³

Domínios QOL	CC Cianótica (N=41)		CC Acianótica (N=66)		<i>t</i>	<i>P</i>
	Média	DP	Média	DP		
Físico	25,95	4,242	26,70	4,180	-0,892	0,374
Psicológico	22,51	2,776	23,20	2,531	-1,311	0,193
Relações Sociais	11,46	1,398	12,08	1,351	-2,249	0,027
Meio-Ambiente	29,93	3,552	30,61	4,102	-0,875	0,383
	Média		Média		<i>u</i>	<i>P</i>
QOL Geral	7,66		7,79		1197,500	0,281

A competência física também demonstra um papel importante na qualidade de vida, visto que os indivíduos com uma competência física satisfatória apresentam melhor qualidade de vida no domínio Físico, comparativamente com os indivíduos que apresentam limitações na sua competência física.

Tabela 7 – Comparação entre a qualidade de vida e a competência física.⁴

Domínios QOL	Competência física Limitada (N=42)		Competência física satisfatória (N=65)		<i>t</i>	<i>P</i>
	Média	DP	Média	DP		
Físico	25,14	3,745	27,23	4,300	-2,577	0,011
Psicológico	23,31	2,523	22,69	2,698	1,185	0,239
Relações Sociais	11,98	1,440	11,75	1,370	-0,804	0,423
Meio-Ambiente	30,36	3,587	30,34	4,113	0,024	0,981
	Média		Média		<i>u</i>	<i>P</i>
QOL Geral	7,79		7,71		1340,000	0,863

Também foram encontradas diferenças na relação entre o percurso escolar e a qualidade de vida, sendo que os indivíduos que revelaram um percurso escolar

³ QoL = Qualidade de Vida; DP = Desvio Padrão; t = t de Student; u = u de Mann-Whitney; p = nível de significância.

⁴ QoL = Qualidade de Vida; DP = Desvio Padrão; t = t de Student; u = u de Mann-Whitney; p = nível de significância.

satisfatório apresentam melhor qualidade de vida, no domínio Meio-Ambiente e no o domínio qualidade de vida Geral.

Tabela 8 – Comparação entre a qualidade de vida e o percurso escolar.

Domínios QOL	Percurso escolar satisfatório (N=77)		Percurso escolar insatisfatório (N=30)		<i>t</i>	<i>P</i>
	Média	DP	Média	DP		
Físico	26,71	4,205	25,63	4,156	1,198	0,234
Psicológico	23,17	2,712	22,33	2,368	1,481	0,142
Relações Sociais	11,91	1,471	11,67	1,184	0,806	0,422
Meio Ambiente	30,84	3,961	29,07	3,473	2,155	0,033
	Média		Média		<i>u</i>	<i>P</i>
QOL Geral	7,91		7,30		763,500	0,003

Estudos correlacionais

Através da análise de coeficiente de correlação de Pearson, verifica-se uma relação forte mas negativa entre a Amabilidade e o domínio Físico.

Tabela 9 – Estudo correlacional (do tipo Pearson) entre os cinco domínios da Qualidade de Vida e a Escala de Personalidade (NEO-PI-R), relativamente à cardiopatia congénita cianótica.⁵

CC CIANOTICA			DOMÍNIOS QOL				
			FÍSICO	PSICOLÓGICO	RELAÇÕES SOCIAIS	MEIO AMBIENTE	GERAL
NEO-PI-R	NEUROTICISMO	Pearson correlation Sig. (2-tailed) N	-.267 ,092 41	-.300 ,057 41	-.180 ,261 41	-.062 ,701 41	-.101 ,531 41
	EXTROVERSAO	Pearson correlation Sig. (2-tailed) N	-.120 ,456 41	-.183 ,251 41	,004 ,981 41	,084 ,601 41	,020 ,900 41
	ABERTURA EXPERIENCIA	Pearson correlation Sig. (2-tailed) N	-.196 ,218 41	,083 ,607 41	,136 ,396 41	-.011 ,948 41	,002 ,991 41
	AMABILIDADE	Pearson correlation Sig. (2-tailed) N	-.486** ,001 41	-.274 ,083 41	,012 ,938 41	-.153 ,341 41	-.135 ,398 41
	RESPONSABILIDADE	Pearson correlation Sig. (2-tailed) N	-.035 ,827 41	-.037 ,816 41	,068 ,671 41	,161 ,314 41	,147 ,357 41

Através da análise de coeficiente de correlação de Pearson, verifica-se uma correlação estatisticamente significativa entre o domínio físico e o Neuroticismo e a Amabilidade, ou seja, apresenta uma relação fraca e negativa, quanto ao Neuroticismo e uma relação forte, mas negativa quanto à Amabilidade. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o domínio Psicológico e as variáveis de Neuroticismo, Abertura Experiência, Amabilidade e a Responsabilidade, neste sentido,

⁵ Sig. – Nível de significância; N – Número de pacientes.

existe uma relação forte mas negativa quanto ao Neuroticismo e à Amabilidade e uma relação fraca e negativa quanto à Abertura à Experiência. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a Amabilidade e o domínio Meio-Ambiente e o domínio qualidade de vida Geral, deste modo, existe uma relação forte e negativa no domínio Meio-Ambiente e uma relação fraca mas negativa no domínio qualidade de vida Geral, quanto à Amabilidade.

Tabela 10 – Estudo correlacional (do tipo Pearson) entre os cinco domínios da Qualidade de Vida e a Escala de Personalidade (NEO-PI-R), relativamente à cardiopatia congénita acianótica.

CC ACIANOTICA			DOMÍNIOS QOL				
			FISICO	PSICOLOGICO	RELAÇÕES SOCIAIS	MEIO AMBIENTE	GERAL
NEO-PI-R	NEUROTICISMO	Pearson correlation Sig. (2-tailed) N	-,257* ,037 66	-,341** ,005 66	-,204 ,100 66	-,214 ,084 66	-,105 ,402 66
	EXTROVERSAO	Pearson correlation Sig. (2-tailed) N	-,239 ,053 66	-,211 ,089 66	-,048 ,702 66	-,151 ,227 66	-,108 ,389 66
	ABERTURA EXPERIENCIA	Pearson correlation Sig. (2-tailed) N	-,191 ,125 66	-,247* ,045 66	-,064 ,608 66	-,123 ,323 66	-,081 ,516 66
	AMABILIDADE	Pearson correlation Sig. (2-tailed) N	-,439** ,000 66	-,421** ,000 66	-,090 ,474 66	-,330** ,007 66	-,248* ,045 66
	RESPONSABILIDADE	Pearson correlation Sig. (2-tailed) N	-,188 ,130 66	-,188 ,130 66	,011 ,931 66	-,031 ,804 66	-,067 ,596 66

Capítulo V – *Discussão dos Resultados*

Após uma análise dos resultados obtidos, será realizada uma breve reflexão acerca dos mesmos, a fim de entender em que sentidos se podem relacionar com tudo o que foi abordado sobre a temática.

Os indivíduos com cardiopatia congénita têm vindo a aumentar na população adulta em todo o mundo devido aos avanços no diagnóstico precoce e no tratamento médico e cirúrgico (Marelli et al., 2007). Assim, um dos contributos mais importantes desta pesquisa é o facto de terem sido testados os efeitos de diferentes variáveis demográficas e clínicas na perceção da qualidade de vida de pacientes com cardiopatia congénita.

No presente estudo, foi possível verificar que os pacientes com cardiopatia congénita apresentam melhor qualidade de vida, nos domínios, Relações Sociais e Meio-Ambiente e pior qualidade de vida no domínio físico, quando comparados com a população normal. Por sua vez, num estudo realizado, foi encontrada uma qualidade de vida muito reduzida dos pacientes com cardiopatias congénitas comparativamente com

a população normal, principalmente a nível dos domínios, Físico e Geral do WHOQOL-BREF, mas também se verificaram diferenças nos domínios, psicológico e social, apesar destes não se revelarem com uma diferença tão expressiva (Rose, et al., 2005). Já quando analisados outros estudos publicados também revelaram um padrão semelhante ao do nosso estudo, com uma melhor qualidade de vida nos pacientes com cardiopatias congénitas do que na população normal (Fekkes et al., 2001; Moons et al., 2005).

Existem algumas explicações para este acontecimento. Um dos aspetos diz respeito ao facto dos pacientes compreenderem a sua doença e as suas limitações. Assim, e enquanto sentem que possuem o controlo do seu corpo, das expectativas e se conseguem cumprir os objetivos propostos, costumam comparar-se com aqueles pacientes que se encontram em situações semelhantes e, concludentemente, a sentir-se bem consigo mesmo (Moons et al., 2009).

