

Hugo Alexandre Pinho Rebelo

**Desenvolvimento de Uma Escala de Avaliação
Psicológica**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professor Doutor Gil André da Costa Nata



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Departamento de Ciências da Educação e do Património
Junho, 2015

Agradecimentos:

O primeiro pensamento quando vejo a palavra “agradecimentos” foi pensar no meu Guilherme, a minha maior motivação para concluir a dissertação e dar mais um passo sólido para que ele um dia tenha um bocadinho mais de orgulho no pai.

Depois há um infindável mar de gente a quem gostaria de agradecer mas que provavelmente nunca irão ler esta dissertação. No entanto todos me ajudaram a crescer em todo este processo por isso um eterno agradecimento ao Bart, à Bia, aos meus Pais e a alguns amigos... Nuno Mendes e Alegria em especial.

Do ponto de vista do trabalho propriamente dito um enorme agradecimento ao dedicado professor Gil Nata, o meu orientador, que revelou, mais uma vez, ser não só uma pessoa dotada de um conhecimento quase transcendente como também alguém cuja paciência e carácter são de grande valor! Agradecer também ao Dr. João Marques-Teixeira, “o perito” pelo acompanhamento e ajuda na construção do teste assim como à turma de Psicologia que teve uma parte fulcral e determinante nos primórdios desta dissertação.

E que venha o próximo capítulo.

Resumo

A evolução da Avaliação Psicológica passa, segundo os mais diversos autores, pelo aperfeiçoamento das práticas de testagem psicológica aprofundando o conhecimento relativo à sua construção e aos processos de validação inerentes à mesma. Para que esta se torne uma mais valia é necessário assim ultrapassar diversos desafios de forma a que os instrumentos de avaliação se tornem adequados e fundamentados.

O estado da testagem psicológica em Portugal é visto como “enfermo” (Simões, 1955), caracterizado pela falta de uma validação rigorosa nos instrumentos usados, condicionada por interesses comerciais e por ser bastante limitada aos testes tradicionais, sendo estes quase sempre desenvolvidos de raiz em outros países, o que faz com que a nossa contribuição passe apenas pela validação do que já é aceite nesses mesmos países.

Esta dissertação tem como objetivo construir uma escala de avaliação psicoclínica para a população portuguesa que cumpra critérios de validação exigentes, tentando assim colmatar as falhas encontradas em alguns dos seus principais instrumentos a nível de processos de validação, assim como o seu custo dispendioso.

A parte metodológica deste trabalho aborda, numa primeira instância, o processo de construção dos itens e a validade de conteúdo dos mesmos. Seguidamente apresentamos os testes de validação realizados para a nossa escala, designadamente a análise fatorial, a validade discriminante (convergente e divergente) e a consistência interna (através do *Alpha de Cronbach*). Adicionalmente, são apresentados os valores normativos da escala.

Concluiu-se, através dos resultados, que o teste apresenta boas propriedades psicométricas e que os construtos, de uma forma geral, medem aquilo a que se propuseram medir, designadamente os indicadores de sintomatologia psicoclínica (Depressão, Ansiedade, Psicoticismo, Obsessivo-Compulsividade; Hipertimia e Fobia) e os indicadores de áreas importantes para o clínico (Sono, Sexo, Auto-Estima, Suicídio e Ideias Auto-Lesivas, Pânico).

A última parte da dissertação envolve recomendações para dar continuidade a este processo de construção e validação da nossa escala de sintomatologia psicoclínica.

Palavras-Chave: Escala, Validação, Sintomatologia Psicoclínica

Abstract

The evolution of Psychological Assessment requires, according with major authors, the improvement of psychological testing practices, deepening the knowledge relative to its construction and its processes of validation. In order to make psychological testing an asset it's required to exceed several challenges so that assessment instruments can be suitable and grounded.

The state of psychological testing in Portugal is seen as "sick" (Simões, 1995), and is characterized by lack of rigorous validation of the used instruments, conditioned by commercial interests and for being limited to the traditional tests. This tests are almost ever developed from root in other country's making our contribution limited only to validation processes of what's already accepted in those other country's

This dissertation has the objective of building a scale of psychological clinical assessment to the Portuguese population following demanding validation criteria, trying this way to bridge the flaws founded in some of its instruments on what concerns to validation processes and also their expensive cost.

The methodological part of this thesis approach, in a first instance, the item building process and its content validity. Then we will present the validation procedures that were performed to our scale, namely the factor analysis, the discriminant validity (divergent and convergent) and the internal consistency (Cronbach's Alpha). Additionally it will be presented the normative values of the scale.

We've concluded, by the results, that our test presents good psychometric properties and that the constructs are, in a general way, measuring what they proposed to measure, namely the psychological clinical symptomatology indicators (Depression, Anxiety, Psychoticism, Obsessive-Compulsiveness, Hyperthimia and Phobia) and the indicators of important areas for the clinical (Sleep, Sex, Self-Esteem, Suicide and Self-Harming Ideas, Panic).

The last part of this dissertation involves recommendations to continue this process of construction and validation of our psychological clinical symptoms.

Keywords: Scale, Validation, Psychological Clinical symptoms

Introdução	9
Parte 1 – Enquadramento teórico	
Capítulo 1 – A Qualidade de uma medida de avaliação psicológica	12
1.1 Fidelidade	12
1.1.1 Fidelidade Teste Re-teste	13
1.1.2 Fidelidade Forma Alternada	14
1.1.3 Consistência Interna	15
1.1.4 Fidelidade Intercodificadores	17
1.2 Validade	17
1.2.1 Validade de Construto	19
1.2.2 Validade de Conteúdo	20
1.2.3 Validade de Critério	21
1.2.4 Padrões de Divergência e Convergência	23
Capítulo 2 – A Avaliação Psicológica	25
2.1 A Avaliação Psicológica e o Uso de Testes	25
2.2 Os Desafios da Testagem Psicológica	26
2.3 O Uso de Provas Validadas e os seus Contextos	28
2.4 O Ruído Presente no Mercado da Testagem Psicológico	31
Capítulo 3 – Instrumentos Aferidos para a População Portuguesa	33
3.1 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos	34
3.2 Inventário de Estado e Traço de Ansiedade	35
3.3 Symptom Checklist -90- Revised	36
3.4 Inventário de Sintomas Psicopatológicos	38

3.5 Beck Depression Inventory	40
3.6 Hospital Anxiety Depression Scale	41
3.7 Questionário de Saúde Geral	42
3.8 Inventário de Avaliação Clínica da Depressão	44
3.9 Mental Health Inventory	45
3.10 Necessidades Sentidas no Contexto Português	47

Parte II – Processo Metodológico

1. A Construção da Escala de Avaliação de Sintomatologia Psicológica	49
2. Procedimento	49
2.1 Construção dos Itens.....	49
2.2 Itens da Proposta Inicial por Dimensão	52
2.3 Análises das Dimensões e a Análise Fatorial.....	53
2.4 Validade Convergente e Discriminante.....	55
3. Amostra	55
4. Resultados e Discussão da Análise Fatorial Exploratória	57
4.1 As Comunalidades.....	58
4.1.1 Psicoticismo.....	58
4.1.2 Hipertimia.....	59
4.1.3 Obsessivo-Compulsividade	60
4.1.4 Depressão.....	61
4.1.5 Ansiedade.....	62
4.1.6 Fobia	63
4.2 Extração e Rotação de Fatores.....	63
4.3 Análise das Comunalidades nos Indicadores de Áreas Clínicas	70
4.3.1 Sono.....	71

