

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

FULVIO BERGAMO TREVIZAN

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE, QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS
DE ENFRENTAMENTO APÓS TRANSPLANTE CARDÍACO**

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

2016

FULVIO BERGAMO TREVIZAN

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE, QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS
DE ENFRENTAMENTO APÓS TRANSPLANTE CARDÍACO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina de O. S. Miyazaki

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP

2016

Trevizan, Fulvio Bergamo

Depressão, ansiedade, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento após transplante cardíaco / Fulvio Bergamo Trevizan -- São José do Rio Preto, 2016.
xiv, 99f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.
Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Título em inglês: Depression, anxiety, quality of life and coping strategies after heart transplantation.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki.

1. Depressão; 2. Ansiedade; 3. Qualidade de vida; 4. Adaptação psicológica; 5. Transplante de coração.

FULVIO BERGAMO TREVIZAN

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE, QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS
DE ENFRENTAMENTO APÓS TRANSPLANTE CARDÍACO**

**BANCA EXAMINADORA
DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

Presidente e Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina de O. S. Miyazaki

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

1^a Examinador: Prof. Dr. Domingo M. Braile

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

2^a Examinadora: Prof^a. Dr^a. Neide Aparecida Micelli Domingos

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

São José do Rio Preto, 14 de dezembro de 2016.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Anexos.....	ix
Lista de Apêndices.....	x
Resumo.....	xi
Abstract.....	xiii
Introdução.....	01
Objetivos.....	06
Método.....	07
Participantes.....	07
Materiais e Instrumentos de coleta de dados.....	08
Procedimentos de Aplicação.....	11
Análise de Dados.....	12
Aspectos Éticos.....	13
Resultados e Discussões.....	14
Conclusão.....	37
Referências.....	38

DEDICATÓRIA

Dedico à minha família, em especial: Devair, Fabiana, Higor e Matheus, que foram muito além do suporte, incentivo e apoio constante nessa caminhada. Dedico também a todos os pacientes pós-transplantados, protagonistas deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos são para todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esse trabalho fosse realizado, possibilitando meu sonho de ingressar na área de pesquisas e na carreira acadêmica.

Em especial, gostaria de agradecer pessoas que me impactaram positivamente, contribuindo para meu desenvolvimento:

Prof^{ta}. Dr^a. Cristina Miyazaki, que, além de orientadora, tornou-se meu motivo de inspiração constante, meu exemplo a ser seguido, minha maior admiração, tanto na atuação profissional quanto na postura humana. Agradeço por ter confiado no meu projeto e no meu sonho; por ter acompanhado cada passo com tanto carinho e entusiasmo; por ter mostrado o lado sensível e humano da ciência; por ter despertado em mim a admiração pela pesquisa.

Prof^{ta}. Dr^a. Neide Ap. Micelli Domingos, por ter aceitado minha participação em sua disciplina de Metodologia de Pesquisa, ainda na condição de Aluno Especial. Foi meu primeiro contato com esse universo acadêmico. Agradeço por ter auxiliado na construção de uma base sólida, pelo carinho e bom-humor, pela atenção e disponibilidade. Também se tornou um grande exemplo para mim.

Ingrid Bergamo, por ter me incentivado a iniciar o mestrado e apostado em mim. Por todas as palavras de motivação e carinho durante o processo; Christiane Maia Waeteman Roque, Psicóloga, pelo carinho, amizade, ajuda incansável, apoio e dedicação, desde a elaboração do projeto até a coleta de dados; Vanessa de Cássia Rodrigues, Assistente Social, por auxiliar e colaborar nos agendamentos, contatos e controles de pacientes. Yasmin Lima Witzel Silva, aluna de Medicina e bolsista de Iniciação Científica neste projeto, pela contribuição no desenvolvimento do estudo; Dr. Daniel Fernando Villafanha, Cardiologista e Chefe de Transplante Cardíaco, pela confiança na pesquisa e por permitir a coleta de dados em seu setor; Aos membros que autorizaram a execução do projeto: Dr. Horácio José

Ramalho, Dr. Gerardo Maria Araújo Filho, Dr. José Carlos Aidar Ayoub e Prof. Randolph dos Santos Júnior.

Agradeço ainda Eduardo Miyazaki, pela sua disponibilidade, por ter me recebido no Hospital de Base, aberto as portas do setor de transplante para o desenvolvimento da pesquisa e por tantas outras vezes em que contribuiu com seus apontamento; Funcionárias da Secretaria de Psicologia, em especial Esmeralda, Nil e Camila, por toda atenção e carinho recebido, pela agilidade e gentileza com que nos atendem; Prof^ª. Dr^ª. Lilian Castiglioni pelas orientações nas análises estatísticas de dados; Prof^ª. Adilia pela revisão de língua inglesa; Prof^ª. Dr^ª. Janaína Castro e Natália Ferrari, pelos aconselhamentos metodológicos e estatísticos ainda na elaboração do pré-projeto.

Agradecimento especial a todos os professores que contribuíram com seus ensinamentos e experiências; à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e Hospital de Base (FUNFARME) pela oportunidade de realização do trabalho.

Agradeço aos amigos que conheci por meio da faculdade: Guilherme, Fausto, Naiara e Leny. Obrigado pelas boas histórias, risadas, discussões e crescimento.

Agradecimento mais que especial para cada um dos 33 pacientes que aceitaram participar da pesquisa, dando-nos a possibilidade de conhecer melhor a realidade dos fatores psicoemocionais relacionados à condição de pós-transplante. Pelo carinho, humildade e atenção com que participaram da coleta.

Por fim, agradeço os professores, tanto da banca de Qualificação como da banca da Defesa, nas condições de examinadores ou suplentes, por terem aceitado o convite com prontidão: Prof^ª. Dr^ª. Neide Aparecida Micelli Domingos, Prof. Dr. Domingo Braille, Prof^ª. Dr^ª. Lilia Nigro Maia, Prof^ª. Dr^ª. Leda Maria Branco, Prof^ª. Dr^ª. Jaqueline Pinto e Prof. Dr. Moacir Fernandes de Godoy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas da amostra.....	14
Tabela 2 – Classificação dos sintomas depressivos (BDI-II) e comparação dos sintomas por sexo, faixa etária e tempo de transplante cardíaco.....	18
Tabela 3 – Classificação dos sintomas de ansiedade (BAI) após transplante cardíaco..	21
Tabela 4 – Correlação entre os sintomas de depressão e de ansiedade com características sociodemográficas após transplante cardíaco.....	22
Tabela 5 – Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) nos diferentes domínios e comparação por sexo, faixa etária e tempo de transplante cardíaco.....	23
Tabela 6 – Modos de enfrentamento de problemas (EMEP) e comparação por sexo, faixa etária e tempo de transplante cardíaco.....	28
Tabela 7 – Correlação entre modos de enfrentamento de problemas, sintomas de depressão, de ansiedade e qualidade de vida de pacientes após transplante cardíaco.....	30
Tabela 8 – Correlações significantes positivas e negativas entre as variáveis de pacientes após transplante cardíaco.....	31

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação sistemática do método de rastreio e seleção de amostra.....	08
Figura 2 – Protocolo sequencial de aplicação de instrumentos.....	09
Figura 3 – Distribuição de coletas de dados no período de desenvolvimento da pesquisa	12
Figura 4 – Faixa etária geral e por sexo dos participantes da amostra.....	16
Figura 5 – Tempo de transplante cardíaco geral e por sexo dos participantes da amostra	17
Figura 6 – Sintomas somáticos e cognitivo-afetivos da depressão em pacientes pós-transplantados cardíacos comparados por sexo, faixa etária e tempo de transplante.....	20
Figura 7 – Valores da percepção da Qualidade de Vida em pacientes após transplante cardíaco.....	26

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – WHOQOL-Bref	47
Anexo B – Escalas Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	51
Anexo C – MINI International Neuropsychiatric Interview	55
Anexo D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FAMERP	80

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Questionário Sociodemográfico	81
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	83

Trevizan, F. B. (2016). Depressão, ansiedade, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento após transplante cardíaco (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP.

RESUMO

Diante da insuficiência cardíaca refratária, transplante de coração é o procedimento terapêutico indicado para aumentar a sobrevida do paciente. A melhora do funcionamento global e da qualidade de vida são fatores esperados no pós-cirúrgico. **Objetivos:** identificar e avaliar transtornos mentais e sintomas, tais como depressão e ansiedade, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento diante da situação pós-cirúrgica de transplante do coração. Assim como, correlacionar as variáveis e compará-las entre sexo, faixa etária e tempo de transplante. **Método:** estudo transversal, quantitativo, com pacientes submetidos ao transplante cardíaco no Hospital de Base de São José do Rio Preto. Os participantes responderam ao Questionário Sociodemográfico, ao Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), ao MINI *International Neuropsychiatric Interview*, à Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e ao WHOQOL-BREF, instrumento da Organização Mundial de Saúde para avaliar qualidade de vida. Para análise de dados adotou-se nível de significância $P \leq 0,05$. **Resultados:** participaram 33 pacientes, 67% ($n=22$) do sexo masculino, idade média de 52 anos ($\pm 11,75$), tempo médio de transplante: 10 anos ($\pm 3,39$) e 33% ($n=11$) do sexo feminino, idade média de 54 anos ($\pm 11,04$), com tempo médio de transplante em 10 anos ($\pm 3,28$). Os resultados do BDI-II indicaram que 91% ($n=30$) apresentaram nível mínimo, 6% ($n=2$) nível leve e 3% ($n=1$) nível moderado de sintomas de depressão. No BAI, 94% ($n=31$) demonstrou nível mínimo, 3% ($n=1$) nível leve e 3% ($n=1$) nível moderado de sintomas de ansiedade. WHOQOL-Bref revelou uma percepção da qualidade de vida considerada boa (60-80 pontos) em todos os domínios: psicológico (70.45),

relações sociais (69.7), ambiente (67.33) e físico (63.53). Os dados da EMEP registraram enfrentamentos focados em problemas ($M=3,56 \pm 0,68$), religiosidade ($M=3,55 \pm 0,48$), suporte social ($M=3,34 \pm 0,73$) e emoção ($M=1,76 \pm 0,36$). No MINI, foi registrado um único caso de episódio depressivo maior atual e recorrente. Diferenças significantes foram encontradas na percepção do domínio psicológico de homens como sendo maior do que em mulheres ($P=0.0071$). Homens estavam mais satisfeitos com o meio ambiente ($P=0.0387$); pacientes com idade ≥ 53 anos focando mais na religiosidade para o enfrentamento de problemas do que pacientes com idades inferiores ($P=0.039$), sendo esta, também, sua estratégia principal. **Conclusão:** embora a maioria dos participantes da amostra tenha apresentado sintomas de depressão e ansiedade, apenas um paciente foi identificado com sintomas moderados nos dois domínios. Modo de enfrentamento focado no problema foi a estratégia mais utilizada, seguida de foco na religiosidade, suporte social e emoção. Pacientes classificaram as percepções de qualidade de vida como 'boas', indicando sua satisfação com a saúde.

Palavras-chave: Adaptação psicológica; Ansiedade; Depressão; Qualidade de vida; Transplante de coração.

Trevizan, F. B. (2016). Depression, anxiety, quality of life and coping strategies after heart transplantation (Master's Degree). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP.

ABSTRACT

Heart transplantation is the therapeutic procedure indicated to increase the survival of patients with refractory heart failure. Improvement in overall functioning and quality of life are expected factors in the postoperative period. **Objectives:** To identify and evaluate mental disorders and symptoms, such as depression and anxiety, quality of life and coping strategies in the post-surgical situation of heart transplantation, as well as to correlate the variables and comparing them between sex, age group and time after transplantation. **Method:** A cross-sectional, quantitative study with patients who have undergone heart transplantation at Hospital de Base of São José do Rio Preto, SP. Participants answered to the Sociodemographic Questionnaire, the Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), the MINI International Neuropsychiatric Interview, the Ways of Coping Scale (EMEP) and WHOQOL-BREF, World Health Organization to assess quality of life. For data analysis, the significance level was considered $P \leq 0.05$. **Results:** A total of 33 patients participated in the study, 67% ($n=22$) males, mean age 52 years (± 11.75), mean time after transplantation 10 years (± 3.39). Female patients were 33% ($n=11$), mean age 54 years (± 11.04), mean time of transplantation 10 years (± 3.28). The BDI-II results indicated that 91% ($n=30$) presented a minimal level, 6% ($n=2$) mild level and 3% ($n=1$) moderate level of depression symptoms. In BAI, 94% ($n=31$) demonstrated minimal level, 3% ($n=1$) mild level and 3% ($n=1$) moderate level of anxiety symptoms. WHOQOL-BREF showed a perception of quality of life considered good (60-80 points) in all domains: psychological (70.45), social relationship (69.7), environment (67.33) and physical (63.53). The EMEP data have

registered a problem-focused coping strategy ($M=3.56 \pm 0.68$), religiosity ($M=3.55 \pm 0.48$), social support ($M=3.34 \pm 0.73$) and emotion $M=1.76 \pm 0.36$). According to MINI, a single case of major depressive episode, current and recurrent was recorded. Significant differences were found in the perception of the psychological domain of men as being higher than in women ($P=0.0071$). Men were more satisfied with the environment ($P=0.0387$); patients aged ≥ 53 years focusing more on religiosity for coping with problems than lower-aged patients ($P=0.039$), which was also their main strategy. **Conclusion:** Although most participants in the sample had symptoms of depression and anxiety, only one patient was identified with moderate symptoms in both domains. The most used strategy was coping problem-focused, followed by focusing on religiosity, social support and emotion. Patients have classified the perceptions of quality of life as 'good', pointing out satisfaction with their health.

Keywords: Psychological Adaptation; Anxiety; Depression; Quality of life; Heart transplantation.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o coração tem uma importância funcional indispensável para as pessoas, sendo este, essencial para a manutenção da vida. Concomitante à ação fisiológica do órgão, ele é também dotado de conotações afetivas, tendo implicações que ultrapassam a sua importância anatômica. Dessa forma, questões relacionadas ao coração interferem diretamente no comportamento psicoemocional (Favarato, 2008; Oliveira, 2008; Pfeifer, Ruschel, & Bordignon, 2013; Zaher, 2008). Quando o coração é associado à patologia, Almeida (2008) aponta o envolvimento de uma complexa interação dos aspectos que podem ter papel preponderante na progressão ou na velocidade da recuperação. “Assim, está comprovado que o comportamento, os processos psicológicos, ambientais, genéticos e a saúde estão intimamente relacionados” (Almeida, 2008, p.41).

Relatório emitido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016) mostra, em termos numéricos, que somente no ano de 2012, morreram 17,5 milhões de pessoas em função de doenças cardiovasculares, sendo 80% dos óbitos registrados em países de renda média e baixa. O relatório atribui o aumento dos índices ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de riscos associados à globalização e à urbanização. A WHO (2016) estima que em 2030 o total de mortes por doenças cardiovasculares estará próximo a 22,2 milhões. Nos relatórios divulgados em 2011 pelo Ministério da Saúde e modificados em 2014, o óbito decorrente de doenças cardiovasculares atinge a marca de 29,4% de todas as mortes registradas no Brasil. Essa porcentagem representa um total de 308 mil pessoas que faleceram em um ano, portadores de doenças crônicas do coração, vítimas de infarto e acidente vascular cerebral (AVC). Das vítimas, 60% são do sexo masculino com idade média de 56 anos.