O diagnóstico da cardiopatia congénita é, realizado maioritariamente nos primeiros anos de vida, o que promove a adaptação e a resiliência e faz com que sejam criadas estratégias de *coping*. Contudo, no aparecimento do diagnóstico de uma doença crónica numa fase mais avançada da vida, as pessoas tendem a comparar o momento após a notícia, com a vida antes de ser dada a notícia da doença crónica. Deste modo, a grande maioria dos pacientes com cardiopatias congénitas cresce com a cardiopatia e com as suas limitações e, além disso, integra-a como uma parte sua desde que se conhece como pessoa. Esta realidade é muito diferente daquela vivenciada pelos pais, que tem de enfrentar a notícia da cardiopatia congénita nos seus filhos. Além disso, os pacientes com cardiopatias congénitas tendem também a estabelecer crenças e valores diferentes daqueles adotados pela população saudável, porque sempre viveram com a doença (Moons et al., 2009).

No presente estudo, foi também verificado que quando comparados os subgrupos de pacientes, a gravidade da cardiopatia, não se revelou como tendo um impacto na qualidade de vida. Tais resultados também estão de acordo com os resultados obtidos por Ternstedt et al. (2001) e Krol et al. (2003).

No que diz respeito à presença ou ausência de cianose, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Os estudos realizados por Landolt, Buechel, & Latal (2008), consideram a presença de cianose como um critério que pode influenciar a qualidade de vida, por sua vez, num estudo realizado por Loup et al.

(2009), não foram encontradas diferenças entre pacientes com cardiopatias congênitas cianóticas e acianóticas.

A necessidade de correções cirúrgicas ao longo do tempo, torna mais difícil o planejamento a longo prazo do futuro dos pacientes (Foster, et al., 2001).

Contudo, a nível físico, os pacientes, tendem a possuir cicatrizes corporais provenientes das cirurgias, dificuldades em lidar com a dor, assim como sucessivas intervenções cirúrgicas e internamentos (Foster, et al., 2001).

O funcionamento cardiopulmonar está também relacionado com as queixas relatadas a nível físico, mais especificamente com as situações de dor e desconforto que os pacientes narram. Desta forma, nos casos em que é dado maior destaque às questões psicológicas e sociais ao nível da qualidade de vida, o funcionamento cardiopulmonar perde algum destaque na qualidade de vida do paciente, sendo que uma disfunção cardiopulmonar não é vista como preditor de uma sensação de restrição psicológica ou social, o que põe em causa as características pessoais e sociais de cada paciente (Rose, et al., 2005). No entanto, a questão da dor pode ser entendida de uma outra forma, uma vez que os pacientes com doenças crónicas podem mudar a sua perspetiva de dor, uma vez que esta condição de saúde pode ter aumentado a tolerância à mesma comparativamente com a população geral (Vigl et al., 2011). Mesmo assim, a realização de cirurgias é importante para o melhoramento das condições físicas dos pacientes, o que pode levar a um menor impacto da doença a nível social (Claessens et al., 2005).

No que diz respeito à competência física, foi observado que os indivíduos que referem uma competência física satisfatória, apresentam uma melhor qualidade de vida no domínio físico. Estes resultados podem ser comparados aos resultados de Spijkerboer et al. (2006), que encontrou piores resultados a nível do funcionamento motor em crianças com cardiopatias congénitas. Devido à cardiopatia, muitos pacientes apresentam dificuldades a nível físico, como sensação de falta de ar, cansaço, dores corporais, tonturas e desmaios, entre outros sintomas, seja na realização de exercícios físicos como corrida, seja em subir escadas (Birks, et al., 2006). Para evitar sentimentos de exclusão, os pacientes tendem a desenvolver estratégias de *coping*, que lhes permitam enfrentar de uma forma mais positiva e que resulte em menos consequências negativas para si próprios, sendo que alguns pacientes tendem a evitar algumas atividades ou modificam a sua própria participação nas várias atividades (Fekkes, et al., 2001; Foster, et al., 2001; McMurray, et al., 2001). Deste modo, é perceptível que os

pacientes com menos limitações tendem a perceber a sua qualidade de vida como sendo melhor do que aqueles que têm uma capacidade física mais baixa.

Pacientes com um percurso escolar satisfatório, apresentam melhor qualidade de vida em todos os domínios da qualidade de vida mas com uma maior tendência para o domínio Meio-Ambiente.

De acordo com Moons, et al. (2009), possuir um baixo nível educacional pode ser considerado um fator associado com uma pior qualidade de vida. Tendo em conta que, o desempenho escolar pode ser altamente afetado pela cardiopatia congénita. Uma vez que, a fadiga é observada com maior frequência, o que leva a que muitas vezes os alunos tenham de abandonar as aulas antes do final do período diário das atividades letivas (Birks et al., 2006; Nousi & Christou, 2010). O facto de obterem um baixo nível de qualificações, pode ser um entrave para a obtenção de um emprego que seja satisfatório, além de que, em muitas situações, um empregador pode estar reticente em empregar um trabalhador com possíveis limitações físicas (Claessens et al., 2005; Dalias et al., 2006; Fekkes et al., 2001). Além disso, conseguir um nível mais elevado de qualificações pode ajudar a lidar com as limitações encontradas na procura de uma profissão adequada mesmo tendo em conta as suas limitações, mas também pode favorecer uma postura e adaptação positivas perante a doença (Vigl et al., 2011).

Quando avaliadas as diferenças de qualidade de vida entre géneros, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos em análise. Spijkerboer et al. (2006) também não encontraram diferenças quando comparados ambos os géneros. Theunissen et al (1998) cit in Spijkerboer et al. (2006) também não conseguiram encontrar uma relação entre o género e a qualidade de vida, quando analisada a população geral.

No que concerne às diferenças entre grupos etários, não foram encontradas diferenças entre grupos etários. Ainda que com as devidas limitações comparativas devido à idade da amostra ser inferior, também Spijkerboer et al., (2006) não encontram diferenças, exceção feita apenas a nível de funcionamento motor.

Deste modo, os pacientes com cardiopatias congénitas demonstram que, apesar das suas limitações físicas decorrentes da doença, conseguem ter um desenvolvimento e vida normal, com algumas limitações que são superadas com recurso às estratégias de *coping* que estes desenvolvem.

Capítulo VI – *Conclusão*

Caracterizar a qualidade de vida em adolescentes e jovens adultos com cardiopatias congénitas é o objetivo principal deste estudo.

Juntamente com diversos elementos do hospital, foi possível selecionar 107 pacientes com cardiopatias congénitas e que estes preenchessem os questionários necessário para a realização da investigação.

Os participantes mostraram-se colaborantes e curiosos, apesar da extensão da prova, demonstrando ainda uma necessidade de revelarem as suas dificuldades e opressões.

Estes participantes demonstraram que necessitam não só de cuidados a nível médico mas também a nível psicológico, uma vez que em alguns casos era visível o efeito emocional que todas as contingências associadas a esta condição médica incutem nos pacientes, mas também nos pais ou cuidadores que os acompanhavam à consulta.

Em relação aos resultados os fatores a que são atribuídos uma melhor qualidade de vida, são o bom desempenho académico, a ausência de limitações físicas, não ser submetido a cirurgia, tipo de cardiopatia acianótica, atividade física sem limitações entre outras. Um outro resultado a ressaltar é o facto de a população em estudo ter revelado melhor qualidade de vida em comparação com a população portuguesa, aspeto corroborado por outros autores que referem que o diagnóstico cada vez mais precoce permite o desenvolvimento de estratégias de *coping* por parte destes pacientes.

A personalidade do paciente com cardiopatia congénita surge como determinante na sua perceção de qualidade de vida, ressaltando-se os traços Abertura à Experiência e Amabilidade da amostra que poderá justificar as estratégias de *coping* do paciente. No entanto, não podemos descurar o facto de o Neuroticismo constituir um traço de personalidade que se correlaciona com os domínios, Físico e Psicológico, podendo constituir um fator de risco. Portanto, a personalidade é considerada um fator proeminente na perceção da qualidade de vida.

Como conclusão o presente trabalho possibilitou o contato e a sensibilização para a esta realidade, ainda pouco conhecida. É de facto importante prestar mais atenção a estes doentes e entender que implicações acarretam esta doença crónica nas suas vidas, e prestar-lhes o auxílio que notoriamente necessitam.