4.3.2 Ataques de Pânico.....	72
4.3.3 Sexo	72
4.3.4 Auto-Estima.....	73
4.3.5 Suicídio e Ideias Auto-Lesivas	73
4.4 Versão Final da Escala	73
4.5 Validade Convergente e Discriminante.....	75
4.6 Consistência Interna.....	78
5. Valores Normativos Relativos à Escala.....	78
6. Considerações Finais	79
Bibliografia.....	82
Anexo 1.....	89
Anexo 2.....	94
Anexo 3.....	97
Anexo 4.....	102
Anexo 5.....	104
Índice de Tabelas:	
Tabela 1 – Idade da Amostra por Categoria	56
Tabela 2 – Nível Educacional da Amostra	56
Tabela 3 – Distribuição da Amostra por Distrito.....	57
Tabela 4 – Resultados da estatística KMO e Esfericidade de Bartlett	65
Tabela 5 – Resultados da Variância Total Explicada	66
Tabela 6 – Resultados da Matriz de Componentes Rodados	67
Tabela 7 – Resultados da Validade Convergente e Divergente	75
Tabela 8 – Valores normativos da escala.....	79

Listas de Abreviaturas e Siglas

APA – American Psychological Association

AERA – American Educational Research Association

BDI – Inventário de Depressão de Beck

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

CES-D – Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HADS – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

IACLIDE – Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

MHI – Inventário de Saúde Mental

MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory

MPCR – Teste das Matrizes Coloridas de Raven

NCME – National Council of Measurement in Education

OC – Obsessivo-Compulsividade

QSG – Questionário de Saúde Geral

UPT – Universidade Portucalense

SCL-R-90 – Symptom Checklist 90 Revised

STAI – Inventário de Estado e Traço de Ansiedade

WAIS – Weschsler Adult Intelligence Scale

WISC – Weschsler Intelligence Scale for Children

Introdução

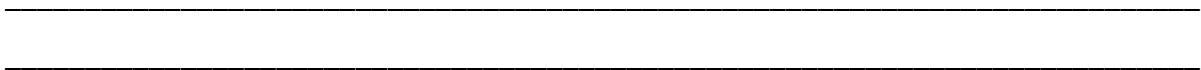
A avaliação psicológica é parte crucial na prática da psicologia, sendo que a grande maioria dos psicólogos praticantes se envolvem neste tipo de processos (Groth-Marnat, ano). O uso de testes para tomar decisões acerca de uma pessoa deverá, segundo um grande número de autores, ocorrer sempre dentro da avaliação psicológica, sendo que estes podem ser extremamente úteis quando usados apropriadamente (Urbina, 2004). Uma das áreas fundamentais da testagem é a da sintomatologia onde são usadas diversas escalas existentes no mercado atualmente, como poderemos perceber nesta dissertação. Todavia, as mesmas carecem normalmente de fundamentos psicométricos (Simões, 1995; Almeida, Araújo & Diniz, 2013). Além disso, há também a presença das editoras que publicam os testes presentes neste processo, fazendo com que os interesses dos diversos partidos envolvidos no processo de testagem não seja sempre congruente (Urbina, 2004). Um dos problemas apontados é o preço exagerado de alguns instrumentos que limita o uso de testes a muitos profissionais (Casserly & Koocher, 2003).

Assim, nesta dissertação, propomo-nos construir e validar, para a população portuguesa, uma escala de avaliação psicoclínica que aborde diversos tipos de sintomatologia, livre de custos, tentando assim colmatar alguns dos problemas existentes nesta área.

A mesma divide-se em duas partes: teórica e empírica.

A parte teórica está por sua vez dividida em três capítulos. No primeiro são abordados os aspetos essenciais da psicometria, que se mostram fundamentais no uso de um teste: a fidelidade e a validade, e as suas diferentes formas de mensuração. O segundo capítulo faz uma revisão do atual estado da avaliação psicológica e do uso de testes, abordando principalmente o panorama nacional e os desafios que se colocam, hoje em dia, à testagem psicológica. O terceiro e último capítulo desta parte dedica-se a apresentar os tipos de estudos de validade que ocorreram em alguns dos principais testes adaptados à população portuguesa nas áreas da sintomatologia psicológica coincidentes com o nosso teste, tentando dar uma noção ao leitor das falhas encontradas nesses mesmos instrumentos.

A parte empírica irá primeiramente abordar o processo de construção do teste, designadamente os procedimentos referentes à construção dos itens, e procedimentos relativos à aferição da validade do teste. Posteriormente serão apresentados os resultados e a discussão dos mesmos. A dissertação finda com a apresentação dos valores normativos relativos à escala e com as considerações finais que achamos pertinentes, sobretudo, para projetos futuros relativos à escala.



Parte I
Enquadramento Teórico

1. A Qualidade de uma Medida de Avaliação Psicológica

“A testagem psicológica compreende três grandes fases: os procedimentos, os processos e os resultados” (Pais-Ribeiro, 2013, p.251). É “no procedimento e processo que se deve garantir que as técnicas de avaliação e/ou os instrumentos utilizados são os mais válidos para responder à questão para que a avaliação foi concebida”. Para perceber quais são estes instrumentos será preciso investigar sobre a “qualidade da medida” (McDowell, 2006, p.30) que está a ser usada.

Uma vez que esta dissertação está relacionada com a construção e validação de uma escala de sintomatologia psicológica faz sentido apresentar aquilo que são os aspectos essenciais na psicometria e que se deve ter em maior atenção antes de usar um teste psicológico: “a adequação da sua fidelidade e validade” (Groth-Marnat, 2003, p.10).

1.1. Fidelidade

O termo fidelidade refere-se ao grau de estabilidade, consistência, predictabilidade e precisão dos resultados de um processo de medida (Urbina, 2004; Cohen & Swerdlik, 2009; Wasserman & Bracken, 2012; Groth-Marnat, 2003).

A fidelidade preocupa-se diretamente com o erro na medição no que se refere à consistência e estabilidade do processo de medida ao longo do tempo, pacientes e observadores (Mcdowell, 2006). É também um termo que sugere confiabilidade. Os usuários dos testes precisam assegurar que os testes sejam razoavelmente confiáveis uma vez que o resultado dos mesmos estará presente na extensão de muitas decisões importantes. “A fidelidade é então uma qualidade dos resultados dos testes que sugere que eles são suficientemente consistentes e livres de erro de medida de forma a serem proveitosos” (Urbina, 2004, p. 117).

A teoria clássica da testagem vê o valor obtido de uma medida como uma combinação de duas componentes: um resultado verdadeiro subjacente e algum grau de erro. O resultado verdadeiro é o que se pretende estabelecer, enquanto o erro refere-se à imprecisão na medida (Mcdowell, 2006). Este “está sempre presente no sistema” e provém de factores tão variados como “a leitura errada de itens, processos de administração pobres ou a mudança de humor do cliente” (Groth-Marnat, 2003, p.12), havendo assim uma

incapacidade do instrumento em medir corretamente o que pretende. A variabilidade humana e a imprecisão na testagem tornam o processo de medição extremamente complicado, sendo essas as principais questões relacionadas com o grau de erro presente num teste (Groth-Marnat, 2003).

Apesar de algum erro na testagem ser inevitável, o objetivo na construção do teste é continuar a testar os possíveis erros dentro de limites aceites como razoáveis pela comunidade. A fidedignidade¹ do teste exige a sua consistência de resultados, que é aferida através de coeficientes de correlação (Urbina, 2004).

Os quatro métodos primários de fonte de mensuração para obter fidelidade envolvem determinar: (1) a extensão na qual o teste produz resultados consistentes na sua retestagem (teste-reteste); (2) a precisão relativa de um teste numa dada altura (forma alternada); (3) a consistência interna dos itens (designadamente através do *alpha de Crohnbach* ou do método das metades); (4) o grau de concordância entre dois examinadores (intercodificadores) (Groth-Marnat, 2003; Urbina, 2004; Cohen & Swerdlik, 2009; Wasserman & Bracken, 2012, Salvia & Ysseldyke, 2001).

1.1.1. Fidelidade Teste-Reteste

Serão os resultados dos testes consistentes com o passar do tempo? A sua consistência é fundamental para poderem ser feitas decisões clínicas, educacionais, etc., e essencialmente serem preditivas de performances futuras (Wasserman & Bracken, 2012). A fidelidade teste reteste é calculada ao correlacionar resultados obtidos pela mesma pessoa em duas administrações diferentes, separadas por um certo intervalo de tempo. O grau de correlação entre estes indica a extensão na qual o resultado dos testes pode ser generalizado de uma situação para a outra (Groth-Marnat, 2003; Urbina, 2004). Se as correlações forem altas é menos provável que os resultados sejam causados por flutuações casuais no examinador ou no testando.