O caráter crônico das doenças cardíacas, como as insuficiências, constituem-se como processos ameaçadores e incertos, “que se relacionam ao sofrimento psíquico, à integridade psicossocial, à desvantagem social, às incapacidades fisiológicas, à incerteza do sucesso do tratamento, à possibilidade da rejeição chegando à morte” (Lemos, 2003, p. 38).

Segundo Yusuf et al. (2004), muitos são os fatores de risco para as cardiopatias crônicas. Entre eles, os autores destacam os fatores psicossociais, a obesidade, a diabetes e a hipertensão. Quantidade significativa de estudos tem encontrado uma relação entre transtornos de humor, ansiedade e cardiopatias. A presença de quadros depressivos em pacientes cardiopatas dobra o risco de óbito associado às doenças cardiovasculares. Assim, a reabilitação de um paciente com cardiopatia deve abordar não só funções físicas e fisiológicas, mas também o funcionamento cognitivo e psicológico, principalmente se, no pós-cirúrgico, o paciente receber um novo coração, como no caso do Transplante Cardíaco (Almeida, 2008; Dew et al., 2015; Foster et al., 2011; Goodwin, Davidson, & Keyes, 2009; Rejai et al., 2012; Ormel et al., 2007).

Em casos específicos, somente o tratamento terapêutico não é suficiente, como destacam Bacal et al. (2009). Nas cardiopatias mais graves, como a insuficiência cardíaca (IC) refratária, o transplante cardíaco é reconhecido como a melhor estratégia terapêutica. É, portanto, indicado para aqueles pacientes com pior prognóstico e sem alternativas de tratamentos clínicos. No entanto, é necessária uma seleção criteriosa para a escolha do doador e do receptor a fim de atingir um aumento significativo na sobrevida do paciente, bem como na sua capacidade de realizar exercícios físicos, o retorno ao trabalho, às atividades e à qualidade de vida (Bacal et al., 2009; Registro Brasileiro de Transplante de Órgãos, 2016; Vasconcelos, Pessoa, Menezes, Florêncio, & Frota, 2015).

A colocação de Bacal et al. (2009) vai ao encontro da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO (2009), a qual postula que dentre as alternativas terapêuticas

encontradas para muitas doenças graves, o transplante tem se mostrado uma técnica segura e eficaz de tratamento, determinando melhorias não só na qualidade, mas, na perspectiva de vida. Isto se deve ao aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas, desenvolvimento de imunossuppressores e compreensão imunológica da compatibilidade e rejeição.

Por conta dos altos índices de doenças cardíacas, relatório publicado pelo Registro Brasileiro de Transplante de Órgãos e Tecidos - RBT (2016) sinaliza um aumento no número de transplantes cardíacos entre os anos de 2011 e 2015, tendo passado de 160 para 353, com previsão de atingir a marca de 400 procedimentos no ano. Entre janeiro e março de 2016, o número de transplantes cardíacos realizados no Brasil chegou a 75, sendo 28 dos procedimentos identificados no estado de São Paulo.

A sobrevida do paciente após o transplante também tem um aumento significativo. Estudo que acompanhou 776 pacientes em situação de transplante cardíaco durante 25 anos revelou que a expectativa de sobrevida é de 78% nos primeiros cinco anos de transplante, 64% em 10 anos e 47% em 15 anos. A sobrevida média foi de 10 anos e a mediana de 14 anos. Após alta, 60% retornaram ao trabalho em tempo parcial ou integral. Durante o acompanhamento, 80% dos pacientes desenvolveram hipertensão e 12% diabetes. Os dados revelam ainda que 15% necessitaram de pelo menos uma internação por insuficiência cardíaca. Durante o período de acompanhamento foram relatadas 257 mortes (33%) e, entre as principais causas, 32,3% foram neoplasias e 30% causas cardíacas (Bruschi et al., 2013).

Avaliação e acompanhamento de equipes interdisciplinares são fundamentais para pacientes candidatos e submetidos a um transplante cardíaco. Do ponto de vista psicossocial, o estresse, as emoções negativas, os recursos de enfrentamento, os hábitos de vida e outros fatores podem ter um impacto significativo sobre a recuperação e reabilitação desses pacientes. A presença de transtornos mentais nesses pacientes “repercutem de forma negativa

e direta sobre adesão, sobre as modificações necessárias de estilo de vida e a disciplina imposta pelo protocolo de tratamento” (Almeida, 2008; Bacal et al., 2009, p. e26).

Após o transplante cardíaco, preocupações resultantes da condição de ser um pós-transplantado cardíaco requerem adaptações nos modos de vida. Estas incluem, por exemplo, cuidados com a possibilidade de infecções, alimentação balanceada e adequada, manutenção do peso, administração rigorosa e continuada da medicação imunossupressora, adesão as orientações da equipe para manutenção do bem-estar e redução de complicações, especialmente nos meses iniciais. Essas modificações trazem um fenômeno nomeado por Vasconcelos et al. (2015) de esvaziamento das escolhas pessoais, determinadas por orientações e regras padronizadas e impessoais. O distanciamento entre o sujeito e sua autonomia, após a cirurgia, pode desencadear sintomas de depressão, ansiedade e a falta de suporte social que, quando associados, geram comorbidades e interferem diretamente no prognóstico da doença.

Rejai et al. (2012) apontam que pacientes depressivos mostram índices maiores de não-adesão aos medicamentos e, além de serem menos propensos a modificarem seus hábitos físicos, têm dificuldades de seguirem estilos de vida e dietas recomendadas, fazendo com que aumente o risco de mortalidade.

Zannon (1999) em Mendonça e Ferreira (2005) explica que a capacidade de adesão ao tratamento vai além do seguimento rigoroso das regras impostas pelos clínicos, ou seja, postula que se a adesão é um conceito equivalente ao seguimento de instruções, esta implicaria também na informação sobre a ação do tratamento com os resultados esperados. Autores afirmam ainda que, dependendo do caráter crônico da doença, as medidas a serem tomadas pelos pacientes se tornam muito restritivas, e algumas delas não visam à cura, mas sim o controle da doença. Essas ações implicam diretamente em mudanças significativas na rotina do paciente, afetando desde domínios físicos, até hábitos alimentares, uso de

medicação, monitoramento constante, internações, reorganização da renda familiar, controle ambiental, disponibilidade de pessoas e outras mudanças comportamentais (Mendonça & Ferreira, 2005).

Abordar os aspectos psicológicos desses pacientes se torna necessário durante todo o processo, principalmente na alta do paciente e no seu seguimento longitudinal (Favarato, 2008). O sucesso do transplante cardíaco não é apenas o prolongamento da vida, mas também otimizar o funcionamento psicossocial do paciente (Farmer et al., 2013; Grady et al., 2013; Mauthner et al., 2012; Pfeifer et al., 2013; Rosenberger, Fox, DiMartini & Dew, 2012).

Evidencia-se então a importância da equipe interdisciplinar, inclusive psicólogos, nos processos de readaptações e ressignificações à nova vida. Da mesma forma que emergem essas situações, emerge a necessidade de suporte social, profissional e espiritual, fundamentais para o autocuidado e para melhor percepção da qualidade de vida (Aguiar et al., 2011; Feitoza, Rebouças, Silva, & Ribeiro, 2016; Vasconcelos et al., 2015; Tavares, 2004).

Relacionada à Saúde, "Qualidade de Vida refere-se à percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (Vahedi, 2010, p. 140). Qualidade de vida está relacionada também com autoestima e o bem-estar pessoal, incluindo aspectos da capacidade funcional, do nível socioeconômico, do estado emocional, da interação social, da atividade intelectual, do autocuidado, do suporte familiar, do próprio estado de saúde, dos valores culturais, éticos e a religiosidade, do estilo de vida, da satisfação com o emprego, das atividades diárias e do ambiente em que se vive (Aguiar et al., 2011).

Diante das questões mostradas é que Vasconcelos et al. (2015) mostram como os ambulatórios de transplantes cardíacos tem papel fundamental na manutenção do bem-estar do transplantado, podendo interferir nos anos de sobrevida com a melhora da percepção da

qualidade de vida, volta às atividades básicas e instrumentais da vida diária, assim como retorno às atividades laborais.

Apesar do aumento da sobrevida, representado pelo sucesso do procedimento cirúrgico, da possibilidade de melhora na qualidade de vida e do funcionamento global, Lemos (2003) revela como é importante compreender, buscar e saber lidar com a experiência de se viver com um novo coração, principalmente pela constante sensação de incerteza sobre os processos de rejeições e do medo de uma recorrência da doença ou do surgimento de outras suscetíveis como neoplasias e insuficiência renal. Para manutenção dessas variáveis, este estudo propõe uma observação mais cuidadosa sobre aspectos psicológicos, tais como a depressão, ansiedade, qualidade de vida e modos de enfrentamento de problemas.

Considerando a importância dos aspectos psicoemocionais relacionados às cardiopatias e à manutenção dos recursos adaptativos após as cirurgias cardíacas é que foram elaborados os objetivos deste estudo.

OBJETIVOS

- Identificar, em pacientes que realizaram transplante cardíaco, presença de transtornos mentais e sintomas de depressão e ansiedade;
- Avaliar a percepção da qualidade de vida e estratégias de enfrentamento frente à situação pós-cirúrgica de transplante do coração;
- Correlacionar as variáveis e comparar entre sexo, faixa etária e tempo de transplante.

MÉTODO

Delineamento da pesquisa

Foi realizado um estudo transversal, descritivo populacional, com análise quantitativa.

Local

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Base de São José do Rio Preto (FUNFARME) e Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), em específico no Serviço de Transplante Cardíaco.

Participantes

Participaram 33 pacientes submetidos a um transplante cardíaco, em acompanhamento pelo Serviço de Transplante Cardíaco do Hospital de Base de São José do Rio Preto, com idade a partir de 17 anos, sem distinção de classe ou gênero. O tamanho reduzido da amostra se justifica pela frequência relativamente baixa de transplantes cardíacos na unidade e por óbitos.

Critérios de inclusão

Pacientes que realizaram transplante cardíaco no próprio Hospital de Base de São José do Rio Preto, estado de São Paulo.

Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os pacientes menores de 17 anos e aqueles com limitações que os tornavam impossibilitados de responder aos instrumentos.

Seleção da amostra

Todos os pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão e que não apresentaram fatores impeditivos discriminados nos critérios de exclusão (Figura 1).

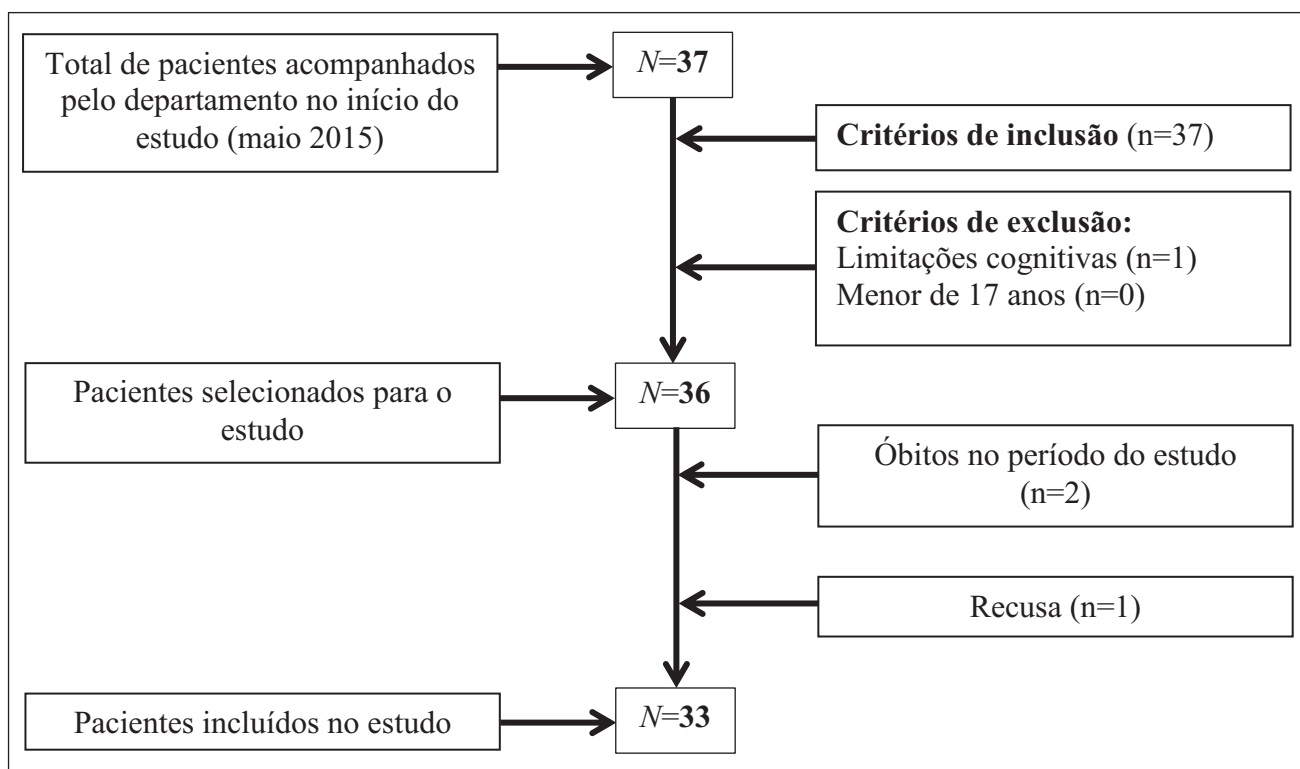


FIGURA 1

Representação sistemática do método de rastreio e seleção da amostra.

Materiais e Instrumentos de coleta de dados:

Foram incluídos no protocolo de pesquisa instrumentos aprovados para uso pelo SatePsi (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos) e regulamentados pelo Conselho Federal de Psicologia; validados na versão brasileira; de aplicação e correção simples e rápida; com preços reduzidos; utilizados na literatura em pesquisas semelhantes; e de fácil compreensão.