Referências Bibliográficas

- 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.
- Berghammer, M., Dellborg, M., & Ekman, I. (2006). Young adults experiences of living with congenital heart disease. *International Journal of Cardiology*, 110, 340 – 347.
- Bertoquini, V., & Pais-Ribeiro, J. (2002). NEO-FFI: Estudo Psicométrico. FPCE. Universidade do Porto.
- Birks, Y., Sloper, P., Lewin, R., & Parsons, J. (2006). Exploring health-related experiences of children and young people with congenital heart disease. *Health Expectations*, 10, 16–29.
- Brickner, M. E., Hillis, L. D., & Lange, R. A. (2000a). Congenital Heart Disease - Second of Two Parts. *The New England Journal of Medicine*, 342(5), 334-342.
- Brickner, M. E., Hillis, L. D., & Lange, R. A. (2000a). Congenital heart disease in adults first of two parts. *The New England Journal of Medicine*, 342(4), 256 - 263.
- Brickner, M. E., Hillis, L. D., & Lange, R. A. (2000b). Congenital Heart Disease in Adults - First of Two Parts. *The New England Journal of Medicine*, 342(4), 256-263.
- Brickner, M. E., Hillis, L. D., & Lange, R. A. (2000b). Congenital heart disease in adults second of two parts. *The New England Journal of Medicine*, 342(5), 334-342.

- Canavarro, M., Simões, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In C. M. M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Ed.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Claessens, P., Moons, P., Casterlé, B., Cannaerts, N., Werner, & Gewillig, M. (2005). What does it mean to live with a congenital heart disease? A qualitative study on the lived experiences of adult patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 3-10.
- Daliento, L., Mapelli, D., & Volpe, B. (2006). Measurement of Cognitive Outcome and Quality of Life in Congenital Heart Disease. *Heart*, 92, 569–574.
- Direcção Geral de Saúde (2006). *Diagnóstico Pré-Natal de Cardiopatias Congénitas, Circular Normativa de 26/09/06*. Acedido em 9 de Março de 2011 disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>.
- Fekkes, M., Kamphuis, R. P., Ottenkamp, J., Verrrips, E., Vogels, T., Kamphuis, M., & Verloove-vanhorick, S. P. (2001). Health-related quality of life in young adults with minor congenital heart disease. *Psychology and Health*, 16, 239-250.
- Foster, E., Graham, T. P. D., David J., Reid, G. J., Reiss, J. G. R., Isobel A., Sermer, M., Siu, S. C. U., Karen, . . . Webb, G. D. (2001). Task Force 2: Special Health Care Needs of Adults With Congenital Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 37(5), 1161–1198.
- Gerdes, M., & Flynn, T. (2010). Clinical assessment of neurobehavioral outcomes in infants and children with congenital heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology*, 29, 97-105.
- Geyer, S., Norozi, K., Buchhorn, R., & Wessel, A. (2009). Chances of employment in women and men after surgery of congenital heart disease:

comparisons between patients and the general population. *Congenital Heart Disease*, 4, 25-33.

- Graham, T. P., Bricker, J. T., James, F. W., & Strong, W. B. (1994). Task Force 1: Congenital Heart Disease. *JACC*, 24(4), 845-899.
- Grootenhuis, M. A., Koopman, H. M., Verrips, E. G. H. V., A. G. C., & Last, B. F. (2007). Health-related quality of life problems of children aged 8–11 years with a chronic disease. *Developmental Neurorehabilitation*, 10(1), 27–33.
- Kasper, D. L., Braunwald, E., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Jameson, J. L. (2006). *Harrison Medicina Interna* (16 ed.). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.
- 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.
- Krol, Y., Grootenhuis, M. A., Destrée-Vonk, A., Lubbers, L. J., & Koopman, H. M. L., Bob F. (2003). Health Related Quality of Life in Children with Congenital Heart Disease *Psychology and Health* (Vol. 18, pp. 251–260).
- Landolt, M., Buechel, E., & Latal, B. (2008). Health-related quality of life in children and adolescents after open-heart surgery. *The Journal of Pediatrics*, 152, 349-355.
- Loup, O., Weissenfluh, C. v., Gahl, B., Schwerzmann, M., Carrel, T., & Kadner, A. (2009). Quality of life of grown-up congenital heart disease patients after congenital cardiac surgery. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 36, 105—111.

- Marelli, A., Mackie, A., Ionescu-Ittu, R., Rahme, E., & Pilote, L. (2007). Congenital heart disease in the general population: changing prevalence and age distribution. *Circulation*, *115*, 163-172.
- 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.
- Moons, P., Deyk, K. V., Marquet, K., Bleser, L. D., Geest, S. D., & Budts, W. (2009). Profile of adults with congenital heart disease having a good, moderate, or poor quality of life: A cluster analytic study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *8*, 151–157.
- Moons, P., Deyk, K. V., Marquet, K., Raes, E. B., Leentje De, Budts, W., & Geest, S. D. (2005). Individual quality of life in adults with congenital heart disease: a paradigm shift. *European Heart Journal*, *26*, 298–307.
- Moons, P., Geest, S., & Budts, W. (2002). Comprehensive care for adults with congenital heart disease: expanding roles for nurses. *European Journal of Cardiovascular Nursing*(1), 23-28.
- Mussatto, K. (2009). The relationship of self-perception to psychosocial adjustment in adolescents with heart disease. Doctor of philosophy in nursing, The University of Wisconsin - Milwaukee.
- Nousi, D., & Christou, A. (2010). Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal*, *4*(2), 94-100.
- Prosser-Doods, L. (2013). The relationship between grief and personality: a quantitative study. Dissertation Presented in Partial Fulfillment Of the Requirements for the Degree of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. Capella University.

- Rose, M., Köhler, K., Köhler, F., Sawitzky, B., Fliege, H., & Klapp, B. F. (2005). Determinants of the quality of life of patients with congenital heart disease. *Quality of Life Research, 14*, 35–43.
- Simko, L. (1999). Adults with congenital heart disease: utilizing quality of life and husted's nursing theory as a conceptual framework. *Critical Care Nursing, 22*(3), 1-11.
- Spijkerboer, A. W., Koning, W. B. D., Duivenvoorden, H. J., Bogers, A. J. J. C., Verhulst, F. C., Helbing, W. A., & Utens, E. M. W. J. (2010). Medical predictors for long-term behavioral and emotional outcomes in children and adolescents after invasive treatment of congenital heart disease. *Journal of Pediatric Surgery, 45*, 2146–2153.
- Spijkerboer, A. W., Utens, E. M. W. J., Koning, W. B. d., Bogers, A. J. J. C., Helbing, W. A., & Verhulst, F. C. (2006). Health-related quality of life in children and adolescents after invasive treatment for congenital heart disease. *Quality of Life Research, 15*, 663-673.
- Ternestedt, B., Wall, K., Oddsson, H., Riesenfeld, T., Groth, I., & Schollin, J. (2001). Quality of Life 20 and 30 Years After Surgery in Patients Operated on for Tetralogy of Fallot and for Atrial Septal Defect. *Pediatric Cardiology, 22*, 128–132.
- Van Rijen, E., Utens, E., Ross-Hesselink, J., Meijboom, F., van Domburg, R., Roelandt, J., Verhulst, F. (2004). Styles of coping and social support in a cohort of adults with congenital heart disease. *Cardiology in the Young, 14*, 122-130.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*(1), 41-49.

- Vigl, M., Niggemeyer, E., Hager, A., Schwedler, G., Kropf, S., & Bauer, U. (2011). The importance of socio-demographic factors for the quality of life of adults with congenital heart disease. *Quality of Life Research*, 20(2), 169-177. doi: 10.1007/s11136-010-9741-2.
- Wernovsky, G. (2006). Current insights regarding neurological and developmental abnormalities in children and young adults with complex congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 16 (Suppl.1), 92-104.

Anexos

Anexo 1

Instrumentos

A1

Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, aceito participar no Projecto de Investigação intitulado “Estatuto Psicossocial e Qualidade de Vida de Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatias Congénitas com e sem Correção Cirúrgica”, que estará a ser desenvolvido no âmbito do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde e decorrerá no Hospital de São João (HJS) no Serviço de Cardiologia Pediátrica. Serão aplicadas duas Entrevistas e dois Questionários, sendo que todos os dados recolhidos serão tratados confidencialmente.