Quando este procedimento é usado, o tempo de intervalo entre as duas administrações tem de ser sempre especificado, uma vez que irá afetar a estabilidade dos

¹ Os termos fidelidade, fiabilidade, confiabilidade, fidedignidade são usados enquanto sinónimos, uma vez que consoante as traduções, todos estes termos são utilizados na literatura (por ex.: ver Groth-Marnat, 2003; Koon, 2005; Urbina, 2004)

resultados. Não há um tempo de intervalo que possa ser recomendado para todos os testes, uma vez que há muitos fatores que podem afectar de formas diferentes os resultados dos testes de uma pessoa em duas ocasiões diferentes (Urbina, 2004). Assim, uma das maiores dificuldades da fidelidade teste-reteste são essas fontes de variação que existem que poderão ser resultado de flutuações de curto prazo no examinador, na variação nas condições de testagem, na incapacidade da medida e, por exemplo, na memória do testando. Cohen & Swerdlik (2009) indicam que, se a variável a ser testada for altamente inconstante (e.g.: memória) este método não é usualmente adequado enquanto que “é o método preferido se a variável medida for relativamente estável” (p.143). Os técnicos deverão sempre avaliar a estabilidade dos coeficientes tendo em conta as expectativas teóricas pertinentes aos traços e comportamentos que são medidos pelo teste (Urbina, 2004).

1.1.2. Fidelidade Forma Alternada

Quando duas formas paralelas de um teste estão disponíveis, então correlacionar os resultados de ambas as formas fornece outra forma de avaliar a fidelidade. A forma alternada de um teste consiste num tipo de fidelidade onde duas ou mais formas diferentes de um teste (idênticas no seu propósito, mas diferentes no seu conteúdo específico) são preparadas e administradas ao mesmo grupo de sujeitos. Para aferir os resultados correlacionam-se as versões do teste obtendo assim os coeficientes de fidelidade da forma alternada (Urbina, 2004).

Este método evita alguns dos problemas encontrados com a fidelidade teste-reteste e tem como premissa medir o mesmo indivíduo usando formas paralelas do teste em situações diferentes, “onde o propósito será o usar um conteúdo diferente para medir os mesmos construtos” (Urbina, 2004, p.126). “O grau de similaridade entre os resultados de ambos os testes determinará o coeficiente de fidelidade do teste” (Groth-Marnat, 2003, p.14). Assim como no método prévio, o intervalo entre as administrações deverá ser sempre incluído no manual. Salvia & Ysseldyke (2001) sugerem duas semanas como o tempo máximo de intervalo e como tempo mínimo o próprio dia.

A fidelidade forma alternada elimina a influência da memória como erro possível de mensuração e deverá sempre incluir o mesmo número de itens, de tipo de conteúdo, formato e forma de administração. Tem também a vantagem de poder servir de ferramenta para programas de tratamento ou de monitorização de mudanças no paciente ao longo do tempo (Groth-Marnat, 2003).

1.1.3. Consistência Interna

Medidas de consistência interna são procedimentos estatísticos desenhados para avaliar a extensão da consistência ao longo dos itens do teste (Urbina, 2004; Wasserman & Bracken, 2012). Os testes que são mais uniformes tendem a ter mais fidelidade. A mesma é presumida pela assunção de que o erro de medida está distribuído igualmente por todo o teste.

O método das metades é uma das formas de verificar a consistência interna. Uma estimativa deste resultado é obtida pela “correlação de dois pares de resultados obtidos por metades equivalentes de um único administrado de uma só vez” (Cohen & Swerdlik, 2009, p. 146). Como há apenas uma única administração não será possível com este método que os efeitos do tempo, ou da memória, intervenham, como podiam com os métodos anteriores.

Para determinar este tipo de fidelidade o teste é frequentemente dividido entre itens pares e itens ímpares, o que é adequado para a maior parte dos testes. (Cohen & Swerdlik, 2009). Dividir o teste numa primeira parte e numa segunda não é recomendado, uma vez que é muito provável que o procedimento iria subir ou descer substancialmente o coeficiente de fidelidade (Groth-Marnat, 2003). Há também outros fatores que podem alterar este coeficiente: a fadiga que a pessoa sentiria da primeira para a segunda parte do teste e os diferentes picos de ansiedade são alguns dos exemplos (Cohen & Swerdlik, 2009). Outra das formas de fazê-lo é dividir o mesmo por conteúdos para que cada parte contenha itens equivalentes no que respeita ao conteúdo e à dificuldade.

Também este método traz algumas limitações: quando um teste é dividido em metade há menos itens em cada parte, o que resulta em maior variabilidade uma vez que as respostas individuais não podem ser estabilizadas tão facilmente à volta de uma média. Como princípio geral, quanto maior for um teste mais fiável. Quanto maior for o número de

itens mais facilmente ele compensa alterações menores à volta do construto que pretende medir. Além disso, poderá também haver diferenças de conteúdo entre a primeira e a segunda metade do teste (Groth-Marnat, 2003).

Wasserman & Bracken (2012) afirmam que muitas vezes diminui-se o conteúdo do teste para maximizar a consistência interna o que leva a que o teste seja bastante estreito em termos de conteúdo e, por isso, a sua validade fique comprometida. Acerca disto Bernstein & Nash (1994, p.265) indicam: “nunca mudem para uma medida menos válida simplesmente porque é mais fiável”.

A estatística mais comum para medir a consistência interna é o *Alpha de Cronbach* (Urbina, 2004; Wasserman & Bracken, 2012; Cohen & Swerdlick, 2009; McDowell, 2006). Este indicador representa a “média de todas as correlações possíveis presentes no método das metades e é usada onde os itens têm mais de duas opções de resposta” (McDowell, 2006, p.43). É vastamente usado como medida de fidelidade, em parte porque requer apenas uma administração do teste (Cohen & Swerdlick, 2009).

A magnitude do coeficiente *Alpha de Cronbach* é uma função de dois fatores: o número de itens do teste e o grau de variabilidade no desempenho do testado durante o teste. Qualquer falha de uniformidade no conteúdo do teste irá baixar os coeficientes pretendidos (Urbina, 2004).

Assim, para atingir a meta de fiabilidade na consistência interna deverá haver congruência nos itens do teste para que os mesmos não tenham de ser retirados e possam também produzir uniformidade nas respostas do testado nos diversos construtos que são aferidos no teste. Se estas metas forem atingidos o valor do *alpha* será atingido e transmitirá fiabilidade. Quando o valor de *alpha* é de 0.80 este deverá ser apenas considerada “suficiente” (Groth-Marnat, 2003, p.14). O grupo mais conservador considera que o valor de 0.90 é o que deverá ser o mínimo exigível para o instrumento ser considerado aceitável (Wasserman & Bracken, 2012; Urbina, 2004) enquanto que “uma correlação de 0.70 ou mais é geralmente adequada para propósitos de pesquisa” (Groth-Marnat, 2003, p.14).

1.1.4. Fidelidade Intercodificadores

Embora em alguns testes não haja qualquer tipo de subjetividade no processo de codificação e interpretação, noutros, pontuar é um processo que se baseia no julgamento do examinador. Assim, neste tipo de testes é assumido que existem flutuações na cotação de um teste por diferentes avaliadores, mesmo que as orientações das pontuações no manual estejam bastante explícitas e que os avaliadores estejam conscientes na aplicação dessas orientações. Uma vez que o julgamento varia entre um avaliador e o próximo é importante medir a extensão em que a fidelidade é afetada.

A fidelidade intercódificadores refere-se então “à consistência proporcional de variância entre os avaliadores e a mesma tende a ser correlacional” (Wasserman & Bracken, 2012, p.56). A forma de estimar o erro devido à diferença entre duas avaliações, “consiste em ter pelo menos dois sujeitos capazes de avaliar o mesmo conjunto de testes de forma a que em cada teste efetuado sejam geradas duas ou mais formas independentes de resultados” (Urbina, 2004, p.123). Assim, “a forma de determinar o grau de consistência entre os avaliadores faz-se calculando o coeficiente de correlação e o número obtido é designado por coeficiente de fidelidade intercódificadores” (Cohen & Swerdlik, 2009, p.163). Qualquer teste que requeira subjetividade na pontuação, mesma que parcial, deverá providenciar, no seu manual, informações acerca da fidelidade intercódificadores (Groth-Marnat, 2003).