Segundo a literatura e seus manuais de orientações, somados, o tempo médio de aplicação de todos os instrumentos foi de 1 hora e 30 minutos (Amorim, 2000; Braga, Casella, Campos, & Paiva, 2011; Cunha, 2001; Gorenstein, Pang, Argimon, & Werlang, 2011; Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001). Realizou-se um protocolo piloto a fim de averiguar o tempo de aplicação dos instrumentos e definir a ordem de administração dos questionários (Figura 2). Dentro desses critérios, foram selecionados para compor o protocolo:

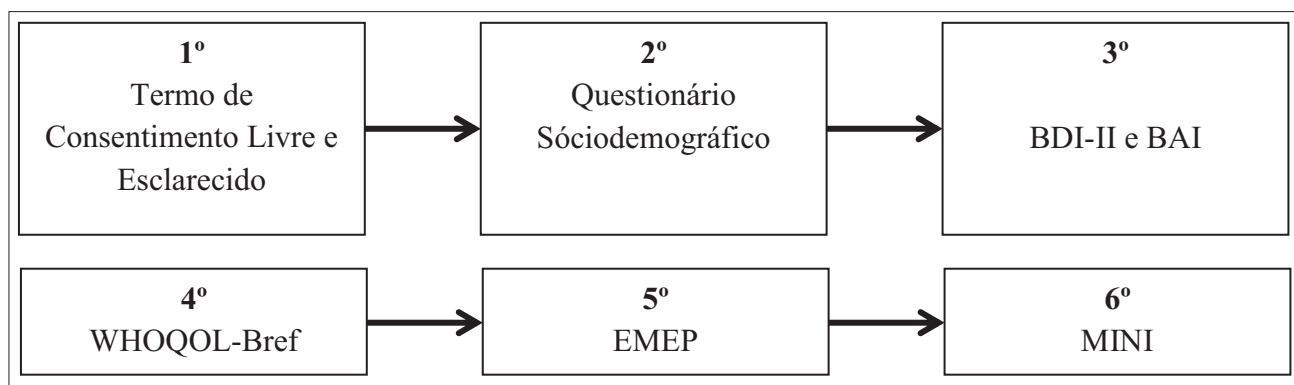


FIGURA 2

Protocolo sequencial de aplicação.

- **Questionário Sociodemográfico** (Apêndice A), criado pelo próprio pesquisador para levantar dados sociodemográficos. O instrumento tem nove questões que investigam sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, número de pessoas na mesma residência ou de convívio mais próximo, situação empregatícia, tempo de transplante e cardiopatia;

- **Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II – Beck Depression Inventory)**, versão brasileira de instrumento de autoaplicação composto por 21 grupos de informações, cujo objetivo é medir a intensidade dos sintomas da depressão em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade. Cada item possui quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de 0 a 3 (Gorenstein et al., 2011).

- **Inventário de Ansiedade de Beck (BAI – Beck Anxiety Inventory)**, é uma escala de auto-relato, que mede, segundo Cunha (2001), a presença e a intensidade de sintomas de ansiedade. Criado inicialmente para ser usado em pacientes psiquiátricos, mostrou-se adequado para a população geral. O inventário é constituído de 21 itens em forma de afirmações descritivas de sintoma de ansiedade sentidos pela pessoa, devendo ser avaliadas pelo próprio indivíduo, numa escala de 4 pontos, sendo eles uma escala de níveis crescentes de gravidade: (1) “Absolutamente não”; (2) “Levemente: não me incomodou muito”; (3)

“Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar”; (4) “Gravemente: dificilmente pude suportar”.

- **WHOQOL-BREF** (*World Health Organization Quality Of Life – Abreviado*) (Anexo A) é um instrumento que contém 26 questões distribuídas em quatro domínios: relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5. O instrumento é a versão abreviada do WHOQOL-100, que consiste em 100 perguntas. As respostas a cada item do questionário variavam de 1 a 5, sendo quanto mais próxima de 5, melhor a qualidade de vida. A soma dos escores finais médios de cada domínio dependente, podia variar entre 4 e 20. O questionário WHOQOL-bref está disponível e liberado para uso em pesquisas no site: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html> (Braga et al., 2011; WHOQOL Group, 1993).

- **Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)** (Anexo B) um instrumento derivado da Escala de Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro e Becker (1985), em sua versão adaptada para a língua portuguesa por Gimenes e Queiroz (1987), sendo submetido, posteriormente, a análise fatorial por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). O questionário é composto de 45 itens distribuídos em 4 fatores: (1) Enfrentamento Focalizado no Problema (18 itens), consistindo nas estratégias comportamentais que representam uma aproximação em relação ao estressor, direcionadas ao seu manejo ou solução, bem como estratégias cognitivas voltadas para reavaliação e resignificação de problemas; (2) Enfrentamento Focalizado na Emoção (15 itens), abordando as estratégias cognitivas e comportamentais de esquiva e/ou negação, expressão de emoções negativas, pensamento fantasioso, autculpa e/ou culpabilização de outros, com função paliativas ou de afastamento do problema; (3) Busca de Suporte Social (5 itens), questionando a busca de apoio social emocional ou instrumental para ajudar a lidar com os problemas; (4) Busca de Práticas Religiosas,

identificando os pensamentos e comportamentos religiosos como modos de enfrentamento e manejo do estressor. As respostas são dadas na escala de Likert de 5 pontos (1= nunca faço isso. a 5= faço isso sempre.). Os escores são obtidos pela média aritmética e quanto mais altos, maior a frequência de utilização da estratégia de enfrentamento (Seidl et al., 2001).

- **MINI *International Neuropsychiatric Interview*** (Anexo C) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15 a 30 minutos) compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10 para transtornos mentais. A cotação de suas questões é dicotômica (SIM/NÃO) “A versão Plus do MINI, mais detalhada, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV” (Amorim, 2000). O instrumento, de acordo com a autora (2000), é destinado à utilização dos cuidados primários e nos ensaios clínicos, explorando 17 transtornos do Eixo I de acordo com os critérios do DSM-IV (Amorim, 2000);

- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** (Apêndice B) – O TCLE seguiu o padrão proposto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e foi feito de acordo com a Resolução nº 466/12.

Procedimentos de aplicação

Como procedimento de coleta de dados, os participantes foram convidados a preencherem os questionários nos dias de seus retornos às consultas, que costumavam acontecer a cada seis meses para a maioria dos transplantados, ou enquanto realizavam algum outro procedimento na unidade de saúde. A coleta de dados ocorreu em uma única sessão para cada paciente, de forma individual, na sala de espera, no leito ou em qualquer outro local que mantivesse as condições de sigilo da coleta.

Os participantes foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar da mesma. Para os que aceitaram participar, foi solicitada a leitura e assinatura do TCLE. Em seguida, os instrumentos eram entregues na ordem do protocolo. Em algumas aplicações os

pacientes responderam sozinhos, no entanto, alguns pacientes eram analfabetos e precisaram do auxílio de um profissional no preenchimento.

Em função da utilização de instrumentos de uso privativo da categoria, apenas dois psicólogos participaram do estudo. As coletas tiveram início em maio de 2015 e finalizaram em abril de 2016 (Figura 3).

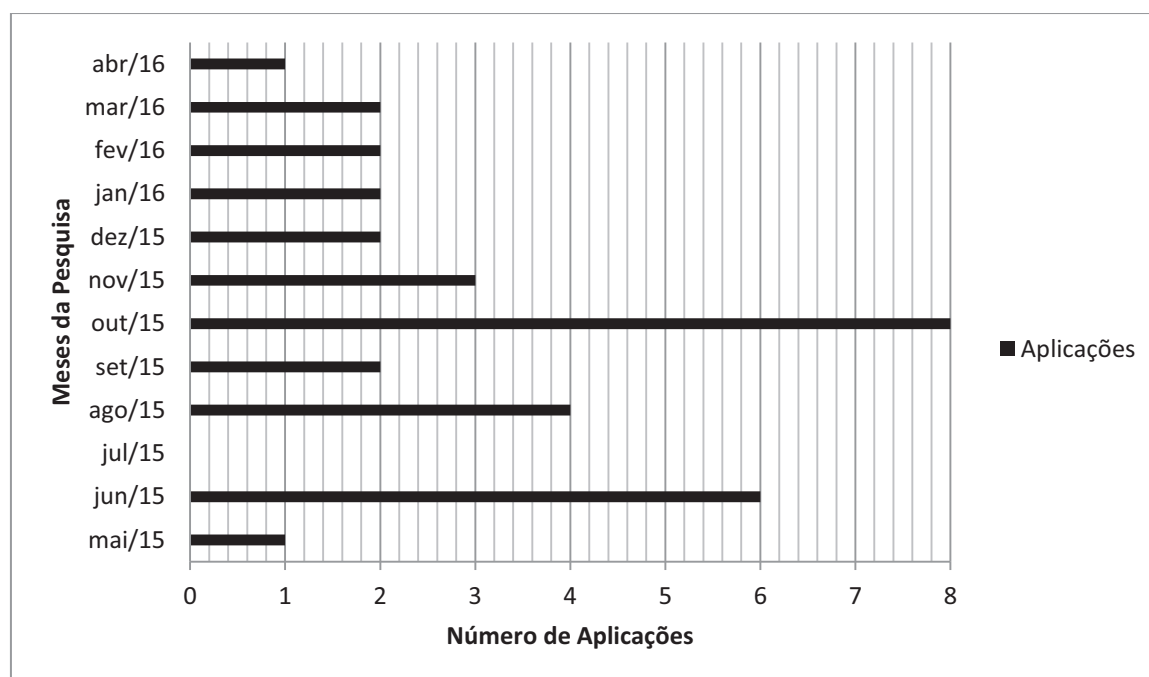


FIGURA 3

Distribuição de coletas de dados no período de desenvolvimento da pesquisa.

Análise de dados

Dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Foram realizados os testes de normalidade *Lilliefors*, Coeficiente de Correlação de *Spearman* (r) e comparações amostrais de dados não-paramétricos com *Mann-Whitney* e de dados paramétricos com Teste *T*, assumindo-se nível de significância $P \leq 0,05$.

Aspectos Éticos

Projeto (CAAE: 43844315.1.0000.5415) aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da FAMERP (Anexo – D) (Parecer de nº 1.059.672, no dia 12 de maio de 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Características Sociodemográficas

A amostra do estudo foi composta por 33 pacientes pós-transplantados cardíacos cujas características são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição das características sociodemográficas da amostra (N=33)

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	52,67	11,38
Masculino	52,05	11,75
Feminino	53,91	11,04
Tempo de Transplante (anos)	9,76	3,32
Masculino	9,54	3,39
Feminino	10,18	3,28
	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	22	67
Feminino	11	33
Escolaridade		
Nenhuma	2	6
1ª a 4ª série	16	48
5ª a 8ª série	5	15
Ensino Médio	6	18
Ensino Superior	4	12
Estado Civil		
Solteiro	7	21
Casado	23	70
Separado	3	9
Com quem vive		
Sozinho	3	9
Esposo(a) e(ou) filhos	25	76
Pais e(ou) outros parentes	5	15
Com quantas pessoas mora		
0 a 2 pessoas	9	27
3 a 4 pessoas	20	61
5 ou mais pessoas	4	12
Situação Empregatória		
Trabalho e me sustento	1	3
Trabalho e contribuo com a família	3	9
Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família	1	3
Aposentado	28	85

Observou-se distribuição predominante de indivíduos do sexo masculino (67%), ensino fundamental incompleto (48%, $n=16$), casado (70%, $n=23$), aposentados (85%, $n=28$), vivendo com esposo(a) e/ou filhos (76%, $n=25$) e residindo com três ou quatro pessoas (61%, $n=20$).

Índices semelhantes quanto às características da amostra foram observado em estudo desenvolvido em um hospital de Belo Horizonte, que investigou o perfil demográfico e epidemiológico de pacientes submetidos a um transplante cardíaco. Os resultados encontrados mostraram predomínio de pacientes do sexo masculino, em união estável, com ensino fundamental incompleto e aposentados. A faixa etária média de 53 anos também pode ser observada em outros estudos sobre o tema (Aguiar et al. 2011; Cunha, Miyazaki, Villafanha, Santos-Junior, & Domingos, 2014; Delgado et al., 2015; Farmer et al., 2013; Grady et al., 2013; Matos et al., 2011; Pfeifer et al., 2013; Torba, Czyzewski, Jasinska, & Religa, 2014; White-Williams et al., 2013).

O perfil predominantemente masculino dos pacientes se justifica em razão da idade avançada e pelo fato do sexo masculino estar associado ao número e à intensidade de fatores de risco para cardiopatias. Estudos que analisaram a prevalência de fatores de risco por sexo observaram que tabagismo, pressão arterial não controlada, colesterol total elevado, HDL-colesterol diminuído e triglicérides elevados são significativamente mais prevalentes em homens do que em mulheres (Bloch, Rodrigues, & Fiszman, 2006; Marcopito et al., 2005; Matos et al., 2011; WHO, 2016).

Dados referentes ao estado civil dos participantes também se assemelham aos achados de Matos et al. (2011) e Lemos (2003), os quais revelaram índices de 77% e 67%, respectivamente, de pacientes casados, o que pode significar, segundo Matos et al. (2011) a busca constante e a possível satisfação com o suporte social.

Apesar da idade da amostra ter variado entre 30 e 71 anos, a faixa etária da maioria dos participantes do estudo se concentrou entre os 30 aos 60 anos, conforme a Figura 4. Na comparação por sexo, mulheres apresentaram idades mais elevadas. Dentre os participantes do sexo masculino, a faixa etária variou entre 30 e 71 anos, com concentração entre 44 e 59 anos. Entre as mulheres, a idade variou entre 34 e 71 anos, com concentração na faixa de 45 a 62 anos.

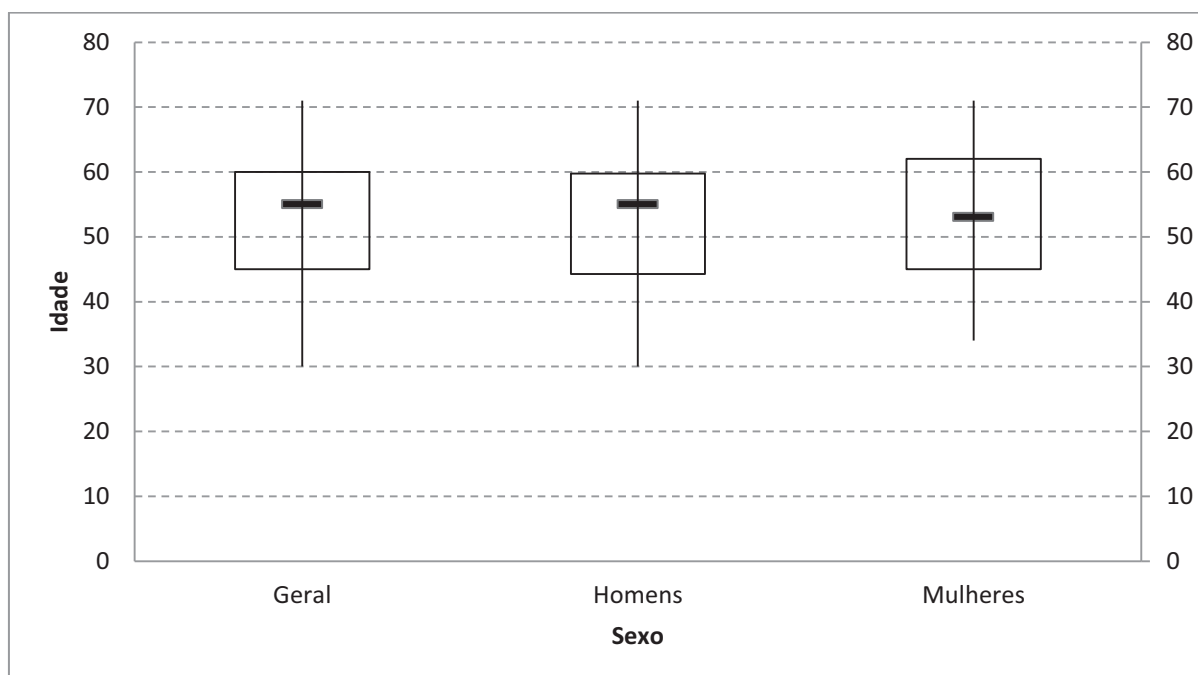


FIGURA 4

Faixa etária geral e por sexo dos participantes da amostra.