Porto, ____ de _____ de 2010/ 11

Assinatura: _____

A 2

Ficha de Identificação

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO



Código: Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Telefone: _____ Telemóvel: _____

Nome da mãe: _____

Nome da pai: _____

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

Estado Civil: _____ Agregado Familiar: _____

Fratria: _____ Sexos: Masculino Feminino Idades: _____

Nível escolar: _____ Profissão: _____

Diagnóstico:

Cardiopatia: Cianótico Acianótico Fluxo pulmonar aumentado Fluxo pulmonar reduzido

Gravidade: Menor/Leve Significativa/Moderada Complexa/Grave

Idade de Diagnóstico: _____

Terapêutica Médica: Diurético IECA Aspirina Beta-bloqueador

Outro: _____

Período de tempo com terapêutica médica: _____

Internamentos frequentes: Sim Não

Necessidade de cuidados intensivos: Sim Não

Intervenção Cirúrgica: Correção Anatômica Data: _____

Correção Paliativa Data: _____

Re-intervenção Cirúrgica Data: _____

Lesões Residuais: Leves Moderadas Graves

Mantém actualmente tratamento médico: Sim Não

A 3

Entrevista Semiestructurada

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



Código: □□□ □ Data: __/__/__

Entrevistador: _____

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

Se respondeu **não**:

1.1. Observações.

Presentemente:

1.1. Quantos amigos tem? Acha que são suficientes?

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

1.2.1. Alguma vez sentiu que quando está com o seu grupo de amigos os seus pais adoptaram ou adoptam comportamentos demasiado protectores? (comparativamente com os outros pais)

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

Nenhuma Alguma Total

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

- Nenhuma Alguma Total

1.4. Alguma vez sentiu que as suas limitações influenciaram a sua capacidade de se relacionar com outras pessoas? Explique.

- Sim Não

1.4. Estatuto Conjugal:

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

1.5. Presentemente, com quem reside?

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

- Positivas Negativas Outras: _____

2. 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

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

2.2. Acha que a sua doença alguma vez interferiu na relação entre os seus pais?

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

- Autoritário Permissivo Superprotector

- Outro: _____

2.3.1. Comentários.

Se tem irmãos:

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

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

Sim Não

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

Sim Não

Se respondeu **sim**:

3.1. Diga qual(ais) é que é(são).

3.2. Foram sugeridas alternativas?

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

Sim Não

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

Sim Não

Se respondeu **sim**:

4.1. Como avalia o seu desempenho relativamente aos outros?

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

Se respondeu **pior do que os outros**:

4.1.1. Explique porquê. Diga quais as limitações que sente (ia).

4.2. Como se sente no fim do treino?

Nunca consigo terminar o treino Sinto-me mais cansado do que os outros
 Sinto-me tão cansado como os outros Sinto-me menos cansado do que os outros

Se respondeu **não** à pergunta 4:

4.3. Diga qual(ais) o(s) motivo(s) para ter tomado essa atitude (ausência de actividade física).

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

Nenhuma Alguma Muita

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

6. Estudou até que ano?

7. Reprovou alguma vez? Em que ano(s)?

8. Sentiu dificuldades na progressão dos estudos?

Sim Não

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

Linguagem Memória Atenção

Outras: _____

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

Nenhum Algum Bastante Muito

10. Das seguintes palavras quais são as que mais o(a) identificam:

Feliz Infeliz Calmo Ansioso Integrado Isolado

Outras: _____

11. Como se tem sentido neste último ano?

12. Alguma vez lhe foi feito um diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica?

Sim Não

12.1. Qual? Que idade tinha?

12.2. Fez algum Tratamento? Qual?

12.3. Aderiu ao Tratamento?

12.4. Se teve ou tem presentemente alguma perturbação psiquiátrica, de que forma é que ela influenciou ou influencia a doença cardíaca?

12.5. De que forma a sua perturbação psiquiátrica influencia ou influenciou a sua família?

13. Sente que a sua doença influencia ou influenciou a forma como se vê? Explique.

Sim Não

14. Em alguma situação se sentiu desconfortável devido às consequências da doença cardíaca?

15. Alguma vez passou por alguma intervenção cirúrgica?

Sim Não

Se respondeu **sim**:

15.1. Houve alguma coisa na cirurgia ou na doença cardíaca que tenha produzido problemas ou anomalias no seu aspecto físico? Qual(ais)?

Sim Não

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

Contente Descontente Feliz Infeliz Confortável Desconfortável

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

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

15.3.1. Comentários.

15.4. Esse problema provocou-lhe dificuldades a nível:

Social Profissional Interpessoal Conjugal

15.4.1. Comentários.

16. Se tivesse a hipótese de alterar alguma coisa em si, o que mudaria?

A 4

SADS-L

SADS-L

Código □□□□

Data ___/___/___

Avaliação

Nº

□

Entrevistador _____

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

PARTE A - INFORMAÇÕES DO PASSADO

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

Onde nasceu?

A1. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS 213

<i>Até onde foi a sua escolaridade? (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

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

A2. ESTADO CIVIL 215

Se ainda não se sabe:	0 Sem informação
-----------------------	------------------

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

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

<i>Que espécie de trabalhos fez?</i>	0 Sem Informação
<i>Que tem feito nos últimos cinco anos?</i>	1 Sem Tempo Fora Do Trabalho (Absentismo Justif.)
<i>Houve alguma altura em que não teve trabalho?</i>	2 De Uns Dias A Um Mês
	3 Até Seis Meses (10% Do Tempo)
<i>(Porquê?; Durante quanto tempo?; Outras vezes?; Algumas dessas vezes em que não trabalhou foi devido a problemas pessoais?)</i>	4 Até Um Ano (20% Do Tempo)
	5 Até Dois Anos (40% Do Tempo)
	6 Até Três Anos (60% Do Tempo)
	7 Até Quatro Anos (80% Do Tempo)
<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>	8 Até Quase Cinco Anos
	9 Não Trabalhou

PARTE B – VISÃO GERAL DO DISTÚRBO PSÍQUICO PASSADO

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

Faça perguntas acerca de qualquer Distúrbio Psiquiátrico corrente.

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

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

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

Para todos os sujeitos:

- *Quando diria que notou pela primeira vez que não estava bem (desta vez)?*
- *Até que ponto este problema tem sido diferente de como se sentia antes ou de como é habitualmente?*
- *Quanto tempo decorreu entre a altura em que notou pela primeira vez que não estava bem e o momento em que começou o tratamento?*
- *Sente-se melhor agora ou esta no seu pior período?*

(Se se sente melhor agora: - Quanto tempo passou desde que esteve ... (descrição da situação)
 - Quando é que pela última vez se sentiu no seu normal durante alguns meses?

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

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

B1. TRATAMENTO EM CONSULTA EXTERNA (INCLUIR MEDICAÇÃO PARA OS "NERVOS")

217

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

B2. NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

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

B3. TEMPO TOTAL DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

224

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

EPISÓDIOS DE DOENÇA COM SÍNDROME MANÍACO OU DEPRESSÃO MAJOR:

Nas secções seguintes determine se o sujeito teve alguma vez um episódio (período relativamente distinto de funcionamento perturbado ou psicopatologia) que pode ser claramente distinguido do seu funcionamento anterior ou subsequente que vai de encontro

aos critérios de Síndrome Maníaco ou Depressivo Major tal como descrito em baixo. Se o doente não preencher todos os critérios para estas perturbações mas existir evidência de qualquer distúrbio afectivo, esse distúrbio deve ser registado em secções posteriores. Se simultaneamente preenchem os critérios para Síndrome Maníaco e Depressão Major devem ser descritos nas duas secções. Se separados por menos de dois meses de remissão devem ser considerados apenas um episódio.

PARTE C – EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

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

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

Durante o período mais grave...	Sem Informação	Não	Sim	
<i>...Esteve mais activo 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 (distractibilidade)?...</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:</i>				

<i>Se Eufórico, critério =2; Se apenas Irritável, critério = 3</i>				233
<input checked="" 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 actividades habituais?</i>	

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

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

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

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

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

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

Teve visões ou viu coisas não visíveis às outras pessoas?

Teve cheiros estranhos ou sensações estranhas no seu corpo?