Um criador responsável de um teste que seja incapaz de chegar a resultados de consistência razoáveis através deste método, deverá voltar ao plano de desenho do seu instrumento e tentar descobrir a razão do problema. Este poderá dever-se, por exemplo, à falta de clareza no critério de pontuação no manual, que precisará ser revisto, ou então a uma deficiência estrutural do teste (Cohen & Swerdlik, 2009).

1.2. Validade

A validade é a questão mais importante no que respeita à pontuação dos testes e aos seus usos (Pais-Ribeiro, 2013, Groth-Marnat, 2003, Wasserman & Bracken, 2012). Ao passo que a fidelidade se relaciona com a consistência, a validade importa-se com aquilo que é suposto que o teste meça: os seus construtos. Embora um teste possa ter fiabilidade

sem ser válido o oposto não é possível: é um pré-requisito da validade que o teste tenha o nível de fiabilidade mínimo exigido. Um teste que é válido para uma avaliação clínica deverá medir aquilo que se propõe e deverá também produzir informação útil aos avaliadores (Groth-Marnat, 2003). É, por isso, o ponto vital que suporta todas as inferências que são feitas na base do resultado dos testes. Como diria Kelly (1927, citado por Pais-Ribeiro, 2013), a “validade é a propriedade de uma técnica de avaliação que garante que ela mede o que se propõe a medir” (p.252). Numa das suas edições do “Standards for Educational and Psychological Testing” (AERA, APA & NCME, 1999, p.11), as três organizações definem validade como “o grau no qual toda a evidência acumulada suporta a interpretação pretendida dos resultados dos testes para um determinado propósito”. A validade é então uma questão de julgamentos retirados a partir de inferências que pertencem aos resultados dos testes enquanto eles são aplicados para um determinado propósito e num determinado contexto (Urbina, 2004). A validade de qualquer instrumento de avaliação não se expressa por um número; “ela requer uma análise complexa que relacione vários aspetos, nomeadamente, objetivos da avaliação, contexto, variáveis a avaliar, sujeito ou população avaliada e, essencialmente, os resultados e, as consequências da avaliação (Pais-Ribeiro, 2013, p.246).

Importa, por isso, também referir o processo de recolha e avaliação de evidências acerca da validade, a validação. Segundo Messick (1995, citado por Pais-Ribeiro, 2013) A validação requer um julgamento sobre o grau no qual provas empíricas e racionais teóricos suportam a adequação e idoneidade de inferências e acções baseadas em resultados de testes. Quer o criador do teste, quer os seus usuários, têm um papel importante no processo de validação. É responsabilidade de quem desenvolve o teste fornecer provas de validade no manual do mesmo enquanto que, em caso de algum processo de alteração do teste, cabe ao seu usuário fazer estudos locais de validação de forma a normalizar o teste à sua população alvo (Cohen & Swerdlik, 2009).

Estabelecer a validade de um teste é uma tarefa bastante árdua e complexa, primeiramente porque “as variáveis são normalmente conceitos abstratos como a inteligência, ansiedade ou personalidade” (Groth-Marnat, 2003, p.17). Uma vez que a ciência psicológica gera novos conceitos e reorganiza os estabelecidos, a conceptualização e pesquisa dos construtos medidos sofrem alterações com o tempo, requerendo que a

validação de um teste seja um processo contínuo, que nunca está terminado (Pais-Ribeiro, 2013).

A literatura lista os três principais métodos para estabelecer a validade sendo eles a validade de conteúdo, a validade de critério e validade de padrões de convergência e divergência (Wasserman & Bracken 2012; Urbina, 2004, Cohen & Swerdlik, 2009). Cohen & Swerdlik (2009) referem também que estas três abordagens não devem ser vistas como exclusivas umas das outras. Ao invés, cada uma deverá contribuir para uma imagem unificada acerca da validade do teste apesar da diferente relevância das mesmas.

Nesta conceptualização de validade poderá ser útil visualizar a validade de construto como sendo aquela que abriga todas as outras, uma vez que todas as suas variedades se baseiam na validade de construto (Cohen & Swerdlik, 2009; Urbina, 2004; Wasserman & Bracken, 2012).

1.2.1. Validade de Construto

De acordo com a American Educational Research Association (1999, citado por Cohen & Swerdlik, 2009) “A validade de construto tem sido vista como um conceito unificado para todas as evidências de validade” (p. 173), sendo a abordagem científica que dá significado a qualquer tipo de interpretação dos resultados dos testes (Urbina, 2004).

Numa versão unificadora destes conceitos, Wasserman & Bracken (2012) afirmam que a validade de construto procura evidências que permitam determinar o “grau no qual as inferências dos resultados dos testes são precisos, adequados e indicadores apropriados sobre a posição do examinado nos traços ou características medidas pelo teste” (p.50), pelo que todos os tipos de validade podem ser considerados subcategorias da validade de construto (Cohen & Swerdlik, 2009). Urbina (2004) afirma também que as estratégias de validação deverão incorporar o máximo número possível de evidências que se apropriem aos propósitos do teste. Assim, quanto maior o tamanho de dados que suportem a confirmação estatística, maior o tamanho de confiança para o uso do teste.

Wasserman & Bracken (2012) afirmam que “a validade de construto poderá ser suportada por duas classes de dados: validação externa e interna” (p.50). As evidências internas incluem informações intrínsecas sobre a medida em si, ou seja, a sua validade de

conteúdo e da sua estrutura. Por outro lado as evidências externas poderão ser aferidas a partir de dados que estejam relacionados com a validação do critério e dos dados convergentes e discriminantes.

A validade de construto representa assim a forma mais forte e mais sofisticada na construção do teste. É também um processo que nunca está terminado, uma vez que novas relações poderão ser sempre investigadas e verificadas e que envolve sempre conhecimento, quer dos fatores em estudo, quer de testagem de hipóteses (Groth-Marnat, 2003).

1.2.2. Validade de Conteúdo

Durante a construção inicial de qualquer teste os seus criadores terão de se preocupar com a sua validade de conteúdo (Urbina, 2004). De acordo com a autora, esta divide-se em dois importantes pontos: a validade de conteúdo propriamente dita, onde o conteúdo do teste e os processos de resposta devem ter relevância e representatividade adequada àquilo que pretende, e no segundo ponto, validade do ponto de vista dos testados, chamada de validade facial.

A validade de conteúdo dedica-se a julgar o quão adequadamente as amostras presentes no teste são representativas dos comportamentos da população sobre a qual o teste se propõe medir (Cohen & Swerdlik, 2009). Noutras palavras, Haynes, Richard & Kubany (1995) afirmam que a validade de conteúdo é o grau no qual os itens do teste são indicadores relevantes dos construtos que o teste aborda.

Este tipo de validade é tipicamente estabelecido através do uso de juízes peritos onde a sua tarefa é revisar o conteúdo do teste, assegurando a sua uniformidade e coerência acerca da representatividade dos construtos e também do desenho do teste (Naglieri & Graham, 2003). Os testes deverão incluir conteúdo para adequadamente se adaptar aos domínios de construto abordados. Para isso, durante a fase inicial de seleção dos itens, os criadores do teste deverão gerar os mesmos fazendo uma abordagem a todas as considerações presentes na literatura acerca do construto pretendido. (Groth-Marnat, 2003). De acordo com o autor, após este passo inicial, os peritos deverão decidir, item a item, se o seu conteúdo representa as áreas específicas pretendidas, ou se por outro lado,

não o faz. Cabe a estes excluir itens que não sejam representativos assim como sugerir possíveis alterações dos mesmos para uma melhor abordagem aos construtos.