Análise do tempo de transplante indica um tempo mínimo de 4 anos e um tempo máximo de 14 anos, tanto para homens quanto para mulheres. Diferenças puderam ser notadas apenas na concentração, onde a maior prevalência nos homens ficou localizada na faixa de 6 a 13 anos (MD=10 anos) e na mulheres, a prevalência ocupou a faixa que varia entre 8 e 13 (MD=11 anos) (Figura 5).

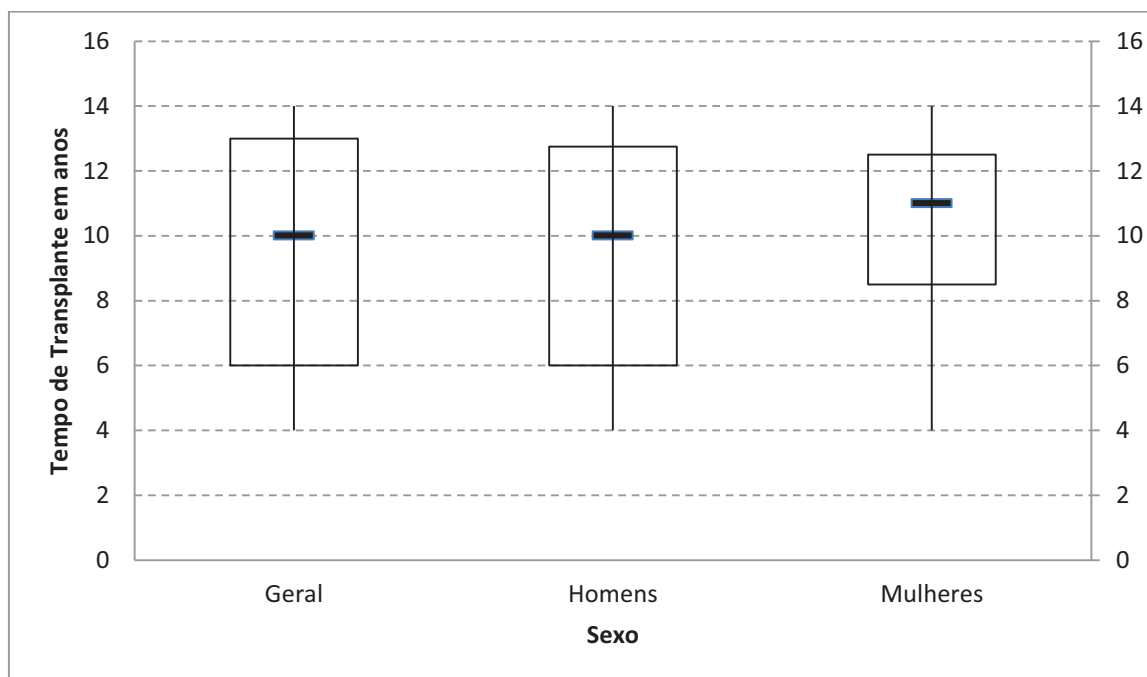


FIGURA 5

Tempo de transplante cardíaco geral e por sexo dos participantes da amostra.

Variáveis Psicossociais

Entre as variáveis psicossociais, foram avaliados sintomas de depressão e de ansiedade, percepção da qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de problemas (*coping*).

A Tabela 2 apresenta a classificação dos sintomas depressivos e as comparações por sexo, faixa etária e tempo desde o transplante. Foram registrados sintomas de nível mínimo, leve e moderado na amostra geral. Homens demonstraram ocorrência de sintomas de nível mínimo e leve, sem ocorrência de nível moderado e grave, enquanto as mulheres apresentaram sintomas mínimos, leves e moderados, sem ocorrências de nível grave. Na comparação por sexo, mulheres relataram mais sintomas de depressão do que os homens, no entanto, mesmo não sendo significativa ($P=0.3101$), os achados foram semelhantes aos dados de Cunha et al. (2014), onde apesar das mulheres terem apresentado mais sintomas em relação aos homens, também não foi constatada diferença significativa entre os gêneros.

Tabela 2

Classificação dos sintomas depressivos (BDI-II) e comparação dos sintomas por sexo, faixa etária e tempo de transplante cardíaco

BDI-II	<i>Mínimo</i> (0-13)		<i>Leve</i> (14-19)		<i>Moderado</i> (20-28)		<i>Grave</i> (29-63)		^a <i>P-valor</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Amostra (N=33)	30	91	2	6	1	3	-	-	0.3101
Sexo									
Homens (n=22)	21	95	1	5	-	-	-	-	0.2937
Mulheres (n=11)	9	82	1	9	1	9	-	-	
Faixa etária									0.4494
≤ 52 anos (n=13)	12	92	1	8	-	-	-	-	
≥ 53 anos (n=20)	18	90	1	5	1	5	-	-	
Tempo de Tx									0.4494
≤ 10 anos (n=17)	14	82	2	12	1	6	-	-	
≥ 11 anos (n=16)	16	100	-	-	-	-	-	-	

Nota. Tx = transplante; BDI-II = Beck Depression Inventory-II;

Assume-se nível de significância para $P \leq 0.05$;

Teste *Mann-Whitney*.

Pacientes com 53 anos ou mais mostraram ocorrências de sintomas de depressão de nível mínimo, leve e moderado, enquanto pacientes com 52 anos ou menos apresentaram apenas sintomas de nível mínimo e leve. Na comparação por faixa etária, o grupo com 53 anos ou mais demonstrou maiores níveis de sintomas de depressão, porém, essa comparação não foi significativa ($P=0.2937$).

Analisando os pacientes pelo tempo desde o transplante, aqueles que tinham 10 anos ou menos da data da cirurgia apresentaram ocorrências de sintomas de nível mínimo, leve e moderado, enquanto os pacientes com 11 anos ou mais desde o transplante apresentaram somente nível mínimo de sintomas de depressão. Os participantes com até 10 anos de transplante apresentaram mais níveis de sintomas de depressão do que pacientes com mais de 11 anos, entretanto, essa comparação também não foi significativa ($P=0.4494$). Dados do MINI revelaram que 3,03% ($n=1$) apresentaram critérios diagnósticos para depressão. O instrumento não identificou a presença de outros transtornos mentais.

Estudos que acompanharam e avaliaram a depressão e a ansiedade em pacientes na fila de espera e até 12 meses após o transplante, revelaram uma diminuição nos níveis desses sintomas. Durante a permanência na fila de espera, 32,1% dos pacientes apresentavam transtornos psicológicos. Após a cirurgia, os índices tiveram uma diminuição de 21,3% (Sánchez et al., 2016).

É importante ressaltar que muitos dos sintomas físicos, característicos do quadro clínico médico do paciente após o transplante, coincidem-se com os sintomas somáticos da depressão. A reabilitação cardiovascular após transplante, de acordo com Almeida et al. (1999), é influenciada por aspectos fisiológicos típicos pós-transplante. Os autores, em seus estudos sobre as complicações após transplante cardíaco, apontam alguns sintomas físicos que decorrem do quadro clínico: a denervação cardíaca, menor resposta da frequência cardíaca ao exercício, aumento da frequência cardíaca em repouso e do tônus simpático, uso de drogas imunodepressoras com efeitos musculares, possibilidade de caquexia cardíaca e descondicionamento físico podendo ser de longa duração, hipertensão arterial, cansaço subjetivo e outros.

Estudos têm relatado ocorrência de sintomas de depressão associados a cardiopatias. Foram levantadas questões, no entanto, sobre a validade da avaliação de sintomas de depressão com questionários de autorrelato no contexto de doenças médicas aguda ou crônicas (Kroemeke, 2016; Pourafkari, Ghaffari, Shahamfar, Tokhmechian, & Nader, 2016; Thombs et al., 2010; Tully et al., 2015; Tylee et al., 2016).

Autores descreveram alterações somáticas e comportamentais da depressão, dividindo, então, o BDI-II em dois fatores para a depressão autorrelatada, sendo chamados de Cognitivo-afetivo e Somato-afetivo. O segundo fator, também conhecido como ‘somático’, compõe-se dos seguintes itens: falta de energia, alterações no padrão do sono e no apetite, irritabilidade, dificuldade de concentração e cansaço ou fadiga (Beck, Steer, & Brown, 2011;

Carlantônio, Santiago, Ribeiro, & Arcoverde, 2015; Dessotte et al., 2015; Delisle, Beck, Dobson, Dozois, & Thombs, 2012b; Thombs et al., 2010; Wang & Gorenstein, 2013) .

Sintomas que normalmente ocorrem após uma cirurgia cardíaca incluem fadiga ou perda de energia, alterações no sono, mudanças no apetite, e “podem ser mal interpretados por profissionais da saúde, pesquisadores ou pacientes com transtorno de humor” (Thombs et al., 2010, p. 61), justamente por se assemelharem aos sintomas somáticos da depressão.

A Figura 6 mostra a porcentagem das ocorrências dos sintomas somáticos e cognitivo-afetivos da depressão após o transplante cardíaco, bem como a comparação por sexo, faixa etária e tempo desde o transplante.

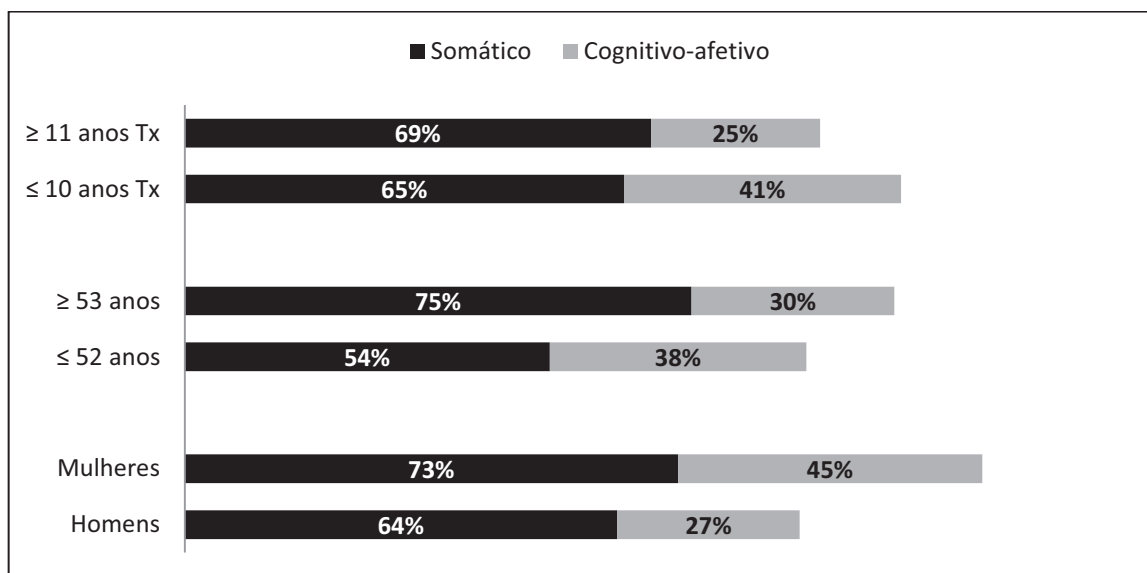


FIGURA 6

Sintomas somáticos e cognitivo-afetivos da depressão em pacientes transplantados cardíacos comparados por sexo, faixa etária e tempo de transplante.

Fica evidente que os sintomas somáticos da depressão superaram os sintomas cognitivo-afetivos em todas as categorias. Os achados deste estudo se assemelham aos de outras pesquisas, com apontam Thombs et al. (2010). O mesmo instrumento utilizado neste estudo para mensurar sintomas de depressão (BDI-II), quando utilizado em pacientes com

cardiopatas, revelou que 50 a 75% dos pacientes relatam a ocorrência de sintomas somáticos, que podem ser responsáveis por até 10 pontos no escore total de sintomas de depressão. Esse fator deve ser motivo de atenção para o profissional que irá avaliar pacientes nessas situações, pois, existe uma grande dificuldade prática em determinar se sintomas somáticos específicos como a fadiga e a mudança de apetite são resultados da depressão ou da condição médica do paciente (Delisle et al., 2012a; Thombs et al., 2010).

Na avaliação dos resultados, em se tratando de pacientes com morbidades cardíacas, os índices de sintomas depressivos podem ser confundidos pela presença de uma condição médica aguda ou crônica.

Dados indicados na Tabela 3 revelam a classificação dos sintomas de ansiedade nos participantes do estudo. Os sintomas se concentraram no nível mínimo. Níveis leves e moderados também estão presentes nos dados. Além dos sintomas mínimos, homens revelaram sintomas de nível leve e mulheres revelaram sintomas de nível moderado de ansiedade. Não foram registradas ocorrências de nível grave na amostra.

Tabela 3
Classificação dos sintomas de ansiedade (BAI) após transplante cardíaco

BAI	<i>Geral</i>		<i>Homens</i>		<i>Mulheres</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Mínimo (0-10)	31	94	21	95	10	91
Leve (11-19)	1	3	1	5	-	-
Moderado (20-30)	1	3	-	-	1	9
Grave (31-63)	-	-	-	-	-	-
Total	33	100	22	100	11	100

Nota. BAI = Beck Anxiety Inventory

Índices relativos à ansiedade encontrados no estudo podem ser comparados com a literatura, indicando também que pacientes pós-transplantados cardíacos apresentaram baixos níveis de ansiedade e depressão. Esses achados revelaram que os escores de ansiedade e depressão se estabelecem, na maior parte dos sujeitos em condição de pós-transplante, nos

níveis mínimo/normal e leve. Os autores apontam ainda que esses pacientes dedicam maior foco no planejamento futuro, principalmente no que diz respeito às necessidades de apoio e suporte social, sendo este foco a causa para reduzidos sintomas de ansiedade, depressão e bons níveis de qualidade de vida, aproximando-se dos níveis de saúde mental da população geral (Heilmann et al., 2016).

A Tabela 4 apresenta a correlação entre os sintomas de depressão e de ansiedade com as características sociodemográficas, no entanto, não foram encontradas correlações significantes das características com os sintomas de depressão.