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

- Se não existem outros sinais de outras fontes de informação que sugiram delírios, alucinações ou desordens de pensamento formal, durante o período maníaco, marque aqui e avance para Outras Características de Episódios de Síndrome Maníaco. Se existem sinais de delírios ou desordem de pensamento formal marcado, determinar se algum dos 5 tipos específicos de sintomas abaixo denotados, indicam desordens Esquizo-affectiva 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	
<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>	X	1	2	239
<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>				
l Alucinações não-afectivas de qualquer tipo (apêndice) 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 afecto inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou grave desordem de comportamento.	X	1	2	243

OUTRAS CARACTERÍSTICAS DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

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

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

	Desordem Maníaca	Esquizo-afectiva Tipo Maníaco	
Melhor estimativa dos períodos de mania (99 se muito numerosos)...			244-45-46-47
Idade no primeiro episódio de síndrome maníaco... <i>Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			248-49-50-51
Idade no último período de síndrome maníaco, se existiu mais do que um... <i>Quando foi a última vez que esteve...?</i>			252-53-54-55
Correntemente no episódio que inclui período de mania...	Sim	Sim	256-57

Se SIM, duração em semanas do período presente de síndrome maniaco			258-60-61-63
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			264-66-67-69
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS			
Durante estes episódios... <i>Hospitalizações...</i>	Sim	Sim	270-71
<i>...Esteve hospitalizado? ECT recebidos...</i>	Sim	Sim	272-73
<i>...Recebeu tratamentos de choques? Medicação recebida...</i>	Sim	Sim	274-75
<i>...Recebeu medicação? Imediatamente antes, durante ou a seguir a um episódio teve um pelo menos alguns dias em que se sentiu deprimido...</i>	Sim	Sim	313-14
<i>...Esteve deprimido ou em baixo durante alguns dias antes, durante ou após o período em que esteve eufórico? Delírios (de inquérito prévio)...</i>	Sim	Sim	315-16
<i>Alucinações (de inquérito prévio)...</i>	Sim	Sim	317-18
<i>Incapaz de levar adiante qualquer actividade com objectivo relativamente complexo tal como emprego, tomar conta de uma casa, manter atenção e participação em actividades sociais e recreativas. Não contar se se refere a recusa ou falta de motivação para as tarefas...</i>	Sim	Sim	319-20
<i>...Esteve incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) porquê? Gestos suicidas ou tentativas..... Tentou matar-se?</i>	Sim	Sim	321-22
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS			
<i>Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona...)</i>	Sim	Sim	323-24
<i>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</i>			
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-CRÓNICA			
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 durante 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, Reação 1 Não Avance Para E 2 Sim
<i>Sentiu-se irritado 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, pai 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	
<i>...Perda de apetite ou peso, aumento de apetite ou peso?</i>				328
<i>...Problemas em adormecer ou dormir demasiado?..</i>				329
<i>...Perda de energia, facilmente cansado, muito cansado?</i>				330
<i>...Perda de interesse ou prazer nas actividades habituais ou sexo?..</i>				331
<i>...Sensação de culpa ou auto-desvalorização?..</i>				332
<i>...Problemas de concentração, a pensar ou a tomar decisões?..</i>				333
<i>...Pensamentos acerca de morte ou suicídio?(Tentou suicidar-se?)...</i>				334
<i>...Ser incapaz de se sentar quieto e ter que se movimentar continuamente ou o oposto?..</i>				335
Número de sintomas definidos: Critérios = 3 sintomas para provável 4 sintomas para definitivo				336
<input type="checkbox"/> Se o critério D3 não é encontrado marque aqui e avance para Psicose Não-Afectiva Não - Orgânica				337

D4. NUMERO TOTAL DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO GRAVE

Quantos episódios teve como este? NÚMERO:

Se incapaz de dar o número exacto:
Diria que teve pelo menos ___ diferentes episódios como este?

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

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

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

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

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

340

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

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

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

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

OUTRAS CARACTERÍSTICAS DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR

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

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

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

	Desordem Depr.Major	Depr.Esquizo- Afectiva	
Melhor estimativa do número de episódios (99 se muito numerosos)...			347-48- 49-50
Idade do primeiro episódio... <i>Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			351-52- 53-54
Idade no último episódio, se existiu mais do que um... <i>Quando foi a última vez que esteve...?</i>			355-56- 57-58
Actualmente num episódio que inclui um período de Depressão Major	Sim	Sim	359-60
Se SIM, duração do período presente de Depressão Major			361-63- 64-66
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			367-69- 70-72
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS:			
Hospitalizações... SIM ...Esteve hospitalizado?	Sim	Sim	373-74
ECT recebidos...Recebeu tratamentos de choques?	Sim	Sim	375-413
Medicação recebida.....Recebeu medicação?	Sim	Sim	414-15

<p><i>Imediatamente antes, durante ou a seguir a um episódio teve</i></p> <p><i>Um período de pelo menos uns dias em que esteve hipo ou maníaco (com ou não critério total de Síndrome Maníaco)</i></p> <p><i>...Esteve com uma energia ou alegria inabitual no período de tempo imediatamente antes, durante ou logo a seguir a estar deprimido?..</i></p>	Sim	Sim	416-17
Delírios...	Sim	Sim	418-19
Alucinações...	Sim	Sim	420-21
Incapacitado. Incapaz de levar adiante qualquer actividade com objectivo relativamente complexo tal como emprego, tomar conta de uma casa, manter atenção e participação em actividades sociais e recreativas. Não contar se se refere a recusa ou falta de motivação para as tarefas...	Sim	Sim	422-23
<p><i>... Esteve incapaz de trabalhar (ir a escola, tomar conta de casa) alimentar-se, vestir-se ou limpar-se?</i></p> <p><i>Gestos suicidas ou tentativas...Durante...tentou alguma vez matar-se?</i></p>	Sim	Sim	424-25
<p>Associação com gravidez ou nascimento (no espaço de 2 meses)...</p> <p><i>Estava grávida ou tinha acabado de dar à luz?</i></p>	Sim	Sim	426-27
<p>Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona)...</p> <p><i>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</i></p> <p>Se SIM descreva o tratamento somático e as drogas usadas:...</p>	Sim	Sim	430-31
<p>Todos os episódios aparentemente seguidos por doença física seria conduzindo a grandes mudanças nas condições de vida ou teve doença física que e frequentemente associada a sintomas Psicológicos (tirotoxicose)...</p> <p>Se SIM descreva a doença física:...</p> <p>(Se episódio Esquizo-afectivo note o curso dos sintomas que surgiram Esquizofrenia ate ao presente)</p> <p>O Sem Informação Ou Não Aplicavel</p> <p>1 Desordem Esquizo-Afectiva Grave</p> <p>2 Desordem Esquizo-Afectiva Sub-Aguda</p> <p>3 Desordem Esquizo-Afectiva Sub-Cronica</p> <p>4 Desordem Esquizo-Afectiva Crónica</p>	Sim	Sim	432-33
			434

PARTE E – PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGANICA

- Determine inicialmente se o sujeito teve um episódio ou período de doença que:
- não preenche o critério de Depressão Major ou Síndrome Maníaco
 - teve proporções Psicóticas

- não foi causado aparentemente por nenhum factor físico
- Estes episódios ou períodos de Psicose serão mais tarde categorizados como Esquizofrenia ou Psicose não-específica Funcional, Psicose de transição situacional, Estados Paranoídes, Psicose Histórica e episódios tipo Esquizofrénico com duração inferior a duas semanas.

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

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

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

Houve alguma altura...

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

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

... ou sentiu sensações estranhas no seu corpo?

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

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

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

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

*Andava a beber muito nessa altura ou tinha exactamente parado de o fazer? Andava a tomar algumas drogas como LSD ou Speeds?
Esteve Fisicamente doente?*

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

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

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

Teve quantos períodos diferentes como este?

NÚMERO:

Se incapaz de dar o número exacto:

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

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

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

	Sem Informação	Não	Sim	
Difusão de pensamento, inserção, afastamento... <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 controlo de alguma força ou poder além de si, como se fosse um robot sem vontade própria ou que foi forçado a fazer movimentos ou a dizer coisas sem o desejar, a pensar coisas ou a ter impulsos que não eram seus?</i>	X	1	2	440
Se ainda não é sabido, questione acerca de delírios múltiplos ou bizarros... -Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, nihilísticos ou outros sem conteúdo persecutório ou de ciúme durando pelo menos uma semana...				
Delírios de qualquer tipo se acompanhados de alucinações de qualquer tipo durante pelo menos uma semana...	X	1	2	441
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário contínuo acerca dos comportamentos ou pensamentos do sujeito à medida que eles ocorrem ou em que duas ou mais vozes conversam entre elas...	X	1	2	442
Alucinações verbais não-affectivas falando com o sujeito...	X	1	2	443
Alucinações de qualquer tipo ao longo do dia durante vários dias ou intermitentemente por cerca de um mês...	X	1	2	444
Formas bem determinadas de acentuado distúrbio formal do pensamento acompanhadas de afecto embutado ou inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou comportamento acentuadamente desorganizado...				445
Tem pelo menos um dos sintomas enumerados em cima: 1 NÃO Avance para G				447
				2 SIM

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

0 SEM INFORMAÇÃO, OU SEM CERTEZA
1 DURAÇÃO DE MENOS DE 2 SEMANAS

2 DURAÇÃO DE PELO MENOS 2 SEMANAS

PARTE G – CARACTERÍSTICAS DA PSICOSE NÃO-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.