Um conceito relacionado com a validade de conteúdo é a validade facial. Estes termos não são sinónimos uma vez que a validade de conteúdo remete-se a julgamentos feitos por peritos e, ao invés, a validade facial preocupa-se com os julgamentos feitos pelos testados acerca do teste (Groth-Marnat, 2003). Esta relaciona-se mais com o que o teste parece medir para a pessoa a ser testada do que com o que realmente mede (Cohen & Swerdlik, 2009)

Em contraste com os julgamentos acerca da fidelidade e acerca dos outros tipos de validade, os julgamentos acerca da validade facial são então frequentemente pensados sobre a perspetiva do testado e a aparência superficial que o teste tem para eles. Este deverá parecer consonante com os propósitos das situações de avaliação nos quais são aplicados. Apesar de não ser uma indicação de validade numa perspetiva psicométrica, é, todavia, uma característica desejável dos testes pois permitem promover o *rapport* e aceitação da testagem e dos seus resultados por parte dos testados. Se o conteúdo do teste parecer inadequado ou irrelevante para estes, a sua vontade de cooperar durante o processo de testagem é capaz de ser abalada (Urbina, 2005). “Um teste com falta de validade facial contribui para a falta de confiança na efetividade do mesmo o que se irá traduzir numa diminuição da cooperação e motivação do examinado para fazer o seu melhor” (Cohen & Swerdlik, 2009, p.174).

A validade facial está então presente quando o teste e os seus itens parecem relevantes à pessoa que o está a realizar. Caso isto aconteça, dir-se-á que o teste tem uma alta validade facial. Apesar da sua potencial importância, raramente são reportados estudos formais sobre este tipo de validade nos manuais dos testes (Cohen & Swerdlik, 2009).

1.2.3. Validade de Critério

A validade de critério de um teste consiste no seu grau de eficácia em predizer algo específico sobre um sujeito como por exemplo, um determinado comportamento. O comportamento do sujeito torna-se então o critério contra o qual a medida obtida pelo

teste é avaliada. Esse comportamento deverá ser medido através de técnicas independentes do próprio teste que se quer validar (Cohen & Swerdlik, 2009).

Este tipo de validade é normalmente dividida entre validade concorrente e preditiva (Groth-Marnat, 2003; Urbina, 2004; Cohen & Swerdlik, 2009; Wasserman & Bracken, 2012; McDowell, 2006).

A validade concorrente refere-se a medidas tiradas ao mesmo tempo do teste e ao grau de correlação destas com os scores dos testes. Um exemplo seria a correlação dos resultados de um teste de inteligência administrado ao mesmo tempo de uma avaliação académica (McDowell, 2006). A validade concorrente seria então formulada correlacionando ambos os resultados e averiguando a relação entre os dois. É, por isso, apropriada para resultados de testes que determinem o estado corrente da dimensão pretendida (Urbina, 2004). Este tipo de validação ocorre tipicamente quando um novo instrumento está a ser desenvolvido como uma alternativa mais conveniente e simples a um instrumento já aceite na comunidade (McDowell, 2006). Um teste que tenha demonstrado uma validade concorrente satisfatória poderá ser mais atraente aos seus usuários, uma vez que poderá ter o potencial de não ser tão caro e gastar menos tempo na sua execução.

A validade preditiva é, por outro lado, relevante para os “resultados de testes que têm como intuito serem usados para se tomar decisões baseadas em estimativas futuras de níveis de performance ou comportamentais” (Urbina, 2004, p. 159). As medidas de relação entre o resultado dos testes e os resultados da medida de critério indicarão então a validade preditiva do teste, ou seja, o quão acertadamente os resultados dos testes predizem aquilo a que se dispõe a fazer – normalmente o comportamento humano (Cohen & Swerdlik, 2009).

Idealmente este tipo de validade requer que seja recolhida informação sobre os resultados dos testes e aguardar que futuros dados – medidas de critério - estejam disponíveis, para correlacionar toda a informação obtida. É um processo por vezes impraticável devido ao factor tempo envolvido na espera dos dados futuros e da maturação dos mesmos (Urbina, 2004).

Como resultado desta impraticabilidade, a validade concorrente é muitas vezes usada como substituto da validade preditiva, mesmo em testes usados para estimar performances futuras (e.g.: admissões na faculdade, testes pré-emprego), uma vez que é um processo mais simples, menos dispendioso e não tão demorado (Urbina, 2004).

A maior consideração acerca destes dois tipos de validade está em decidir qual usar e em que situações. A validade preditiva é apropriada para testes usados para seleção e classificação de pessoal (e.g.: contratação de pessoal, fazer a triagem de sujeitos com tendência a desenvolver desordens emocionais, ou identificar traços em sujeitos para prever possíveis abordagens diferentes de tratamento). Estas situações requerem sempre que haja uma predição de um resultado futuro. Por outro lado, a validade concorrente é preferida quando uma avaliação do estado atual de um sujeito é requerida (e.g.: aferição de mudança de comportamentos, presença de mudanças sintomáticas recentes, etc.) (McDowell, 2006).

1.2.4. Padrões de Divergência e Convergência

O método de padrões de divergência e convergência consiste num tipo de validade, desenvolvido para corrigir, em parte, as inadequações e dificuldades encontradas nas outras abordagens existentes, que dependiam demasiado de julgamento subjetivo (Groth-Marnat, 2003) permitindo obter uma homogeneidade em relação ao teste e aos seus itens. Esta pode ser obtida e melhorada através de várias formulas estatísticas, que expressam normalmente o grau de correlação de respostas no mesmo construto e no teste em geral, tentando assim confirmar as relações hipotetizadas pelo criador do teste. Caso isto se verifique, o grau de confiança existente sobre o teste aumentará exponencialmente (Groth-Marnat, 2003).

Para determinar os padrões de divergência e convergência não há uma abordagem considerada a melhor: ao invés, existe uma variedade de diferentes possibilidades. A forma usada com mais destaque para infirmar a validação de construto é a análise factorial (Groth-Marnat, 2003). Esta pode ser usada para identificar e avaliar a força relativa de diferentes traços psicológicos sendo a melhor forma de lidar com o vasto número de construtos medidos pelos testes existentes (Urbina, 2004). A análise fatorial é então uma série de procedimentos estatísticos que correlacionam os resultados globais, os resultados dos subtestes e também os resultados item a item, desenhada para extrair padrões de intercorrelações presentes num conjunto de variáveis. Um dos seus principais objetivos é o de reduzir o número de dimensões necessárias para descrever dados derivados de um vasto

número de medidas (Urbina, 2004). Se a análise fatorial de um teste construído para medir a ansiedade e a depressão determinar dois claros fatores, que se reportem a uma grande porção do que o teste pretende medir, então o teste deverá ser considerado como tendo validade fatorial, uma vez que confirma a estrutura que era pretendida e a distinção clara entre os dois fatores (Groth-Marnat, 2003).

Há duas formas básicas de conduzir análises fatoriais: a análise fatorial exploratória, e a análise fatorial confirmatória – mais recente (Urbina, 2004; Floyd & Widaman, 1995). A “análise exploratória tipicamente envolve estimar ou extrair fatores e decidir quantos fatores se deve reter, assim como rodar fatores para interpretar a sua orientação” (Floyd & Widaman, 1995, p.287). Em contraste, na análise confirmatória uma estrutura de fatores é hipotetizada e testada pelo criador do teste com o intuito de confirmar as suas teorias acerca dos fatores que é presumível existirem no teste (Urbina, 2004). O produto final da análise fatorial será uma matriz de fatores, que consiste numa tabela que lista as saturações de cada uma das variáveis originais nos fatores extraídos da análise. Estas saturações são correlações entre as medidas originais na matriz de correlações e os fatores extraídos (Urbina, 2004).

A validade convergente e discriminante é outra forma de avaliar os padrões de convergência e divergência (Wasserman & Bracken, 2012; Cohen & Swerdlik, 2009). Se os resultados de um teste que passa pelo seu processo de validação de construto tendem a correlacionar-se com os *scores* de um teste já validado desenhado para medir um construto similar, então poderemos dizer que este tem validade convergente (Cohen & Swerdlik, 2009). Complementarmente, caso os resultados dos testes não se relacionem com medidas de diferentes construtos psicológicos, então estará estabelecida a validade discriminante (Wasserman & Bracken, 2012).