Tabela 4

Correlação entre os sintomas de depressão e de ansiedade com características sociodemográficas após transplante cardíaco

Correlação ^a P-valor	Sintomas Depressivos	Sintomas de Ansiedade
Sexo	0.3083	0.567
Idade	0.1589	0.3376
Escolaridade	0.7136	0.9012
Estado Civil	0.2676	0.1719
Com quem mora	0.1294	0.0418*
Qtd. de pessoas que moram	0.3498	0.4635
Situação empregatícia	0.7315	0.2513
Tempo de Tx	0.6164	0.5873
Sintomas de depressão	-	0.0254*

Nota. Tx = Transplante; Qtd = Quantidade.

^a Teste de *Spearman*

* $P \leq 0.05$.

Já na observação dos sintomas de ansiedade, foram observadas duas correlações significantes. A primeira é a correlação da ansiedade com as pessoas que moram juntos com os pacientes ($P=0.0418$), ou seja, participantes que moram com os pais ou outros parentes não apresentaram sintomas de ansiedade ($n=5$, $M=0$, ± 0); pacientes que moram sozinhos revelaram escores baixos dos sintomas de ansiedade ($n=3$, $M=1,33 \pm 0,58$), enquanto pacientes que moram com maridos/esposas e/ou filhos revelaram maiores escores de sintomas de ansiedade ($n=25$, $M=3,12 \pm 5,44$). Também foi observada correlação significativa positiva entre os sintomas de ansiedade e os sintomas de depressão ($P=0.0254$). Dados

revelaram que quanto maior os sintomas de ansiedade nos participantes, maiores eram os escores dos sintomas de depressão. Essa correlação também foi encontrada por Nunes, Rios, Magalhães e Costa (2013), onde a presença de sintomas de ansiedade associou-se à presença de sintomas de depressão e vice-versa.

Não houve correlações significantes de aspectos mentais como a depressão e a ansiedade com sexo, idade e tempo de pós-operatório, assemelhando-se aos achados de Heilmann et al. (2016) que, além de não ter encontrado correlações significantes nestas variáveis, pontuaram que tanto a saúde mental quanto problemas emocionais devem ser considerados em todos os pacientes independentemente do sexo, idade ou o tempo de transplante.

Tabela 5

Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) nos diferentes domínios e comparação por sexo, faixa etária e tempo de transplante cardíaco

Domínios	Geral		Físicos		Psicológicos		Social		Meio Ambiente	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Amostra	16,06	2,71	14,16	2,15	15,27	2,56	15,15	2,53	14,77	1,63
Sexo										
Homens	16,64	2,26	14,52	1,86	16,09	2,10	15,58	2,45	15,18	1,30
Mulheres	14,91	3,27	13,45	2,60	13,64	2,69	14,30	2,61	13,95	1,96
<i>P-valor</i>	^b 0.1130		^b 0.2441		^a 0.0071**		^b 0.1877		^a 0.0387*	
Faixa etária										
≤ 52 anos	16,31	2,43	14,42	1,67	15,64	1,58	15,69	1,65	14,88	1,18
≥ 53 anos	15,90	2,94	14,00	2,44	15,03	3,05	14,8	2,96	14,7	1,89
<i>P-valor</i>	^b 0.6853		^a 0.5939		^a 0.4590		^b 0.3289		^b 0.9413	
Tempo de Tx										
≤ 10 anos	15,53	3,04	13,88	2,55	14,71	2,78	15,14	3,05	14,65	1,5
≥ 11 anos	16,63	2,28	14,46	1,67	15,88	2,22	15,17	1,94	14,91	1,79
<i>P-valor</i>	^b 0.4387		^a 0.4461		^a 0.1937		^b 0.6919		^b 0.6268	

Nota. Tx = Transplante; M = Média; DP = Desvio Padrão;

^a Teste *T*;

^b Teste *Mann-Whitney*;

* $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,01$.

A Tabela 5 ilustra as médias dos domínios da Qualidade de Vida nos pacientes pós-transplantados do coração. O questionário utilizado avaliou a percepção dos sujeitos sobre quatro domínios principais, sendo eles: físico, psicológicos, social e meio ambiente.

Apesar dos possíveis resultados adversos em decorrência do processo cirúrgico, como de infecções, hospitalização e internações frequentes, readequações no estilo de vida e uso frequente de medicamentos, os dados mostraram uma boa percepção da qualidade de vida da amostra geral, com melhores médias para o domínio psicológico, seguido do domínio social, meio ambiente e domínio físico. Na comparação por sexo, homens apresentaram melhores percepções de qualidade de vida. Vasconcelos et al. (2015) sugerem que o transplante cardíaco é percebido pelos pacientes como uma possibilidade de restabelecer suas condições de saúde, sendo esse um dos motivos de boas percepções da qualidade de vida. Os autores ressaltam ainda que após os pacientes superarem as dificuldades iniciais, geralmente os indivíduos retomam suas atividades e passam a planejar as atividades da vida diária, elevando assim o nível de bem-estar e, conseqüentemente, a saúde. “Mesmo com todas as dificuldades, os receptores de órgãos apresentaram-se felizes, gratos e vitoriosos por terem sobrevivido após o transplante cardíaco” (Vasconcelos et al., 2015, p. 577).

As melhores médias obtidas pelos homens foram correspondentes às médias da amostra total, sendo o domínio psicológico melhor avaliado, seguido do domínio social, meio ambiente e domínio físico. Mulheres apresentaram médias inferiores aos homens em todos os domínios, tendo o domínio social com melhor índice, seguido de satisfação com o meio ambiente, domínio psicológico e domínio físico. Diferenças significantes entre os sexos foram encontradas nos domínios psicológicos ($P=0.0071$) e na satisfação com o meio ambiente ($P=0.0387$), com resultados superiores para os homens.

Quando comparados por faixa etária, pacientes com até 52 anos de idade apresentaram melhores médias de qualidade de vida em todos os domínios, avaliando como

melhor domínio o social, seguido do domínio psicológico, meio ambiente e físico. Já pacientes com 53 anos ou mais perceberam o domínio psicológico como sua melhor média, seguido do domínio social, meio ambiente e domínio físico. Não foram encontradas diferenças significantes nos domínios na comparação por faixa etária.

Análise da comparação da qualidade de vida por tempo de transplante indicou que pacientes com 11 anos ou mais desde o transplante apresentaram melhores índices em todos os domínios, sendo melhor avaliado o domínio psicológico, social, meio ambiente e físico. Enquanto pacientes com até 10 anos de transplante revelaram médias inferiores, a ordem dos domínios melhores avaliados foi igual. A comparação não apresentou diferenças significantes dos domínios quando comparados por tempo de transplante.

O estudo de Torba et al. (2014) se assemelha no sentido de também não ter encontrado correlações significantes na comparação da qualidade de vida quando observados por faixa etária ou por tempo desde o procedimento cirúrgico.

Os índices de qualidade de vida para cada domínio estão descritos na Figura 7. Os valores foram transformados em um escala de 0 a 100: 0-20 (muito ruim), 21-40 (ruim), 41-60 (nem ruim nem bom), 61-80 (bom) e 81-100 (muito bom). Na amostra total, dados revelam percepções consideradas ‘boas’ em todos os domínios. Mulheres avaliaram todos os domínios de qualidade de vida como ‘bons’, exceto o domínio físico, classificado como ‘nem ruim nem bom’. Já os homens, pacientes de todas as faixas etárias e, independente do tempo de transplante, revelaram percepções ‘boas’ em todos os domínios avaliados. Nenhum domínio foi considerado ‘muito bom’, ‘ruim’ ou ‘muito ruim’.

A literatura mostra dados semelhantes aos levantados neste estudo. Torba et al. (2014) apontam para o aumento da boa percepção da qualidade de vida em pacientes após serem submetidos ao transplante cardíaco.

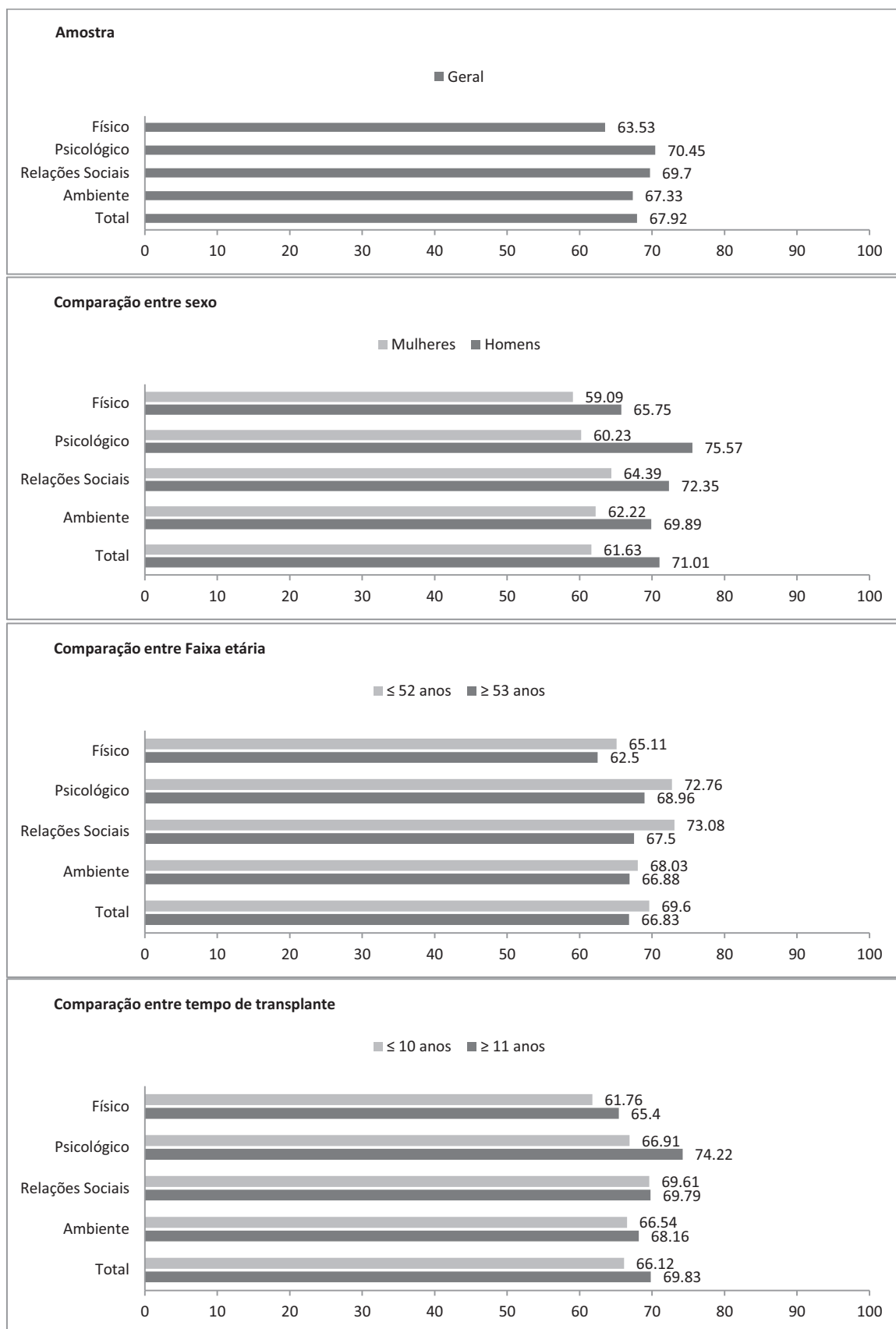


FIGURA 7

Valores da percepção da Qualidade de Vida em pacientes após transplante cardíaco.

Em seus achados, Torba et al. (2014) indicam que 93,7% dos pacientes pós-transplantados relataram mudanças significantes na qualidade de vida. Os autores destacam também uma diferença significativa na saúde mental dos pacientes. Os índices de satisfação com a saúde mental antes e depois do transplante de coração foram estatisticamente significantes. Estudos apontam que a qualidade de vida antes do transplante cardíaco está correlacionada com a percepção subjetiva da saúde, enquanto no pós-transplante a percepção da qualidade de vida se relaciona diretamente com o nível de satisfação do paciente com seu estado de saúde, sendo este um dos principais fatores que possibilitam o aumento dos níveis (Riedmayr, Tammen, Behr, Wittig, Bullinger, Reichart, & Angermann, 1998; Torba et al., 2014).

Estratégias de enfrentamento de problemas, ou *Coping*, em pacientes pós-transplantados também foram avaliadas. As respostas ou estratégias de enfrentamento têm sido classificadas, segundo Seidl et al. (2001), em quatro categorias, sendo duas principais, conforme suas funções: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção.

Os autores postulam que, no enfrentamento focalizado no problema, a pessoa se orienta no manejo ou na modificação do problema ou no agente estressor, numa tentativa de controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio, sendo, em geral, “estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento”; já o enfrentamento orientado à emoção tem como função principal a regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor. Essa estratégia pode “representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como a negação ou esquiva” (Seidl et al., 2001, p. 225).

Além das duas principais estratégias citadas, estudos revelam a existência de outros domínios nos modos de enfrentamento e afirmam que podem ser utilizadas simultaneamente

no manejo de situações estressoras: busca de suporte social, religiosidade e distração (Carver, Scheier & Weintraub, 1989 em Seidl et al., 2001; Endler & Parker, 1999 em Seidl et al., 2001; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985 em Seidl et al., 2001).

A Tabela 6 apresenta os resultados obtidos da avaliação dos modos de enfrentamento nos diferentes domínios, inclusive no domínio religioso / fantasioso e de suporte social, bem como sua comparação por sexo, faixa etária e tempo de transplante.

Tabela 6

Modos de enfrentamento de problemas (EMEP)¹ e comparação por sexo, faixa etária e tempo de transplante cardíaco

Domínios	Problema		Emoção		Religiosidade		Suporte Social	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Amostra	3,56	0,68	1,76	0,36	3,55	0,48	3,34	0,73
Sexo								
Homens	3,69	0,63	1,74	0,38	3,55	0,5	3,45	0,78
Mulheres	3,30	0,72	1,80	0,33	3,54	0,45	3,13	0,62
<i>P-valor</i>	^a 0.1194		^a 0.6628		^a 0.9760		^b 0.1364	
Faixa etária								
≤ 52 anos	3,61	0,65	1,65	0,30	3,33	0,48	3,4	0,51
≥ 53 anos	3,53	0,71	1,93	0,57	3,67	0,42	3,4	0,81
<i>P-valor</i>	^a 0.7354		^a 0.1722		^a 0.0390*		^b 0.9853	
Tempo de Tx								
≤ 10 anos	3,55	0,71	1,74	0,36	3,52	0,53	3,34	0,61
≥ 11 anos	3,57	0,66	1,78	0,38	3,58	0,43	3,35	0,86
<i>P-valor</i>	^a 0.9413		^a 0.8121		^a 0.7386		^a 0.9732	

Nota. Tx = Transplante; M = Média; DP = Desvio Padrão.

^a Teste *T*.

^b Teste *Mann-Whitney*.