	Esqui zofre nia	Psicose Funciona l Inespecif ica	
Melhor estimativa do número de episódios ou períodos (99 se muito numerosos). Se manifestou sinais relevantes de Esquizofrenia mais ou menos contínuos desde o início, contar como um período de doença...			449-50-51-52
Idade na altura do primeiro episódio (pode ser difícil distinguir do funcionamento habitual, se o início foi insidioso. Dê a melhor estimativa)...			453-54-55-56
<i>Que idade tinha quando pela primeira vez...?</i> Idade na altura do último episódio, se houve mais do que um episódio...			457-58-59-60
<i>Qual foi a última vez em que esteve...?</i> Correntemente num episódio...	Sim	Sim	461-62
Se SIM, duração do episódio em semanas...	Sim	Sim	463-65-66-68
Melhor estimativa, em semanas, da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o máximo de tempo que durou...?</i>	Sim	Sim	469-71-72-74
Nos itens seguintes deve ser feito um círculo em torno do SIM se eles caracterizam <u>algum</u> desses episódios: Durante <u>algum</u> desses episódios...			
Hospitalizado... <i>esteve hospitalizado?</i>	Si m	Sim	475-513
Recebeu tratamento somático (ECT, medicação)... <i>recebeu algum tratamento para...?</i>	Si m	Sim	514-15
A informação para os itens seguintes deve ser fornecida pelo inquérito feito previamente. Se o sujeito teve ambos os tipos de episódios pode ser necessária clarificação.			
Delírios de qualquer tipo...	Si m	Sim	516-17
Delírios de perseguição...	Si m	Sim	518-19
Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilísticos ou outros sem conteúdo de perseguição ou ciúme, durando pelo menos 1 semana...	Si m	Sim	520-21

Delírios de controle (ou influência), delírios múltiplos, ou outros delírios bizarros...	Si m	Sim	522-23
Delírios de qualquer tipo se acompanhados por alucinações de qualquer tipo durante pelo menos 1 semana...	Si m	Sim	524-25
Alucinações de qualquer tipo...	Si m	Sim	526-27
Alucinações de qualquer tipo durante o dia por vários dias, ou intermitentemente por pelo menos 1 mês...	Si m	Sim	528-29
Alucinações visuais...	Si m	Sim	530-531
Alucinações auditivas...	Si m	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...	Si m	Sim	534-35
Alucinações verbais não-afectivas faladas ao sujeito...	Si m	Sim	536-37
Difusão, Inserção ou Remoção do Pensamento...	Si m	Sim	538-39
Formas bem determinadas de acentuado Distúrbio Formal do Pensamento	Si m	Sim	540-41
Comportamento motor catatónico óbvio...	Si m	Sim	542-43
Outro comportamento bizarro grosseiro...	Si m	Sim	544-45
Tentativa de suicídio ou gesto...	Si m	Sim	546-47
Incapacitado. Incapacidade para continuar alguma actividade com objectivo complexo como trabalhar, tomar conta da casa, manter a atenção e participação em actividades sociais e recreativas (não contar se devido a falta de motivação para as tarefas)... Estava incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) ou cuidar de si?	Si m	Sim	548-49
Todos os episódios estiveram associados com gravidez ou parto (no espaço de 2 meses)...	Si m	Sim	550-51

Para os sujeitos que vão de encontro ao critério de Esquizofrenia anote o curso dos sintomas até ao presente. Alguns sujeitos diagnosticados inicialmente como "agudos" podem mostrar mais tarde cursos sub-agudos, sub-crónicos ou crónicos

- 0 Não Aplicável
- 1 Esquizofrenia Aguda
- 2 Esquizofrenia Sub-Aguda
- 3 Esquizofrenia Sub-Crónica
- 4 Esquizofrenia Crónica

PARTE H – ALCOOLISMO

Existem dois critérios

H1- TEVE PELO MENOS DOIS DOS ITENS
553-571

	Sem	Não	Si	
--	-----	-----	----	--

	Informação		m	
Como têm sido os seus hábitos de bebida? <i>Existiu algum período na sua vida em que bebia demais?..</i>	X	1	2	553
<i>Havia alguém na sua família- ou outrém- que se manifestou contra a sua bebida?..</i>	X	1	2	554
<i>Houve alguma altura em que não conseguia parar de beber quando queria?..</i>	X	1	2	555
<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				
<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 apalhado 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 crônico 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.

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

<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>	0 Sem Informação ou Não Clara 1 De Modo Algum Avance Para Psi.Não Associada 2 Clinicamente Insignificante (Marij., Ou Anfetaminas) 3 Interferencia Menor no Comportamento 4 Droga Resulta Em Modificações Importantes Na Vida 5 Droga Resulta Em Grandes Modificações Na Vida 6 Droga Resulta Numa Disrupção Na Vida
<i>Alguma vez usou marijuana, narcóticos, LSD ou coisas desse tipo? (Alguma vez usou alguma coisa para se sentir mais "alto", perder peso ou manter-se acordado?; Alguma vez quis parar de tomar drogas e não o conseguiu?)</i>	
Tipo de droga:	<input type="checkbox"/> Narcóticos: Heroína, Morfina, Ou Outros 618 <input type="checkbox"/> Substâncias Tipo Anfetamina 619 <input type="checkbox"/> Cocaina 620 <input type="checkbox"/> Sedativos, Hipnóticos, Tranquilizantes 621

	<input type="checkbox"/> Derivados De Cannabis <input type="checkbox"/> Alucinogêneos (Lsd...) 623 <input type="checkbox"/> Solventes (Cola...) 624 <input type="checkbox"/> Outros 1 NÃO Avance para K 2 SIM	622
Tem um problema corrente com drogas...	SIM 626	
Idade do primeiro problema com drogas...	627-28	
Idade em que para de tomar drogas em grande quantidade (deixar em branco se usou muita droga no espaço de 6 meses)	629-30	

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

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

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

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

PARTE J- EPISÓDIOS HIPOMANIÁCOS

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

Existem 2 critérios:

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

<p><i>Se teve Síndrome Maníaco: 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><i>Se não teve Síndrome Maníaco: 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>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para K 2 Teve Período(s) Quando o Humor Estava Irritável Mas Nunca Com Humor Elevado 3 Teve Período(s) Com Humor Elevado
--	--

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

PARTE K- PERSONALIDADE CICLOTÍMICA

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

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

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

K2- FREQUENTEMENTE NÃO NO HUMOR NORMAL
655

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

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

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

Tenha a certeza de diferenciar entre Personalidade Ciclotímica e outras condições efectivas crónicas com períodos ocasionais Hipomaniacos.
Vai de encontro aos 3 critérios de Personalidade Ciclotímica... SIM
657

PARTE L- DISTÚRBIOS DE SOMATIZAÇÃO

Existem 2 critérios:

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

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

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

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

	Sem Informação	Não	Sim	
GRUPO I - Sujeito acredita que tem estado doente a maior parte da sua vida <i>Diria que tem estado doente uma grande parte da sua vida?</i>	X	1	2	659
GRUPO II - Perda de sensações, perda de voz e incapaz de murmurar, problemas em caminhar, ou outras conversões pseudo-neurológicas, ou reacções dissociativas... <i>Alguma vez perdeu as sensações ou esteve incapaz de sentir qualquer coisa (associado ou não com paralisia), ou perdeu a voz, ou esteve incapaz de sequer murmurar (mas não apenas rouquidão), problemas em caminhar ou paralisia- incapacidade para se mover (não devida a dor ou paralisia), ou cegueira (completa ausência de percepção da luz durando mais de um instante), convulsões, ataques, desmaios, ou períodos de inconsciência em que não consegue recordar-se do que lhe</i>	X	1	2	660

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

PARTE M- PERSONALIDADE LÁBIL

Sujeitos nesta condição podem ter outras condições episódicas sobrepostas
Esta condição deve ser distinguida da Personalidade Ciclotímica, Distúrbio de Briquet, Distúrbio Depressivo Menor e Distúrbio Depressivo Intermitente
As oscilações de Humor podem ou não estar associadas com precipitantes
Existem 3 critérios:

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

[Se teve Síndrome Depressivo Major: Já me falou cerca daquelas (número) vezes em que esteve (descrição dos períodos de Síndrome Depressivo Major)]	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N
<i>Agora gostaria de saber se durante a maior parte da sua vida tem sido uma</i>	

<i>... 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>	2 Sim
---	-------

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

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

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

<i>Isto interferiu com a sua vida social, trabalho ou capacidade para fazer as coisas? Tomou alguma medicação por causa disso? Procurou ajuda de alguém por causa disso? (Foi indicado para procurar ajuda?)</i>	0 SEM INFORMAÇÃO OU SEM CERTEZA 1 NÃO Avance para N 2 SIM
Vai de encontro a 3 critérios de Personalidade Lábil e não encontra o critério de Personalidade Ciclotímica, Desordem de Briquet nem, Desordem Depressiva Intermitente...	SIM
715	