O denominador comum a estes procedimentos é que todos produzem evidência em formas de padrões de convergência e divergência entre os resultados dos testes e as outras variáveis (Urbina, 2004).

2. A Avaliação Psicológica

2.1. A Avaliação Psicológica e o Uso de testes

A testagem psicológica é, hoje em dia, parte das principais culturas mundiais, sendo realizada, não só na vertente clínica como também nos mais diversos *settings* (e.g.: escolas, empresas, vocacionais) (Miller, Lovler & McIntire, 2013). De acordo com Watkins *et al.* (1995, citado por Groth-Marnat, 2003) Cerca de 91% dos psicólogos em atividade praticam esta vertente da Psicologia. Um relatório publicado em 2001 por um grupo de trabalho de avaliação psicológica designado para avaliar a mesma *pela American Psychological Association* conclui que o trabalho nesta área tem vindo a ser cada vez mais eficaz e que as avaliações psicológicas são tão válidas quanto necessárias (Meyer *et al.*, 2001).

Um teste de avaliação psicológico é, de acordo com Urbina (2004) um “procedimento sistemático para obter amostras de comportamento relevante para o funcionamento cognitivo ou afetivo” (p.4). Menciona também que o factor mais básico acerca dos mesmos é que são ferramentas, ou seja, eles são um meio de atingir um fim, sendo que esse fim é a avaliação psicológica. O uso de testes para tomar decisões acerca de uma pessoa “deverá ocorrer sempre no contexto da avaliação psicológica” (p.21) e não como um processo independente de tomada de decisão. É um processo facilitador daquilo que é a avaliação psicológica. Groth-Marnat (2003) afirma que os instrumentos usados na avaliação psicológica poderão ser considerados a fundação da mesma assumindo-se assim como uma parte vital da investigação clínica relativa à avaliação em questão.

Pais-Ribeiro (2013) define a avaliação psicológica como a “atividade científica e profissional que consiste em recolher, integrar e avaliar dados, acerca de um sujeito, com recurso, sempre que possível a diferentes fontes” (p.251). É, por isso, um processo que envolve “recolher a mais variada informação, obtida geralmente através de múltiplos testes e instrumentos, considerando sempre os dados no contexto da história, informação proveniente de avaliações complementares, e o comportamento observado, visando compreender a pessoa que está a ser avaliada” (p.255). É depois nos procedimentos que se revela toda a importância da testagem psicológica como núcleo de um processo de avaliação uma vez que é o instrumento de avaliação – normalmente na forma de técnicas de medidas estandardizadas – que permite criar e confirmar inferências acerca do contexto ou

construto pretendido. “O resultado da medição expressa a compreensão do que o observador observa sobre o observado” (p.244), sendo por isso uma ferramenta vital na tomada de decisão de qualquer prática de avaliação psicológica.

2.2. Os Desafios da Testagem Psicológica

Para haver uma mais valia informativa dos testes de avaliação, é necessário ultrapassar desafios de forma a que os mesmos se tornem “instrumentos adequados, convenientemente estudados e fundamentados” (Simões, 1995, p. 3).

A adequação destes objetivos primários à realidade é definida por Simões (1995) como “enferma” já que os testes carecem normalmente de fundamentos psicométricos que estejam devidamente estudados e adaptados aos diversos tipos de realidade. Além disso, o autor afirma que a formação dos psicólogos nesta área nem sempre é suficiente. Naglieri & Graham (2003) mencionam como parte importante dos problemas da avaliação psicológica atual a inadequação no treino de novos estudantes, afirmando também que a mesma “é bastante limitada aos instrumentos tradicionais” (p. 590), onde os praticantes tendem a usar os instrumentos que aprenderam e são normalmente resistentes à mudança, sendo na ótica dos autores talvez o maior impedimento para o avanço futuro da avaliação psicológica. Esta natureza conservadora de muitos profissionais e da indústria tem levado a uma dependência excessiva de práticas convencionais. Muñiz *et al.* (2001) elaboraram um questionário a nível europeu, ao abrigo da European Federation of Psychologists Associations (EFPA), comité designado pela APA, com o intuito de oferecer uma visão global da situação corrente respeitante à opinião que os psicólogos tinham acerca dos testes tendo confirmado muito dos pontos já referidos em cima. Um dos pontos de nota nos resultados dos questionários é a de que os psicólogos acham que não recebem formação suficiente – quer no período académico, quer após a graduação - acerca da maioria dos testes e que estes últimos carecem de informação técnica. Um estudo de Mendes, Abreu-Lima & Almeida (2013) confirmou o mesmo panorama no nosso país ao aferir que os psicólogos portugueses apontam as mesmas lacunas na formação académica recebida assim como a falta de preocupações com a formação contínua na área da avaliação psicológica em Portugal. Neste estudo, 34% dos inquiridos apontaram esta necessidade como uma das mais relevantes no nosso país, manifestando necessidade de formação do domínio da avaliação,

mas também a atualização e reciclagem dos testes usados e o contato com novos instrumentos.

Os instrumentos e métodos tradicionais permitiram que a avaliação psicológica se desenvolvesse numa disciplina viável da psicologia, mas não poderão sustentar a mesma nos próximos 100 anos uma vez que as necessidades na avaliação hoje em dia não são as mesmas da altura em que os testes começaram a ser desenvolvidos (Naglieri & Graham, 2003). Por tudo isto, “o campo da avaliação psicológica assiste, hoje em dia, à necessidade de se redefinir” (p. 582). Deverão então ocorrer mudanças na forma como os estudantes são educados de maneira a possibilitar que a avaliação psicológica seja vista como uma ciência forte e reconhecida.

Levanta-se também o problema relacionado com a extrapolação do uso de testes de avaliação psicológica. Acerca deste assunto os autores dão o exemplo de procedimentos que são usados em *settings* diferentes aos quais se propõe. Um deles é o uso do *MMPI - Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (Hathaway & Mckinley, 1989) que foi desenvolvido para diagnosticar pacientes enquadrados em *settings* psiquiátricos e que é, hoje em dia, usado em seleção de pessoal, e contextos laborais e médicos. O mesmo acontece com os testes convencionais de QI que foram desenvolvidos para avaliar o nível de competências da pessoa e que são hoje em dia usados para todo o tipo de propósitos de diagnósticos (dificuldades de aprendizagem, desordens do défice de atenção, etc.) para os quais não estavam previstos e onde a sua validade não é suportada.

Cassery & Koocher (2003) sugerem que os psicólogos devem estar atentos às linhas relevantes e particulares de cada tipo de avaliação que estejam a conduzir, conhecer os dados relativos à fidelidade e validade do teste, e estar suficientemente familiarizados com o uso do mesmo, assegurando também a sua administração e cotação de forma estandardizada e confidencial.

Além destes problemas de fundo no uso dos testes de avaliação psicológica Pope e Vetler (1992, citado por Almeida, Simões & Gonçalves, 1995) enumeram outros problemas éticos nesta área, mencionando a falta de proteção dos materiais dos testes, a sua fácil disponibilidade e acesso por parte de pessoas que não têm formação para os usar, e a formulação de conclusões importantes tendo como base apenas um instrumento ignorando outras informações relevantes. A APA e outras organizações têm publicado inúmeros documentos com o intuito de delinear abordagens éticas para combater todos estes

problemas, mas apesar dos inúmeros avanços ainda existe muito trabalho a ser feito nesta área (Cohen & Swerdlik, 2010). Também o aparecimento da Ordem dos Psicólogos Portugueses em 2008 permitiu, de acordo com Diniz, Araújo e Almeida (2013), melhorar a falta de orientações técnicas e éticas na realização dessa mesma avaliação. Os autores remetem assim parte da responsabilidade na melhoria nas práticas da avaliação psicológica para a Ordem afirmando que a mesma tem vindo a investir mais na atualização dos testes disponíveis, convergindo com as universidades na definição do âmbito e metodologia da formação do psicólogo enquanto praticante de avaliação, fazendo com que ele possa adquirir um “conjunto vasto de competências técnicas e éticas” (p. 148).