* $P \leq 0,05$

Dados da amostra revelam estratégias de enfrentamento orientadas para os problemas, seguidas de foco na religiosidade ou pensamento fantasioso e suporte social. A estratégia menos frequente (menores escores) foi encontrada para enfrentamento focado na emoção. Os

¹ Médias dos domínios da EMEP, publicadas por Seidl et al. (2001, p.231), em amostra de 157 portadores de enfermidades crônicas, onde o agente estressor foi o problema de saúde: Focalização no Problema (M=3,68 ± 0,59); Focalizado na Emoção (M=2,22 ± 0,64); Práticas Religiosas e Pensamento Fantasioso (M=3,50 ± 0,86); Busca de Suporte Social (M=3,62 ± 0,67).

dados encontrados se assemelham com as observações de Seidl et al. (2001), quando afirmam que os resultados referentes à utilização de estratégias orientadas para emoção são menores em pessoas cujo agente estressor é um problema de saúde. Autores que discorrem sobre o *coping* focado na emoção postulam que o uso dessa estratégia expressa sentimentos de culpa em relação a si mesmo e ao outro, bem como comportamentos de esquiva concomitantes com emoções negativas, levando a supor que, no caso de escores mais elevados, também seria possível o encontro de “dificuldades psicológicas relevantes” (Fleishman & Fogel, 1994; Resende, Silva, Marques, & Abreu, 2008, p. 238).

Nas comparações por sexo, apesar de não serem significantes em nenhum dos domínios, homens utilizaram estratégias orientadas para o problema enquanto as mulheres se focaram na religiosidade ou pensamento fantasioso. Pesquisas encontraram resultados semelhantes aos obtidos neste estudo quanto às estratégias utilizadas por cada um dos sexos. Os homens utilizam estratégias focadas no problema e mulheres nas práticas religiosas/fantasiosas (Gonçalves, Bubach & Leite, 2014; Nogueira & Teixeira, 2012).

Achados sobre *coping* em mulheres apontaram maiores médias orientadas às práticas religiosas, seguidas de foco no problema, busca de suporte social e, por fim, foco na emoção. Para algumas mulheres, a doença se apresenta como um “processo de barganha com Deus, da vida e da saúde, para outras, uma oportunidade de adquirir novos valores, repensar a vida e valorizar o lado espiritual, que passa a ser colocado em prática após a doença” (Gonçalves et al., 2014, p. 692). Nogueira e Teixeira (2012) apresentaram dados sobre as crenças religiosas no Brasil, indicando que somente 5,7% das mulheres do país não possuem uma crença religiosa, contra 9% dos homens na mesma condição. Para os autores, esta é uma informação que influenciou nos resultados obtidos nos estudos.

Na comparação por faixa etária, pacientes com até 52 anos de idade utilizaram estratégias focadas nos problemas, enquanto sujeitos com mais de 53 anos usaram estratégias

orientadas na religiosidade ou pensamento fantasioso. Foram encontradas diferenças significantes no domínio religiosidade ou pensamento fantasioso na comparação por faixa etária. Pacientes com 53 anos ou mais apresentaram médias mais altas de enfrentamento orientado na religião ou pensamento fantasioso do que pacientes com até 52 anos ($P=0.039$).

Vasconcelos et al. (2015) pontuam que alguns pacientes encontraram na espiritualidade a força necessária para administrar tal situação, ocorrendo antes e após o transplante, com motivações diferentes para ambos os períodos.

Quando avaliados por tempo desde o transplante, pacientes com até 10 anos revelaram estratégias orientadas aos problemas enquanto pacientes com 11 anos ou mais se orientam na religiosidade ou pensamento fantasioso. Não foram encontradas diferenças significantes na comparação por tempo de transplante.

É importante ressaltar que de todas as estratégias utilizadas, aquelas orientadas à emoção tiveram as menores médias em todas as avaliações. De 0 a 5, a média de estratégia de enfrentamento de problemas orientada à emoção variou entre 1,74 em homens e pacientes com até 10 anos de transplante e 1,93 em sujeitos com mais de 53 anos.

Tabela 7

Correlação entre modos de enfrentamento de problemas, sintomas de depressão, de ansiedade e qualidade de vida de pacientes após transplante cardíaco

Correlação ^a P-valor	Enfrentamento	Foco no Problema	Foco na Emoção	Foco na Religiosidade	Foco no Suporte Social
Sint. Ansiedade	0.8879	0.7094	0.1649	0.0592	0.5463
Sint. Depressão	0.0069**	0.0021**	0.0571	0.8526	0.0104*
Percepção da QV	0.0026**	≤ 0,0001****	0.0108*	0.2415	0.0092**
Satisfação com a Saúde	0.023*	0.0002***	0.0414*	0.2149	0.1153
Domínio Físico	0.011*	≤ 0,0001****	0.0027**	0.0773	0.1262
Domínio Psicológico	0.0002***	≤ 0,0001****	0.0073**	0.4103	0.002**
Relações Sociais	0.0002***	≤ 0,0001****	0.002**	0.513	0.0002***
Ambiente	0.0011**	≤ 0,0001****	0.0132*	0.3212	0.0039**

Nota. QV: Qualidade de Vida; Sint.: Sintomas; Teste de Spearman (r).

* $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,01$; *** $P \leq 0,001$; **** $P \leq 0,0001$.

A Tabela 7 apresenta as correlações entre modos de enfrentamento de problemas e depressão, ansiedade e qualidade de vida de pacientes pós-transplantados do coração; enquanto a Tabela 8 mostra aspectos positivos (proporcional) ou negativos (inversamente proporcional) das correlações significantes.

Foram encontradas correlações significantes das médias de enfrentamento de problemas e variáveis estudadas, tais como: sintomas de depressão, percepção da qualidade de vida, satisfação com a saúde, domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Tabela 8

Correlações significantes positivas e negativas entre as variáveis de pacientes após transplante cardíaco

Correlação <i>*Valor (r)</i>	Enfrentamento	Foco no Problema	Foco na Emoção	Foco no Suporte Social
Sint. Depressão	- 0.4616	- 0.5157	<i>ns</i>	- 0.4402
Percepção da QV	+ 0.5067	+ 0.6456	- 0.4379	+ 0.4463
Satisfação com a Saúde	+ 0.3947	+ 0.6065	- 0.3569	<i>ns</i>
Domínio Físico	+ 0.4369	+ 0.7544	- 0.5055	<i>ns</i>
Domínio Psicológico	+ 0.6006	+ 0.8461	- 0.4582	+ 0.5183
Relações Sociais	+ 0.6009	+ 0.7194	- 0.5178	+ 0.6011
Ambiente	+ 0.5433	+ 0.6912	- 0.4269	+ 0.4891

Nota. QV: Qualidade de Vida; Sint.: Sintomas; *ns*: não significante.

**Teste de Spearman (r);*

(-) correlação significante negativa; (+) correlação significante positiva.

Quando correlacionada com sintomas da depressão, houve correlação significativa negativa entre as duas variáveis ($r = -0.4616$; $P \leq 0.01$), ou seja, quanto mais altos eram os índices de usos de estratégias de enfrentamento, menores os índices de sintomas de depressão apresentados pelos pacientes. Kroemeke (2016) afirma que essa correlação é esperada, uma vez que pacientes experimentam maiores ou menores sintomas de depressão de acordo com sua capacidade de avaliação dos eventos, de suas estratégias de enfrentamentos e de seus esforços disponibilizados para atuação. O autor destaca ainda que pacientes com baixos

sintomas de depressão têm percepção mais positiva da doença e mostram maiores recursos adaptativos frente à situação.

Correlações significantes positivas foram encontradas entre estratégias de enfrentamento e percepção da qualidade de vida ($r= 0.5067$; $P\leq 0,01$), níveis de satisfação com a saúde ($r= 0.3947$; $P\leq 0.05$), domínio físico ($r= 0.4369$; $P\leq 0.05$), domínio psicológico ($r= 0.6006$; $P\leq 0.001$), relações sociais ($r= 0.6009$; $P\leq 0.001$) e meio ambiente ($r= 0.5433$; $P\leq 0.01$), significando que pacientes com bons índices de estratégias de enfrentamento apresentaram melhores percepções da qualidade de vida, maior satisfação com a saúde e com os aspectos físico, psicológicos, de relações sociais e meio ambiente. Estudos concordam que os pacientes conseguem melhoras significantes em sua qualidade de vida quando contam com maiores apoios social, familiar e espiritual (Vasconcelos et al., 2015; White-Williams et al., 2013).

A variável ‘foco no problema’ também revelou correlações significantes. Quando correlacionada com a depressão, demonstrou correlação significativa negativa ($r= -0.5157$; $P\leq 0.01$), pois, quanto mais os pacientes utilizam estratégias orientadas para os problemas, menores os sintomas de depressão. Bonanno, Kennedy, Galatzer-Levy, Lude, e Elfström (2012) concluíram que pacientes com baixos índices de sintomas depressivos são mais propensos a lidar com estratégias focalizadas no problema e menos propensos a usar estratégias focadas em emoção, informação que se assemelha aos achados deste estudo. Nunes et al. (2013) encontraram associação significativa entre foco no problema e sintomas de depressão, apontando que essa relação indica que quanto maior o foco no problema, menos provável a presença de sintomas depressivos ou, talvez, “quanto mais sintomas depressivos, menos provável a adoção de estratégias focadas no problema” (p. 386).

Foram observadas correlações significantes positivas entre ‘foco no problema’ e percepção da qualidade de vida ($r= 0.6456$; $P\leq 0.0001$), satisfação com a saúde ($r= 0.6065$;

$P \leq 0.001$), domínio físico ($r = 0.7544$; $P \leq 0.0001$), domínio psicológico ($r = 0.8461$; $P \leq 0.0001$), relações sociais ($r = 0.7194$; $P \leq 0.0001$) e meio ambiente ($r = 0.6912$; $P \leq 0.0001$). Pode-se afirmar que quanto mais os pacientes se focam nos problemas, melhor é sua percepção da qualidade de vida e sua satisfação com a saúde, domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Dados levantados revelaram correlações significantes negativas entre ‘foco na emoção’ e percepção da qualidade de vida ($r = -0.4379$; $P \leq 0.05$), satisfação com a saúde ($r = -0.3569$; $P \leq 0.05$), domínio físico ($r = -0.5055$; $P \leq 0.01$), domínio psicológico ($r = -0.4582$; $P \leq 0.01$), relações sociais ($r = -0.5178$; $P \leq 0.01$) e meio ambiente ($r = -0.4269$; $P \leq 0.05$). Dados apontam que quanto menos os sujeitos utilizavam estratégias de enfrentamento orientadas para emoção, melhor eram as percepções da qualidade de vida e a satisfação com a saúde, domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente. Nunes et al. (2013), que investigaram os modos de enfrentamento mais utilizados no processo de adoecimento, revelaram dados semelhantes. Os autores encontraram que o modo de enfrentamento baseado na emoção se correlacionou positivamente com a presença de sintomas ansiosos e depressivos ($r = 0,41$, com $P \leq 0,001$), isto é, quanto mais os pacientes focavam na emoção, maiores eram os sintomas de ansiedade e depressão, trazendo prejuízos na qualidade de vida (Nunes et al., 2013). Estudo que correlacionou as estratégias de *coping* com os fatores da personalidade revelou que o paciente que usa recurso de enfrentamento focado na emoção demonstra traços de Neuroticismo, ou seja, baixa autoestima, tendência à percepções negativas acerca das situações, além da vulnerabilidade e instabilidade emocional (Bertamoni, Ebert, & Dornelles, 2013).

A variável ‘foco no suporte social’ também apresentou correlações significantes. Quando correlacionada com a depressão, observou-se correlação negativa ($r = -0.4402$, $P \leq 0.05$), revelando que quanto mais os pacientes se apoiaram no suporte social, menores

foram as ocorrências de sintomas de depressão observadas. Correlações significantes positivas foram observadas com percepção da qualidade de vida ($r= 0.4463$, $P\leq 0.01$), satisfação com o domínio psicológico ($r= 0.5183$, $P\leq 0.01$), relações sociais ($r= 0.6011$, $P\leq 0.001$) e meio ambiente ($r= 0.4891$, $P\leq 0.01$). Os números deste estudo apontam que quanto mais foco no suporte social o paciente apresenta, melhor é a sua percepção da qualidade de vida e sua satisfação com o domínio psicológico, com as relações sociais e com o meio ambiente.

Dados encontrados na literatura revelaram que, além do suporte social ser considerado um fator de proteção e promoção de saúde, seus efeitos positivos se associam com diferentes tipos de suporte oferecidos pela família, que podem ser tanto emocional quanto funcional. Dessa forma, o suporte social possibilita um manejo mais adequado das emoções, orientações afetivas, cognitivas e retroinformações, auxiliando no aumento das habilidades adaptativas do paciente (Bertamoni et al., 2013; Resende, Bones, Souza & Guimarães, 2006 em Resende et al., 2008).

Assim, o preparo psicológico pré-transplante, bem como um acompanhamento após o transplante são necessários. O tipo de acompanhamento pós-transplante e seu impacto ainda precisam ser melhor avaliados. Pfeifer e Ruschel (2013) concluíram que o preparo psicológico pré-transplante cardíaco esteve associado a melhores índices no uso de *coping*, quando comparado ao acompanhamento no pós-transplante. As autoras pontuam que os indivíduos sem o preparo psicológico necessários para o transplante utilizaram mais o enfrentamento focalizado na emoção, além disso, “em função de sua dificuldade em assumir uma postura dependente e passiva, buscaram menos suporte social”, dificultando, inclusive, a adesão ao tratamento e vulnerabilidade psíquica, afetando diretamente na qualidade de vida e nos aspectos psicoemocionais (Pfeifer & Ruschel, 2013, p. 161).

O transplante cardíaco, além de ser a terapêutica mais eficaz para pacientes com doenças cardíacas refratárias, é também a possibilidade de melhorias da qualidade de vida. O procedimento cirúrgico, concomitante a uma avaliação psicológica, preparo psicológico pré-transplante e o acompanhamento pós-transplante possibilitam o desenvolvimento de estratégias de *coping*, melhorando sintomas de depressão e ansiedade e influenciando, diretamente, na percepção da qualidade de vida e nos níveis de satisfação com a saúde. Os pacientes estão com bons índices de satisfação em todos os domínios – psicológicos, social, ambiental e físicos.

É válido destacar a importância de um protocolo adequado para triagem psicológica de pacientes em lista de espera para o transplante cardíaco. Por meio de uma avaliação cuidadosa é possível identificar aqueles mais suscetíveis aos riscos de sofrimento mental no pós-operatório, podendo, inclusive, sofrerem prejuízos na adesão ao tratamento, nos resultados clínicos, no funcionamento global e na qualidade de vida.

Assim, equipes interdisciplinares são necessárias para garantir condições favoráveis de recuperação, adesão ao tratamento e resolução de problemas que surgem no curso dos procedimentos.