PARTE N- DESORDEM DEPRESSIVA MINOR

Se o sujeito teve 2 ou mais episódios de Síndrome Depressivo Major no passado, marque aqui e avance para Desordem Depressiva Intermitente a não ser que ele esteja correntemente num episódio ou período de Desordem Depressivo Minor 716

Existem 3 critérios:

N1- TEVE UM EPISÓDIO DE DOENÇA DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA

COM HUMOR DEPRESSIVO PERSISTENTE 717

<p>Se teve apenas um episódio de Síndrome Depressivo Major: <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>Se não teve Síndrome Depressivo Major: <i>Alguma vez teve um período que durasse pelo menos uma semana em que foi perturbado por se sentir deprimido, triste, desesperançado, em baixo ou indiferente?</i></p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N 2 Sim</p>
--	--

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

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

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

	Sem Informação	Não	Sim	
Durante o período mais grave for ainda perturbado por:				
<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 inadapatado?</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</i>	X	1	2	731

<i>(dependência ou exigência)?</i>				
<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 Avance para O Se SIM rever critério de Desordem Depressiva Major e Desordem Depressiva Intermitente para certificar que o episódio não deve ser aí classificado.		1 NAO		735
<i>Durante quanto tempo se sentiu assim ao longo dos últimos 2 anos?</i>		2 SIM		
Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Depressiva Minor e não encontra os critérios de Personalidade Ciclotímica, Desordem Depressiva Intermitente ou Personalidade Lâbil		1 Sim, Episódico 2 Sim, Crônico, persistiu 2 anos e Continuou em condições piores		736
Melhor estimativa do número de episódios				737 -38
Idade no primeiro episódio...				739 -40
Duração do episódio mais longo em semanas...				741 -43
Correntemente num episódio... SIM				744
Se SIM, duração do episódio presente em semanas...				745 -47
Episódio corrente associado com Ansiedade significativa...				748

PARTE O- DISTÚRPIO DEPRESSIVO INTERMITENTE

Existem 4 critérios

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

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

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

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

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

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

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

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?... tomou medicação?... agiu de modo diferente com as pessoas, família ou no emprego?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem Depressiva Intermitente e 753	SIM
não vai de encontro ao critério de Personalidade Ciclotímica	
Idade em que aparentou pela primeira vez... 754-55	
Duração do episódio corrente em anos... (Se correntemente tem outra desordem, indicar a duração do período de sintomas depressivos intermitentes anteriores ao desenvolvimento da desordem corrente)... 756-57	

PARTE P- DESORDEM DE PÂNICO

Existem 4 critérios

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

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

2 SIM	
-------	--

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

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

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

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

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

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um medico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?... tomou medicação?..</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para Q 2 Sim
<i>Os (ataques de pânico) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?</i>	
Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem de Pânico 772	SIM
Idade em que pela primeira vez encontra o critério 773-74	
Duração do episódio mais longo em semanas 813-15	
Correntemente num episódio 816	SIM
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas... ataques 820	1 Igual situação ou tipo na maioria dos ataques
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 821	Desordem Obsessiva Compulsiva

PARTE Q- DESORDEM DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Existem 3 critérios

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

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

Q2-HUMOR ANSIOSO ASSOCIADO COM PELO MENOS UM DOS SINTOMAS

<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.,FAML.OU EMPG.DURANTE PERÍODO DPR. 829

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?... tomou medicação?..</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para R 2 Sim
<i>O (humor ansioso) afectou de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?</i>	
Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Ansiosa Generalizada	SIM 830
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	831-32
Duração do episódio mais longo em semanas	833-835
Correntemente num episódio	SIM 836
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas	837-39
Episódio corrente associado com depressão significativa embora a Ansiedade seja predominante	840

PARTE R- DESORDEM OBSESSIVA COMPULSIVA

Existem 2 critérios

R1-TEM OBSESSÕES OU COMPULSÕES

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

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

<i>Que efeito tiveram estas (obsessões, compulsões) em si? Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 NÃO Avance Para S 2 SIM
<i>As (obsessões, compulsões) afectaram de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?</i>	
Vai de encontro aos 2 critérios de Desordem Obsessiva Compulsiva	SIM 843
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	844-45
Duração do episódio mais longo em semanas	846-48
Correntemente vai de encontro ao critério	SIM 849
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas...	
Sintomas predominantes	1 Obsessões 2 Compulsões 3 Nenhum Deles (Ou Ambos Com Igual Gravidade)

PARTE S- DESORDEM FÓBICA

Existem 2 critérios:

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

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

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

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

PARTE T - PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

Existem 4 critérios

T1- DESDE OS 15 ANOS COM RESULTADOS POBRES NAS SUAS OCUPAÇÕES DURANTE VARIOS ANOS, COM PELO MENOS UM DOS CRITÉRIOS

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

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

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

<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 destrua 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 comportamento sexual agressivo)?	X	1	2	918
Teve pelo menos 3 itens e pelo menos 1 antes dos 15 anos U 2 SIM	919			

T3- TEVE PELO MENOS 2 SINTOMAS ANTES DOS 15 ANOS

	Sem Informação	Não	Sim	
Desde a idade dos 15 anos...				
<i>Foi preso (SIM se 1 ou mais vezes preso)?</i>	X	1	2	920
<i>Divorciou-se ou separou-se (SIM se 2 ou mais divórcios ou separações legalmente casado ou não)?</i>	X	1	2	921
<i>Meteu-se em lutas (físicas)?</i>	X	1	2	922
<i>Embriagava-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 vagou de lugar para lugar sem planos prévios (para além das férias)?</i>	X	1	2	925
Teve pelo menos 2 sintomas 1 NÃO Avance para U 2 SIM	926			

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

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

Vai de encontro aos 4 critérios de Personalidade Anti-social	SIM 928
--	------------

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

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

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

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

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

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

<i>Descreever-se-ia como uma pessoa alegre e optimista?... mais entusiasta que a maioria das pessoas?...com muita iniciativa e ambição?...mais energética e activa que a maioria das pessoas?..</i> <i>Gosta mais de se envolver com pessoas e actividades que maioria das pessoas?..</i>	0 sem informação 1 de modo algum 2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços) 3 em alguma extensão 4 numa considerável extensão 5 numa extensão marcada 6 num grau extremo
--	---

PARTE V- OUTRAS DESORDENS PSIQUIÁTRICAS

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

Existem 2 critérios:

V1-	
	Sim
O quadro clínico sugere um distúrbio específico não coberto por este instrumento (ex: Anorexia Nervosa, Transexualismo, Personalidade Paranoide) Especificar _____	932
Suspeita-se de uma ou mais desordens mas os sintomas são mínimos para completar os critérios Especificar _____	933
A ordem cronológica de classes de sintomas importantes não é conhecida ex: alcoolismo e alucinações: desconhecimento do que apareceu primeiro	934
A informação existente sobre a fenomenologia é inadequada para estabelecer um diagnóstico específico	935
Um factor orgânico conhecido é provavelmente a causa etiológica ex: abuso de álcool, intoxicação por anfetaminas, ingestão de alucinogéneos, febre	936
Pelo menos um destes critérios é verdade 1 Não Passar para Traços Esquizofrénicos 2 Sim	
O estado foi de gravidade suficiente para resultar na procura ou recomendação de procura de ajuda, tomar medicação (que não sejam hipnóticos ocasionais para a insónia), ou causou impedimento de funcionar socialmente, com a família, em casa, na escola, no trabalho	0 Sem informação ou sem certeza: Passar para Traços Esquizofrénicos 1 Não: Passar para Traços Esquizofrénicos 2 Sim
Reúne os 2 critérios para Outras Desordens Psiquiátricas	Sim 939
Idade do primeiro episódio ou idade em que se tornou visível	940
Correntemente num episódio	Sim 942
Se sim, duração em semanas _____ Se se aplicar à maior parte da vida classificar com 999	

PARTE W- TRAÇOS ESQUIZOFRÉNICOS

Esta categoria é usada apenas para classificar outros diagnósticos (incluindo Outras Desordens Psiquiátricas) e nunca deve ser considerada como categoria única. Pode estar

presente como linha de base de toda a vida ou pode ser usada para classificar uma desordem episódica quando os sintomas são muito raros.