Para uma mais satisfatória evolução de toda a cientificidade da avaliação psicológica é também preciso encontrar uma lista de preocupações comuns e complementares que cooperem para uma melhor compreensão dos instrumentos disponíveis e um aperfeiçoamento das práticas de avaliação psicológica, aprofundando assim o conhecimento relativo à construção, processos de validação, usos legítimos, limites e utilizações abusivas, tentando combater alguns dos problemas éticos existentes atualmente neste ramo da psicologia (Miller, Lovler & Mcintire, 2011).

2.3 O Uso de Provas Validadas e os seus Contextos

Em 1994, no seu artigo “Notas em torno da arquitetura da Avaliação Psicológica” Simões afirmava que fazia sentido falar numa crise na avaliação psicológica (p. 32). A “crise” neste ramo da psicologia está associada às ideias relacionadas com a validade onde o autor afirma que é necessária uma melhor conceptualização nos processos de medida, na relação entre o tipo de escala de medida e os procedimentos estatísticos, na possibilidade dos números produzidos pelos instrumentos de medida não traduzirem realmente a manifestação atual das variáveis psicológicas pretendidas e, finalmente, na discrepância entre os desenvolvimentos de psicometria, as aspirações no que concerne à sua aplicação e aquilo que é razoável ser implementado na prática.

Muñiz *et al.* (2001) faz referência à falta de validação de algumas provas para as diferentes culturas e países e também ao uso de instrumentos atualizados ao nível teórico corrente da psicologia. Almeida, Simões e Gonçalves (1995) mencionam igualmente o facto

de algumas das provas usadas em Portugal não se encontrarem devidamente estudadas na população Portuguesa pelo que “o seu uso é de evitar” (p. 5).

A falta de investigação em instrumentos que são prioritários em outros países, tais como *Wechsler Intelligence Scale for Children III (WISC-III)*, *Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)*, *MMPI-2*, *Stanford Binet Intelligence Scale*, *Beck Depression Inventory II (BDI-II)*, “tornam as possibilidades de escolha de instrumentos de avaliação muito limitada em relação a uma larga diversidade de variáveis relevantes” (p. 33). Além disso, afirmam que ao contrário de outros países, o nosso não possui devidamente disponível a listagem, descrição e análise dos instrumentos de avaliação psicológicos adaptados à nossa população, com a consequência de tornarem “as possibilidades de escolha de instrumentos de avaliação muito limitada em relação a uma larga diversidade de variáveis relevantes” (p. 34).

Todo este mau funcionamento é também explicável pelo surgimento tardio da psicologia em Portugal. O aparecimento dos primeiros cursos de psicologia deu-se em 1970 (Diniz, Almeida & Pais, 2007).

Almeida, Simões e Gonçalves (1995) afirmam ainda que as “crescentes exigências sociais colocadas à prática psicológica obrigam a respostas técnicas cada vez mais habilitadas e irrefutáveis do ponto de vista técnico e ético” (p. 7), dando assim a perspectiva de que o Psicólogo teria de ter garantias da validade das mesmas para a sua população alvo, defendendo consequentemente que não faz sentido usar provas não-aferidas para a população portuguesa, por mais importante que sejam ou por maior que seja o seu reconhecimento no âmbito internacional. Para melhorar este panorama os autores afirmam que os principais instrumentos usados deveriam ser adaptados e aferidos à população portuguesa o que pressupõe a “realização de estudos no âmbito da análise de itens, da precisão, da validade e da elaboração de normas representativas” (p. 33).

Deve-se no entanto salientar alguma evolução positiva. De facto, segundo Diniz, Araújo & Almeida (2013), a consolidação da Testagem Psicológica tem vindo a ser estabelecida devido, principalmente, “à renovação do corpo docente das universidades” assim como ao “descontentamento e crítica relativamente à psicometria e aos testes psicológicos” (p. 145), que levaram consequentemente à pressão dos mesmos para estudos na área da validação de provas psicológicas. Para esta consolidação têm contribuído, de acordo com os autores, algumas teses de doutoramento que tomaram a construção e a

adaptação de testes psicológicos como tema central, algo que passou a ser aceite nos meios académicos. Diniz, Araújo e Almeida (2013) sublinham ainda que a participação de docentes universitários na adaptação e validação de novas provas, assim como a atualização das mesmas deve ser incentivada, usando para isso estudos inerentes a teses de mestrado e doutoramento. Várias universidades têm contribuído com o seu trabalho no âmbito da Avaliação Psicológica onde as dissertações se foram centrando na adaptação e validação de instrumentos de avaliação assim como a sua futura utilização o que permitiu a normalização de instrumentos como a *WISC*, Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (*MPCR*), *MMPI*, *BDI II*; *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-R-90)*, *Brief Symptom Inventory (BSI)*, entre outros.

Apesar da crescente dinamização da Testagem Psicológica em Portugal e dos seus recursos, alguns inquéritos conduzidos por psicólogos portugueses apontam várias dificuldades e necessidades que existem neste campo (Diniz, Almeida & Pais, 2007; Diniz, Araújo e Almeida, 2013).

Diniz, Almeida & Pais (2007) concluíram que, das principais provas que os psicólogos mencionaram usar apenas se encontram validadas para a população portuguesa 44%, o que traduz uma elevada utilização de provas cujos resultados não são confiáveis, o que põe em causa quase todas as premissas da validade na testagem psicológica. Ainda segundo os autores, esta é uma situação mais frequente na área da personalidade do que na inteligência. Outra das ilações que tiraram foi a de que, nas necessidades sentidas pelos psicólogos no âmbito da testagem psicológica está a formação, as validações para Portugal, a supervisão pós-graduada e, por fim, a existência de maior divulgação.

Diniz, Almeida & Pais (2007) afirmam que tudo isto faz com que haja a clara necessidade de sensibilizar os psicólogos portugueses, em especial os académicos, para a necessidade de mais estudos de aferição para Portugal de provas psicológicas.

Algo que veio melhorar as labilidades sentidas em Portugal foi a adaptação para Portugal da regulamentação internacional específica quanto à utilização das provas psicológica (Comissão para a Adaptação Portuguesa das Diretrizes Internacionais para a Utilização de Testes, 2003). Ao longo de várias reuniões o grupo de trabalho discutiu questões relacionadas com o conteúdo das diretrizes, assim como problemas técnicos e de linguagem, tendo em vista a preparação de um instrumento útil para os utilizadores portugueses de testes, contribuindo assim para a sua melhor utilização dos testes descrevendo a forma mais adequada de os utilizar. Assim sendo, “os testes devem assentar

em dados empíricos que comprovem a sua fidelidade ou precisão e a sua validade, face aos objetivos da avaliação” e “conhecimentos psicológicos sólidos” (p.17).

No futuro, e de acordo com Almeida *et al.* (2008) os testes usados deverão ter suficiente validade para informar sobre os problemas em análise ou as decisões a tomar em cada situação de avaliação. Os psicólogos que desenvolvem testes devem usar “procedimentos psicométricos apropriados e conhecimentos científicos e profissionais atualizados no que diz respeito ao desenho, standardização, validação e redução ou eliminação de enviesamento e recomendações para a sua utilização” (Simões, 2005, p. 249).