Quanto à atuação do psicólogo nas equipes de saúde, sugerem-se atendimentos individuais e em grupos. Enquanto o individual tem por objetivo a reorganização psíquica, readaptação e ressignificação frente à nova perspectiva de saúde, o atendimento em grupo cria a possibilidade de contato com outros pacientes transplantados. Esse contato, frequentemente realizado em atendimento em sala de espera, coloca pacientes e familiares com informações e modelos adequados de enfrentamento do procedimento.

Algumas limitações deste estudo podem ser apontadas. Mesmo que o delineamento tenha permitido a obtenção de informações e avaliações das variáveis de interesse, o método transversal não permite a definição de associações causais entre os domínios, uma vez que,

tratando-se de um corte no tempo, os possíveis determinantes e desfechos são vistos em um mesmo momento, impedindo a utilização de critérios de causas.

Esse desenho de estudo também não assegura inferências sobre o impacto longitudinal das variáveis estudadas. Há necessidade de grupo controle e de ampliação do conhecimento acerca do desenvolvimento de aspectos relacionados aos sintomas, percepções e enfrentamentos, bem como as respostas emocionais de pacientes transplantados a curto, médio e longo prazo.

O cotidiano do paciente submetido ao transplante cardíaco é caracterizado por situações novas, que requerem adaptações da família e da rede social. Incluir familiares e grupo social em pesquisas futuras é relevante para uma compreensão mais abrangente do fenômeno em questão, uma vez que este estudo se limitou às percepções do paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, nas comparações realizadas, melhores percepções da qualidade de vida foram observadas em homens, em pacientes até 52 anos de idade e aqueles com 11 anos ou mais de transplante. Vale ressaltar que o baixo índice de insatisfação relatado por alguns participantes não representaram valores estatisticamente consideráveis.

Embora a maioria dos pacientes tenha apresentado sintomas de depressão e ansiedade, apenas um paciente foi identificado com sintomas moderados nos dois domínios, enquanto os demais revelaram apenas sintomas mínimos e leves tanto na ansiedade quanto na depressão. Homens apresentam menores escores de depressão e ansiedade. Pacientes transplantados apresentaram mais sintomas somáticos de depressão, inclusive nas comparações entre sexo, faixa etária e tempo de transplante.

Assim, é importante distinguir entre sintomas cognitivos e somáticos ao avaliar depressão em pacientes com doenças crônicas, uma vez que os sintomas somáticos podem ser decorrentes da doença e não de um processo depressivo propriamente dito.

Modo de enfrentamento focado no problema foi a estratégia de *coping* mais utilizada por pacientes pós-transplantados, seguida de foco na religiosidade e suporte social. Apesar de fazerem uso de todos os estilos de enfrentamento, houve predomínio do enfrentamento focado na resolução do problema e uma menor utilização das estratégias orientadas na emoção que estão provavelmente associados aos índices positivos de percepção de qualidade de vida e nas baixas ocorrências de depressão e ansiedade na amostra.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, M. I. F., Farias, D. R., Pinheiro, M. L., Chaves, E. S., Rolim, I. L. T. P., & Almeida, P. C. (2011). Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicações da escala WHOQOL-Bref. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 96(1), 60-67.
- Almeida, C. P. (2008). Psicologia preventiva em cardiologia. In: C. P. Almeida, & A. A. Ribeiro, *Psicologia em cardiologia: novas tendências* (pp. 41-54). Campinas: Alínea.
- Almeida, D. R., Starling, C. E., Camargo, L. F. A., Carvalho, V. B., Vila, J. H., Cunha, C. P., Guimarães, G. V., et al. (1999). Complicações após transplante cardíaco. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 73(suplemento V), 27-37.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. (2009). Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos. São Paulo: ABTO.
- Bacal F, Souza-Neto J.D., Fiorelli A.I., Mejia J., Marcondes-Braga F.G., Mangini S., et al. (2009). II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 94(1 supl.1): e16-e73.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2011). *Manual do Inventário de Depressão de Beck - BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bertamoni, T., Ebert, G., & Dornelles, V. G. (2013). Estudo correlacional sobre diferentes perfis de estratégias de coping de acordo com os traços de personalidade. *Aletheia*, 42, 92-105.
- Bloch, K. V., Rodrigues, C. S., & Fiszman, R. (2006). Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(2), 134-143.

- Bonanno, G. A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I. R., Lude, P., & Elfström, M. L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 57*(3), 236–247.
- Braga, M. P., Casella, M. A., Campos, M. N., & Paiva, S. P. (2011). Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref: estudos com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Revista de Atenção Primária à Saúde, 14*(1), 93-100.
- Bruschi, G., Colombo, T., Oliva, F., Botta, L., Morici, N., Cannata, A., Vittori, C., Turazza, F., Garascia, A., Pedrazzini, G., Frigerio, M., & Martinelli, L. (2013). Heart transplantation: 25 years' single-centre experience. *Journal of Cardiovascular Medicine, 14*, 637-647.
- Carlantônio, L. F. M., Santiago, L. C., Ribeiro, R. V., & Arcoverde, K. V. P. T. S. (2015). An integrative review about the pediatric heart transplant and the aspects of quality of life. *Journal Research: Fundamental Care Online, 7*(3), 2805-2814.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, S. S., Miyazaki, M. C. O. S., Villafanha, D. F., Santos-Junior, R., & Domingos, N. A. M. (2014). Psychological assessment of patients undergoing cardiac transplant in a teaching hospital (2004 to 2012). *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, 29*(3), 350-354.
- Delgado, J. F., Almenar, L., Gonzalez-Vilchez, F., Arizon J. M., Gomez, M., Fuente, L., Brossa, V., Fernandez, J., Diaz, B., Pascual, D., Lage, E., Sanz, M., Manito, N., & Crespo-Leiro, M. G. (2015). Health-related Quality of life, social support, and caregiver burden between six and 120 months after heart transplantation: a Spanish multicenter cross-sectional study. *Clinical Transplantation, 29*(9), 771-780.

- Delisle, V. C., Abbey, S. E., Beck, A. T., Dobson, K. S., Dozois, D. J., Grace, S. L., Stewart, D. E., Ziegelstein, R. C., & Thombs, B. D. (2012a). The influence of somatic symptoms on Beck Depression Inventory scores in hospitalized postmyocardial infarction patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(12), 752-758.
- Delisle, V. C., Beck, A. T., Dobson, K. S., Dozois, D. J. A., & Thombs B. D. (2012b). Revisiting gender differences in somatic symptoms of Depression: much ado about nothing? *Plos One*, *7*(2), 1-5.
- Dessotte, C. A. M., Silva, F. S., Furuya, R. K., Ciol, M. A., Hoffman, J. M., & Dantas, R. A. S. (2015). Sintomas depressivos somáticos e cognitivo-afetivos entre pacientes com doença cardíaca: diferenças por sexo e idade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *23*(2), 208-215.
- Dew, M. A., Rosenberguer, E. M., Myaskovsky, L., DiMartini, A. F., Dabbs, A. J. D., Posluszny, D. M., Steel, J., Switzer, G. E., & Shellmer, D. A. (2015). Depression and anxiety as risk factors for morbidity and mortality after organ transplantation: a systematic review and meta-analysis. *Transplantation*, *100*(5), 988-1003.
- Farmer, S. A., Grady, K. L., Wang, E., McGee, E. C., Cotts, W. G., & McCarthy, P. M. (2013). Demographic, Psychosocial, and Behavioral Factors Associated With Survival After Heart Transplantation. *The Annals of Thoracic Surgery*, *95*(3), 876-883.
- Favarato, M. E. (2008). Transplante cardíaco em crianças: uma alternativa para a vida. In: C. P. Almeida, & A. A. Ribeiro, *Psicologia em cardiologia: novas tendências* (pp. 97-106). Campinas: Alínea.
- Feitosa, S. M. S., Rebouças, C. B. A., Silva, M. G., & Ribeiro, S. B. (2015). Percepção das mães sobre os cuidados com o filho submetido ao transplante cardíaco. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *50*(1), 36-42.

- Fleishman, J. A., & Fogel, B. (1994). Coping and depressive symptoms among people with AIDS. *Health Psychology, 13*(2), 156-169.
- Foster, E. R., Cunnane, K. B., Edwards, D. F., Morrison, M. T., Ewald, G. A., Geltman, E. M., et al. (2011). Executive Dysfunction and Depressive Symptoms Associated With Reduced Participation of People With Severe Congestive Heart Failure. *American Journal of Occupational Therapy, 65*(3), 306-313.
- Gonçalves, C. R. A., Bubach, S., & Leite, F. M. C. (2014). Câncer de mama: estratégias de enfrentamento e sua relação com variáveis socioeconômicas. *Ciência, Cuidado e Saúde, 13*(4), 690-696.
- Goodwin R.D., Davidson K.W., & Keyes K. (2009). Mental disorders and cardiovascular disease among adults in the United States. *Journal of Psychiatric Research, 43*(3), 239-249.
- Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. L., & Werlang, B. S. G. (2011). *Manual do inventário de depressão de Beck – BDI-II*. Adaptação Brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grady, K. L., Wang, E., White-Williams, C., Naftel, D. C., Myers, S., Kirklin, J. K., et al. (2013). Factors associated with stress and coping at 5 and 10 years after heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 32*(4), 437-446.
- Heilmann, C., Kaps, J., Hartmann, A., Zeh, W., Anjarwalla, A. L., Beyersdorf, F., Siepe, M., & Joos, A. (2016). Mental health status of patients with mechanical aortic valves, with ventricular assist devices and after heart transplantation. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery, 23*(2), 321-325.
- Kroemeke, A. (2016). Depressive symptom trajectories over a 6-year period following myocardial infarction: predictive function of cognitive appraisal and coping. *Journal of Behavioral Medicine, 39*(2), 181-191.

- Lemos, C. R. H. (2003). Impacto social do transplante cardíaco. Tese de doutorado – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP – Franca, 122 p.
- Matos, S. S., Baroni, F. C. A. L., Carvalho, D. V., Chianca, T. C. M., Ferraz, A. F., & Silva, P. A. B. (2011). Transplante cardíaco: perfil demográfico e epidemiológico de pacientes em um hospital de grande porte em Belo Horizonte. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(2), 248-253.
- Marcopito, L. F., Rodrigues, S. S. F., Pacheco, M. A., Shirassu, M. M., Goldfeder, A. J., & Moraes, M. A. (2005). Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 738-745.
- Mauthner, O., Luca, E. D., Poole, J., Gewarges, M., Abbey, S. E., Shildrick, M., et al. (2012). Preparation and support of patients through the transplant process: understanding the recipients' perspectives. *Nursing Research and Practice*, (2012), 1-9.
- Mendonça, M. B., & Ferreira, E. A. P. (2005). Adesão ao tratamento da asma na infância: dificuldades enfrentadas por cuidadoras. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(1), 56-68.
- Ministério da Saúde (2014). Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>.
- Nogueira, M., & Teixeira, M. J. (2012). Central pain due to stroke: cognitive representation and coping according to gender. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 70(2), 125-128.
- Nunes, S., Rios, M., Magalhães, A., & Costa, S. (2013). Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(3), 382-388.

- Oliveira, M. P. (2008). Aspectos Emergentes da Psicologia em Cardiologia no Terceiro Milênio. In: C. P. Almeida, & A. A. Ribeiro, *Psicologia em cardiologia: novas tendências* (pp. 7-10). Campinas: Alínea.
- Ormel J., Korff M.V., Burger H., Scott K., Demyttenaere K., Huang Y., et al. (2007). Mental Disorders among persons with heart disease – results from the World Mental Health Surveys. *General Hospital Psychiatry*, 29(4), 325-334.
- Pfeifer, P. M., & Ruschel, P. P. (2013). Preparo psicológico: a influência na utilização de estratégias de enfrentamento pós-transplante cardíaco. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16(2), 153-165.
- Pfeifer, P. M., Ruschel, P. P., & Bordignon, S. (2013). Coping strategies after heart transplantation: psychological implications. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 28(1), 61-68.
- Pourafkari, L., Ghaffari, S., Shahamfar, J., Tokhmechian, L., & Nader, N. D. (2016). The psychological effects of cardiac rehabilitation after coronary revascularization. *Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi*, 44(3), 228-236.
- Registro Brasileiro de Transplantes. (2016). Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/março 2016. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. (1). São Paulo: ABTO.
- Rejai, S., Giardino, N. D., Krishnan, S., Ockene, I. S., Rubenfire, M., & Jackson, E. A. (2012). Quality of life and baseline characteristics associated with depressive symptoms among patients with heart disease. *Clinical Epidemiology*, 4(1), 181-186.
- Resende, M. C., Silva, R. M., Marques, T. P., & Abreu, M. V. (2008). Coping e satisfação com a vida em adultos com HIV. *Psico*, 39(2), 232-239.
- Riedmayr, M. I., Tammen, A. R., Behr, T. M., Wittig, C., Bullinger, M., Reichart, B., & Angermann, C. E. (1998). Perspectives of patients with terminal renal failure: quality of

- life and psychological adjustment before and in the first year after heart transplantation. *Zeitschrift für Kardiologie*, 87(10), 808-816.
- Rosenberguer, E. M., Fox, K. R., DiMartini, A. F., & Dew, M. A. (2012). Psychosocial factors and quality-of-life after heart transplantation and mechanical circulatory support. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 17(5), 558-563.
- Sánchez, R., Baillès, E., Peri, J. M., Bastidas, A., Pérez-Villa, F., Bulbena, A., & Pintor, L. (2016). Assessment of psychosocial factors and predictors of psychopathology in a sample of heart transplantation recipients: a prospective 12-month follow-up. *General Hospital Psychiatry*, 38, 59-64.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. (2001). Análise fatorial de uma medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Tavares, E. (2004). A vida depois da vida: reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. *Análise Psicológica*, 4(22), 765-777.
- Thombs, B. D., Ziegelstein, R. C., Pilote, L., Dozois, D. J. A., Beck, A. T., Dobson, K. S., Fuss, S., Jonge, P., Grace, S. L., Stewart, D. E., Ormel, J., & Abbey, S. E. (2010). Somatic symptom overlap in Beck Depression Inventory-II scores following myocardial infarction. *The British Journal of Psychiatry*, 197(1), 61-66.
- Torba, K., Czyzewski, L., Jasinska, M., & Religa, G. (2014). Comparative analysis of the quality of life for patients prior to and after heart transplantation. *Annals of Transplantation*, 19, 288-294.
- Tully, P. J., Winefield, H. R., Baker, R. A., Denollet, J., Pedersen, S. S., Wittert, G. A., & Turnbull, D. A. (2015). Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: a five year longitudinal cohort study. *BioPsychoSocial Medicine*, 9, 9-14.