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

	Sem Informação	Não	Sim
Ilusões recorrentes, sentir a presença de uma pessoa ou presença não presentes na realidade (“sinto que a minha mãe que já morreu está comigo”), suspeita de alucinações, ou períodos de severas dissociações, despersonalização, ou derealization (que não seja ataque de pânico) <i>Sentiu com frequência que o mundo parece diferente ou que de alguma forma mudou?</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 odd ou bizarra, ou pensamento mágico ex: superstição, clarividência, telepatia, sexto sentido, “os outros poderem sentir os seus sentimentos”, ou desilusões suspeitas	X	1	2
Ideias de referência, suspeita extrema, ideação paranoide	X	1	2
Postura inadequada na interação face a face devido a afecto inapropriado ou constricto ex: aloof, distante, frio, superficial, pateta	X	1	2
Comunicação odd (sem desordem formal do pensamento) ex: discurso tangencial, digressivo, vago, demasiado elaborado, circunstancial, metafórico e não simplesmente detalhado	X	1	2
Isolamento social, não devido a ansiedade social, hipersensibilidade a críticas reais ou imaginárias (ex: sem amigos íntimos ou confidentes, contactos sociais limitados às tarefas essenciais, sempre desconfortável quando está com pessoas)	X	1	2

Tem pelo menos 1 dos critérios acima mencionados Sim

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

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

1. Esquizofrenia (não agora mas Tipo Residual)	<input type="checkbox"/> Sem informação, sem certeza, ou nunca teve uma Desordem Depressiva Major 953 <input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major não foi precedido pelas desordens listadas ao lado 954
2. Desordem Esquizo-afectiva	
3. Distúrbio de Pânico	
4. Distúrbio Fóbico	
5. Desordem Obsessivo-Compulsiva	

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

PARTE Y- COMPORTAMENTO SUICIDA

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

Y1- Tentativa de suicídio no período de tentativa mais séria

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

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

Considerar o método (ferimento por tiro é considerado mais grave do que por faca), grau de consciência no e durante o momento de salvamento, gravidade da lesão ou da toxicidade do material ingerido, reversibilidade (tempo	0 Sem informação ou sem certeza 964 1 Sem perigo (ex: sem efeito, apenas com os comprimidos na mão)
---	--

previsto para a recuperação completa) e tempo de tratamento necessário	2 Mínimo (ex: arranhão ou wrist) 3 Médio (ex: tomou 10 aspirinas, gastrite média) 4 Moderado (ex: tomou 10 seconals, inconsciência breve) 5 Severo (ex: corte de garganta) 6 Extremo (ex: corte respiratório ou coma prolongado)
--	--

PARTE Z- COMPORTAMENTO SOCIAL

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

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

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

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

	6 diminuição grave em várias áreas
--	------------------------------------

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 mínimos</p> <p>2 sintomas mínimos; ligeiro disfuncionamento</p> <p>3 sintomas médios; humor depressivo e insónia média</p> <p>4 sintomas moderados; func. geral com alguma dificult.</p> <p>5 alguns sintomas sérios de disfuncionamento</p> <p>6 disfuncionamento maior 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</p> <p>1 não (teve desordem mental)</p> <p>2 sim (sem evidencia de desordem mental)</p>
---	--

GRAU DE CONFIANÇA E CERTEZA DA INFORMAÇÃO OBTIDA NESTA ENTREVISTA 973

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

FONTES DE INFORMAÇÃO

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

A 5

WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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



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

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

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
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

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

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

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

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

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

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(s) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F10.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

A 6

NEO-PI-R

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 acção.					
23. A poesia pouco ou nada lhe diz.					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
25. Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de forma ordenada.					
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.					
27. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinha (o).					
28. Frequente experimento comidas novas e desconhecidas.					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa dela se a deixar.					
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.					
31. Raramente me sinto amedrontada (o) ou nervosa.					
32. Muitas vezes, sinto-me a arrebentar de energia.					
33. Poucas vezes, me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
34. A maioria das pessoas que conheço gosta de mim.					
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.					
36. Muitas vezes aborrece-me a maneira que as pessoas me tratam.					
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
39. Algumas pessoas consideram-me fria (o) e calculista.					

40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra.					
41. Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.					
42. Não sou um (a) grande optimista.					
43. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um 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 activa.					
53. Tenho muita curiosidade intelectual.					
54. Quando não gosto das pessoas faço-o saber.					
55. Parece que nunca consigo ser organizada (o).					
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhada(o) que desejava meter-me num buraco.					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.					
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstratas.					
59. Se for necessário, não hesito manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
60. Esforça-me por ser excelente em tudo o que faço.					

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

Anexo B

Abstract Submetido em Congresso
Internacional

WCC 2014 Abstract submission

Topic area: PAEDIATRICS / CONGENITAL HEART DISEASE (PAEDIATRIC AND ADULT)

Specific topic: Adult congenital heart disease and surgery

WCC14-ABS-1622

Psychosocial Morbidity in Adolescents and Young Adults with Congenital Heart Disease: Psychosocial Adjustment, Psychiatric Morbidity, Quality of Life and School Performance may be affected, but Social Support and traits of Personality play an important role in resilience

Maria Emília G. Areias^{1,7}, Liliana Gomes^{1,2}, Daniela Cerqueira^{1,2}, Catarina Pinto^{1,2}, Patrícia Vieira^{1,2}, Isabela Freitas^{1,2}, Flávio Teixeira^{1,2}, Rosália Coelho^{1,2}, Cláudia Moura^{3,4}, Victor Viana^{5,6}, José Carlos Areias^{2,4,7}

¹Department of Psychology, Instituto Superior de Ciências da Saúde (CESPU), ²UNIPSA/CICS (CESPU), Gandra-Paredes, ³Pediatric Cardiology, Hospital S. João, ⁴Unidade de Investigação Cardiovascular, Faculty of Medicine, University of Porto, ⁵Pediatrics, Hospital S. João, ⁶Faculty of Nutrition, University of Porto, ⁷Pediatrics, Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal

Poster only: No

I would like to apply for a travel grant: No

Are you submitting more than one abstract?: Yes

I am the sole author of the abstract: No

I am one author signing on behalf of all co-authors of the abstract: Yes

The article is a "work made for hire" and I am signing as an authorized representative of my employer: No

I am signing on behalf of the corresponding author: No

Introduction: Remarkable progresses in medical and surgical care in congenital heart disease (CHD) allow patients to survive until a later time in adulthood and they are facing challenges for adjustment throughout their life cycle.

Objectives: To study Quality of Life (QOL), Psychiatric Morbidity (PM), Psychosocial Adjustment (PSA), School Performance (SP), Physical Limitations (PL) of patients with Congenital Heart Disease (CHD) and the role of Social Support (SS) and Personality (P) on resilience.

Methods: 196 CHD patients, 111 male, 12-26 years ($M=16.97\pm3.30$), 109 cyanotic. Clinical and demographic history was collected. Participants were interviewed once on topics as SS, family educational style, self-image and PL, were administered a standardized psychiatric interview (SADS-L) and completed self-report questionnaires on P (NEO-PI-R), QOL (WHOQOL-BREF) PSA (YSR,ASR). One of their relatives filled the observational versions of the questionnaires (CBCL,ABCL).

Results: We found a 15.3% lifetime prevalence of psychopathology (12.6%males;18.8%females) and 54.9% retentions in school ($M=1.55 \text{ year} \pm 0.50$). Comparing our patients to the population as a whole, they have better QOL in environmental($t=7.946;p=0.000$),social relationships: $t=4.296;p=0.000$), and overall ($t=2.489;p=0.014$). Cyanotic showed worse QOL (physical: $t=-4.407;p=0.000$; psychological: $t=-2.805$; $p=0.006$;environmental: $t=-4.233;p=0.000$) and overall. Complex CHD report worse QOL (physical: $t=-3.357$; $p=0.001$; environmental: $t=-2.796$; $p=0.006$) and more somatic complaints ($u=1644.000$; $p=0.033$); female patients refer more somatic complaints ($u=4400.000$; $p=0.005$), feelings of anxiety/depression ($u=3803.500$; $p=0.020$), thought problems ($u=3489.000$; $p=0.001$) and internalization ($u=2655.500$; $p=0.000$); Patients submitted to surgery report worse QOL (physical: $t=-3.268$; $p=0.001$; psychological: $t=-2.934$; $p=0.004$; environmental: $t=-2.236$; $p=0.027$) and more attention problems ($u=2979.000$; $p=0.005$). Patients with better SS have better QOL (physical: $t=2.128;p=0.035$; psychological: $t=2.161;p=0.032$;social relationships: $t=4.130;p=0.000$; environmental: $t=2.618;p=0.010$; overall: $u=2001.000$; $p=0.002$), and less withdrawn behaviour ($u=2102.500;p=0.011$). Neurotic traits correlate to worse QOL and more social problems in cyanotic patients, and more social problems in the whole group.

Conclusion: CHD patients seemed to be more prone to PM, worse PSA and SP, although SS plays a crucial role in resilience. P seem to provide a key explanation for a better or worse QOL and PSA.

Disclosure of Interest: None Declared