- Tylee, A., Barley, E. A., Walters, P., Achilla, E., Borschmann, R., Leese, M., MacCrone, P., et al. (2016). UPBEAT-UK: a programme of research into the relationship between coronary heart disease and depression in primary care patients. *National Institute for Health Research Journals Library*, 4(8), 1-202.
- Vahedi, S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-Bref): analyses of their item response theory properties based on the graded responses model. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5, 140-153.
- Vasconcelos, A. G., Pessoa, V. L. M. P., Menezes, F. W. P., Florêncio, F. W. P., & Frota, M. X. F. (2015). Repercussões no cotidiano dos pacientes pós-transplante cardíaco. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 573-579.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 937-952.
- Wang, Y., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 416-431.
- White-Williams, C., Grady, K. L., Myers, S., Naftel, D. C., Wang, E., Bourge, R., & Rybarczyk, B. (2013). The relationship among satisfaction with social support, quality of life and survival 5 to 10 years after heart transplantation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(5), 407-416.
- WHOQOL Group. (1993). Study Protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- World Health Organization. (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/.

Zaher, V. L. (2008). Ética em psicologia aplicada à cardiologia. In: C. P. Almeida, & A. A. Ribeiro, *Psicologia em cardiologia: novas tendências* (pp. 23-32). Campinas: Alínea.

ANEXO A
WHOQOL-Bref

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil
Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS – Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de quem necessita?

(1- NADA) - (2 – MUITO POUCO) – (3 – MÉDIO) – (4 – MUITO) – (5 – COMPLETAMENTE)

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio ou circular o número 1, caso não tenha recebido nada de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

(1- muito ruim) - (2 – ruim) – (3 – nem ruim nem boa) – (4 – boa) – (5 – muito boa)

2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

(1- muito insatisfeito) - (2 – insatisfeito) – (3 – nem satisfeito nem insatisfeito) – (4 – satisfeito) – (5 – muito satisfeito)

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – mais ou menos) – (4 – bastante) – (5 – extremamente)

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – mais ou menos) – (4 – bastante) – (5 – extremamente)

5. O quanto você aproveita a vida?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – mais ou menos) – (4 – bastante) – (5 – extremamente)

6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – mais ou menos) – (4 – bastante) – (5 – extremamente)

7. O quanto você consegue se concentrar?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – mais ou menos) – (4 – bastante) – (5 – extremamente)

8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – mais ou menos) – (4 – bastante) – (5 – extremamente)

9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – mais ou menos) – (4 – bastante) – (5 – extremamente)

As questões seguintes perguntam sobre **quão** completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – médio) – (4 – muito) – (5 – completamente)

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – médio) – (4 – muito) – (5 – completamente)

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – médio) – (4 – muito) – (5 – completamente)

13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – médio) – (4 – muito) – (5 – completamente)

14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

(1- nada) - (2 – muito pouco) – (3 – médio) – (4 – muito) – (5 – completamente)

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

(1- muito ruim) - (2 - ruim) - (3 - nem ruim nem bom) - (4 - bom) - (5 - muito bom)

16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

(1- muito ruim) - (2 - ruim) - (3 - nem ruim nem bom) - (4 - bom) - (5 - muito bom)

17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

(1- muito ruim) - (2 - ruim) - (3 - nem ruim nem bom) - (4 - bom) - (5 - muito bom)

18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

(1- muito ruim) - (2 - ruim) - (3 - nem ruim nem bom) - (4 - bom) - (5 - muito bom)

19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

(1- muito ruim) - (2 - ruim) - (3 - nem ruim nem bom) - (4 - bom) - (5 - muito bom)

20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

(1- muito ruim) - (2 - ruim) - (3 - nem ruim nem bom) - (4 - bom) - (5 - muito bom)

21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

(1- muito ruim) - (2 - ruim) - (3 - nem ruim nem bom) - (4 - bom) - (5 - muito bom)

22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

(1- muito ruim) - (2 - ruim) - (3 - nem ruim nem bom) - (4 - bom) - (5 - muito bom)

23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

(1- muito ruim) - (2 - ruim) - (3 - nem ruim nem bom) - (4 - bom) - (5 - muito bom)

24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

(1- muito ruim) - (2 - ruim) - (3 - nem ruim nem bom) - (4 - bom) - (5 - muito bom)

25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

(1- muito ruim) - (2 - ruim) - (3 - nem ruim nem bom) - (4 - bom) - (5 - muito bom)

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

(1- nunca) - (2 – algumas vezes) – (3 – frequentemente) – (4 – muito frequentemente) – (5 – sempre)
--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B

ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)

Nome Completo: _____ **Data:** ____/____/____

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde, no momento atual.

Escreva qual é a enfermidade que você possui: _____

Para responder ao questionário, tenha em mente as coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta situação ou problema, no momento atual. Veja um exemplo:

1	Estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde.	1 - Eu nunca faço isso.	2 - Eu faço isso um pouco .	3 - Eu faço isso às vezes .	4 - Eu faço isso muito .	5 - Eu faço isso sempre .
---	---	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (Eu nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (Eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo. Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco. Obrigado pela participação.

1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2	Eu me culpo.	1	2	3	4	5
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
5	Procuo um culpado para a situação.	1	2	3	4	5
6	Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5

7	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
8	Eu rezo / oro.	1	2	3	4	5
9	Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
10	Eu insisto e luto pelo que eu quero.	1	2	3	4	5
11	Eu me recuso a acreditar que isso esteja acontecendo.	1	2	3	4	5
12	Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5
13	Desconto em outras pessoas.	1	2	3	4	5
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1	2	3	4	5
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1	2	3	4	5
16	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
17	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	1	2	3	4	5
19	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4	5
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1	2	3	4	5
21	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
22	Eu percebo que eu mesmo	1	2	3	4	5

	trouxe o problema para mim.					
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	1	2	3	4	5
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	1	2	3	4	5
27	Tento esquecer o problema todo.	1	2	3	4	5
28	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
29	Eu culpo os outros.	1	2	3	4	5
30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia.	1	2	3	4	5
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
34	Procuo me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
35	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
37	Descubro quem mais é ou foi responsável.	1	2	3	4	5

38	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	1	2	3	4	5
39	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1	2	3	4	5
40	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
42	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	1	2	3	4	5
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
44	Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade?

Você está utilizando outras formas de lidar com a situação?

ANEXO C

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

M.I.N.I.**Mini International Neuropsychiatric Interview****Brazilian version 5.0.0****DSM IV**

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Nome do(a) entrevistado(a): _____	Número do protocolo: _____
Data de nascimento: _____	Hora de início da entrevista: _____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	Hora do fim da entrevista: _____
Data da entrevista: _____	Duração total da entrevista: _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
			296.30-296.36 Recorrente	F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO F31.9	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO F31.9/F34.0	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO F41.0	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Atual	<input type="checkbox"/>		
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS F32.3/F33.3/F31.2	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
F32.3/F33.3/F31.2				
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAÍUSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (➔) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM, M.D., PhD
Instituto HUMUS
Rua 89 nº 225 Setor Sul
74093-140 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 241 41 74
fax: + 55 241 41 74
e-mail: pat.amorim@terra.com.br

David V Sheehan, M.D.,
M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail :
dsheehan@com1.med.usf.edu

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→	NÃO	SIM

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg)
COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? | NÃO | SIM | 9 |

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

NÃO	SIM *
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

- | | | | | | |
|-----|---|-----|-----|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]? | → | NÃO | SIM | 10 |
| b | Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ? | NÃO | SIM | 11 | |

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE	

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
	a O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
	b Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
	c Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
	d Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
	e Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
	f Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28
	B4 É COTADA SIM?			
		NÃO	SIM	
		TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL		

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10
Ao longo da sua vida:				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?				
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:				

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE D1a = SIM:			
b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
	SE D2a = SIM:			
b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	NÃO	SIM	11
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM D3 OU 4 SE D1a = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL)?	→ NÃO	SIM	

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais
OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA “NÃO” ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA “SIM” ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E P ASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

E1	a Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2	Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4	Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
E5	E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
		<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>		
E6	SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
	SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>		
E7	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18
		<i>Transtorno de Pânico Atual</i>		

F. AGORAFOBIA

F1 Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião? NÃO SIM 19

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2 Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las? NÃO SIM 20
Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "NÃO"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
*TRANSTORNO DE
PÂNICO sem Agorafobia
ATUAL*

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
*TRANSTORNO DE
PÂNICO com Agorafobia
ATUAL*

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?

NÃO SIM
*AGORAFOBIA
sem história de
Transtorno de Pânico
ATUAL*

G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> ATUAL	

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)	NÃO → passar a H4	SIM	1				
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.								
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO → passar a H4	SIM	2				
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3				
obsessões								
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4				
compulsões								
H3 <u>OU</u> H4 SÃO COTADAS "SIM" ?		→ NÃO	SIM					
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5				
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6				
H6 É COTADA "SIM" ?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL								

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AOMÓDULO SEGUINTE

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQUESTRADO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4 ?	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

15 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
J2	Nos últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR " SIM ", SE RESPOSTA " SIM " NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

J3	Durante os últimos 12 meses:			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR " SIM " SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”?
- NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 **Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:**

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? NÃO SIM 2

COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO

- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado(a)" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " SIM " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " SIM " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	SE SIM : Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L.8a	12

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO SIM	13
b	SE SIM : Teve essas visões no último mês? <u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u>	NÃO SIM	14
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO «b» COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «b» COTADAS "SIM" (<u>NÃO BIZARRO</u>) ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL	
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO «a» COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «a» COTADAS "SIM" (<u>NÃO BIZARRO</u>) ? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM" ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA	
L13a	SE L12 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?	→ NÃO SIM	
b	SE L13a É COTADA "SIM": Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ?	→ NÃO SIM	18
c	SE L13a É COTADA "SIM": ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL	
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA	

M. ANOREXIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M1a	Qual é a sua altura ?	_ _ _ cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	_ _ _ kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM	
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

N. BULIMIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO ↓ passar a N8	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14

* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?

NÃO	SIM
<i>BULIMIA NERVOSA ATUAL</i>	

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<i>ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</i>	

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
		A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR Ex, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..	→ NÃO	SIM	3

O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4
----	--	---	----------	-----	---

DE **O3** A **O3f** COTAR “**NÃO**” SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE

O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos” ?	NÃO	SIM	7
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

→
NÃO SIM

NÃO COTAR "SIM" NAS QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

P2 Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não senti nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA	

REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; 13 : 26-34.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0, M.I.N.I. Screen 5.0:
Afrikaans	R. Emsley	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	O. Osman, E. Al-Radi
Árabe		Em preparação
Basco		H. Banerjee, A. Banerjee
Bengali		L.G. Hranov
Búlgaro		Em preparação
Catalão		P. Zvolsky
Checo		L. Carroll, K-d Juang
Chinês		Em preparação
Croata		P. Bech, T. Scütze
Dinamarquês	P. Bech	M. Koemur
Esloveno	M. Koemur	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl	
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandês/ Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeck, K. Demyttenaere
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pelos laboratórios SmithKline Beecham e pela Coreia Europeia.

Os autores agradecem a Dra Pauline Pawers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa.

ANEXO D

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP FAMERP



Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

Parecer n.º 1.059.672

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa **CAAE 43844315.1.0000.5415** sob a responsabilidade de **Fulvio Bergamo Trevizan** com o título “Prevalência de transtornos mentais e recursos adaptativos em pacientes transplantados cardíacos” está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP**.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 12 de maio de 2015.

Luciano Garcia Lourenção
Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção
Coordenador do CEP/FAMERP

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____
(Informação sigilosa somente para controle do pesquisador)

1. Sexo: <input type="checkbox"/> 0 – Masculino <input type="checkbox"/> 1 – Feminino	2. Idade: _____ 3. Data de Nascimento: _____ / _____ / _____
--	--

4. Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0 – Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 – Ensino Fundamental: 1 a 4 série <input type="checkbox"/> 2 – Ensino Fundamental: 5 a 8 série <input type="checkbox"/> 3 – Ensino Médio <input type="checkbox"/> 4 – Ensino Superior _____
--

5. Estado Civil: <input type="checkbox"/> 0 – Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 1 – Casado(a) <input type="checkbox"/> 2 – Separado(a)/Desquitado(a) /Divorciado(a)	6. Número de Filhos: <input type="checkbox"/> 0 – Nenhum <input type="checkbox"/> 1 – Um <input type="checkbox"/> 2 – Dois <input type="checkbox"/> 3 – Três <input type="checkbox"/> 4 – Quatro ou mais
---	--

7. Com quem você mora atualmente: <input type="checkbox"/> 0 – Sozinho <input type="checkbox"/> 1 – Com o(a) esposo(a) e(ou) com os filhos <input type="checkbox"/> 2 – Com pais e(ou) com outros parentes <input type="checkbox"/> 3 – Com amigos (compartilhando despesas ou de favor)

8. Quantas pessoas moram com você? <input type="checkbox"/> 0 – Nenhum <input type="checkbox"/> 3 – Três <input type="checkbox"/> 1 – Um <input type="checkbox"/> 4 – Quatro <input type="checkbox"/> 2 – Dois <input type="checkbox"/> 5 – Cinco ou mais

↘ Continuar no verso

6. Situação Empregatícia

- 0 – Não trabalho e meus gastos são financiados pela família
- 1 – Trabalho e recebo ajuda da família
- 2 – Trabalho e me sustento
- 3 – Trabalho e contribuo com o sustento da família
- 4 – Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família
- 5 – Aposentado

7. Qual foi a sua patologia cardíaca?

8. Há quanto tempo foi realizado o transplante?

Data da Cirurgia: _____/_____/_____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo: Prevalência de transtornos mentais e recursos adaptativos em pacientes transplantados cardíacos.

Você está sendo convidado a participar de um estudo científico que vai identificar os indicadores de qualidade de vida, estratégias de enfrentamento, transtornos mentais, depressão e ansiedade em pacientes transplantados cardíacos. O estudo auxiliará no aprimoramento dos atendimentos interdisciplinares da instituição.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

Este estudo tem o propósito de identificar indicadores de transtornos mentais, especialmente a depressão e a ansiedade, em pacientes pós-transplantados do coração, identificando os níveis de suporte social, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento frente à situação pós-cirúrgica de transplante do coração.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Os pacientes são convidados pessoalmente, enquanto estão em sala de espera, a responder os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Entrevista diagnóstica padronizada breve para identificar transtornos mentais; Questionário sobre os modos de enfrentamento de problemas; Inventário de Depressão; Inventário de Ansiedade e Questionário de Qualidade de Vida. A aplicação dos testes leva cerca de uma hora e trinta minutos (1h30m). Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os procedimentos geram riscos mínimos para os participantes, como desconforto ao responder ao questionário ou percepção de que está com um sintoma não percebido anteriormente. Nesses casos, será dado todo o apoio psicológico e orientação necessária pelo pesquisador, que é psicólogo.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo, assim como você pode desistir de participar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas extras que ocorram, como transporte e alimentação serão custeados por Fulvio Bergamo Trevizan, responsável pelo estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o **pesquisador responsável: Fulvio Bergamo Trevizan** pelo telefone: (17) **99222-5755** ou pelo e-mail **fulvio.trevizan@hotmail.com**.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: **cepfamerp@famerp.br**.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da Pesquisa ou Responsável

Nome: _____

RG: _____

Pesquisador Responsável

Fulvio Bergamo Trevizan

Psicólogo | CRP SP 06/117959