2.4 O Ruído presente no mercado da Testagem Psicológica

Um dos fatores intrínsecos aos testes de avaliação psicológica é que estes são, muitas vezes, produtos comerciais. De acordo com Haney, Madaus, & Lyons (1993) os testes de avaliação psicológica têm uma receita de vendas de cerca de 500 milhões de dólares anuais e, de acordo com os autores, dado que o campo da psicologia se tem vindo a alargar, é muito provável que as receitas sejam cada vez maiores. É um número bastante considerável que acarreta o investimento de grandes empresas na sua produção e distribuição, e onde poderá correr-se o risco dos lucros obtidos serem colocados à frente de aspetos éticos que deveriam ser a primeira preocupação dos psicólogos. O consumismo cada vez maior deste tipo de produto leva a que haja cada vez mais críticas ao mesmo. Questões como o marketing, a política de vendas – que não respeitam muitas vezes as finalidades do teste - Em resultado de serem produtos comerciais, “muitos dos publicadores têm vendido testes a pessoas ou instituições sem usar medidas de segurança de verificação ou não da posse das devidas credenciais” (Urbina, 2004, p. 27). Apesar dos discursos das companhias sobre a sua boa fé e sobre vendas exclusivamente a pessoas qualificadas para o efeito, quando criticadas passam frequentemente as culpas para os usuários dos mesmos, afirmando, entre outras coisas, que não podem controlar o comportamento dos indivíduos ou das instituições para onde os testes são enviados (Urbina, 2004).

A autora afirma que “o interesse das várias partes envolvidas no processo de testagem são normalmente, mas não sempre, congruentes” (p. 6). Existe, por vezes, um conjunto de interesses (publicadores vs. psicólogos) desajustado. Por um lado, os

publicadores estão interessados em encontrar mercados onde os testes se possam aplicar tendo sempre a tendência a desenvolver testes que poderão dar mais lucro (eg: inteligência) não dando, por isso, tanta importância a testes específicos e de interesse detalhado e direcionado. Por outro lado, os psicólogos, ao contrário dos publicadores, estarão sempre mais preocupados no uso apropriado dos testes assim como em explorar áreas de teorização menos investigadas da avaliação psicológica denotando-se aqui certo conflito de interesses.

De acordo com Casserly & Koocher (2003), apesar de estas companhias empregarem um número importante de psicólogos, as críticas que se têm vindo a levantar são normalmente respondidas por advogados em vez de peritos em testagem psicométrica. Os autores indicam que “é difícil avaliar o grau de influência que os psicólogos têm nestes grandes negócios pelo que será sempre difícil assegurar a integridade ética no seu uso” (p.580). Segundo com Urbina (2004), deverá “haver uma maior clarificação sobre o papel dos diversos partidos envolvidos nestas empresas uma vez que os testes são ferramentas profissionais que devem ser usadas para beneficiar as pessoas e não apenas como produtos comerciais” (p. 7).

Os publicadores dos testes deverão comercializar os seus produtos de uma forma clara e verdadeira, tentando garantir um manual que inclua as características psicométricas do teste e informação detalhada sobre os procedimentos quer de administração, quer de pontuação. Deverão também assegurar a segurança do teste fazendo com que o seu conteúdo não seja público, algo que nem sempre ocorre de uma forma satisfatória. (Miller, Lovler & Mcintire, 2011). Segundo os autores, muitas vezes os testes conseguem ser adquiridos por pessoas não qualificadas, em outras tantas os testes são publicados em revistas, jornais, e livros populares com informação que induz ao erro ou que esteja incompleta, o que poderá levar a que o mesmo não tenha validade para ser usado no futuro. Outro dos frutos que estas publicações poderão trazer é o de “lesões psicológicas a sujeitos que realizam e tentam interpretar o teste” (p. 75).

Naglieri & Graham (2003) citam mais um campo onde há extrapolação daquilo que deveriam ser os objetivos da Testagem Psicológica e da sua indústria, fazendo menção ao uso indevido de resultados de testes de avaliação psicológica também por empresas de seguros e de serviços de saúde. Estas normalmente não têm interesse em saber o tipo de testes usados ou se foram empiricamente validados ou não, resultando muitas vezes em

dados falsos acerca de problemas situacionais, que passam em claro face ao interesse maior das questões monetárias ao invés das éticas e deontológicas do uso dos mesmos testes. Outro exemplo é a distribuição de testes obsoletos, com itens desatualizados, algo que tem vindo a acontecer em companhias de serviços educacionais que emitem produtos que já não são administráveis para serem usados na forma de testes de treino (Miller, Lovler & McIntire, 2011).

Todos estes exemplos demonstram que muitas vezes não são respeitados os elementos da validade e fidelidade do teste havendo por isso a distorção dos objetivos do mesmo em troca de lucros financeiros. Sem o ruído das publicadoras poderão desenvolver-se testes com melhores processos de validação uma vez que nestes não estão envolvidos interesses que lhes possam ser prejudiciais.

3. Instrumentos Aferidos para a População Portuguesa

O ensino universitário da Psicologia surge, de acordo com Almeida, Araújo e Diniz (2013) “tardamente”. Isto levou a que a afirmação da psicologia como área de pesquisa sofresse diversos atrasos o que veio, ao longo do tempo, a gerar algum descontentamento e crítica relativamente à psicometria e aos testes psicológicos. Com a chegada dos psicólogos ao mais variado tipo de mercado de trabalho (e.g.: educação, saúde, clínica, organizacional e trabalho) emergiu a “necessidade sentida de instrumentos fiáveis e validados” (Almeida, Araújo & Diniz, 2013, p. 145). Como foi visto anteriormente, é fundamental utilizar testes validados para a população portuguesa assegurando também a qualidade de medida apropriada para a mesma.

Uma vez que esta dissertação assenta na construção e validação de um novo instrumento torna-se importante analisar alguns dos principais testes já adaptados à população portuguesa na área da sintomatologia psicológica que se pretende avaliar. Através da literatura tentou-se aferir quais os testes mais usados em Portugal (eg: Diniz, Almeida & Pais, 2007; Almeida *et al.*, 2008) e sistematizando quais os tipos de estudos de validade que ocorreram nesses mesmos testes ficando assim com uma noção da suficiência ou não dessas provas vastamente usadas no nosso país. Através desta pesquisa detetamos as seguintes medidas como sendo largamente utilizadas em Portugal A Escala de depressão

do centro de estudos epidemiológicos, o Inventário de Estado e Traço e Ansiedade, *Symptom Checklist-90-Revised*; *Brief Symptom Inventory*, *Beck Depression Inventory II*, *Hospital Anxiety Depression Scale*, Questionário de Saúde Geral, *Mental Health Inventory* e o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão.

3.1. Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D)

A escala de Depressão do *Center for Epidemiologic Studies* (CES-D) é uma escala que remete para uma perspectiva dimensional das perturbações depressivas, isto é, para a ideia duma variação contínua entre o funcionamento normal e as formas de depressão mais graves. Os 20 itens que a constituem foram selecionados de um conjunto de itens incluídos em escalas de depressão anteriormente validadas, de forma a representarem as componentes mais importantes da sintomatologia depressiva identificada a partir da literatura e dos estudos de análise fatorial. Estas componentes incluem humor depressivo, sentimentos de culpa, desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono (Gonçalves & Fagulha, 2004).

As dimensões avaliadas são o nível atual de sintomatologia depressiva, com ênfase na componente afetiva (humor depressivo). A população alvo é a população geral, sendo igualmente adequada para as populações clínicas (Gonçalves & Fagulha, 2004).

Os autores anteriormente citados realizaram três estudos para validar a escala na população portuguesa. O estudo A (ano 2000) contou com uma amostra de 195 estudantes universitários do primeiro ano de psicologia, onde foi avaliada a consistência interna, as características dos itens e a correlação dos resultados com o inventário de depressão de Beck. O estudo B derivou de uma amostra recolhida num centro de saúde, abrangendo 260 sujeitos com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos. Estes participaram também numa entrevista adaptada do módulo de avaliação das perturbações do humor, da versão clínica da SCID-1 (*Structural Clinical Interview for DSM-IV: Axis I Disorders*). No último estudo utilizou-se uma amostra de 135 sujeitos da população geral com as mesmas idades do estudo anterior. Estes dois estudos ocorreram entre 2000 e 2001. Os valores do estudo de consistência interna foram: no estudo A obteve-se um *Alpha de Cronbach* de 0.92, no B um valor de 0.89 e por fim obteve-se um *Alpha de Cronbach* de 0.87, valores que mostram uma elevada consistência interna (Gonçalves & Fagulha, 2004).

Efetuarão-se também análises fatoriais dos estudos acima referidos e verificou-se que, em qualquer das amostras é possível encontrar uma estrutura muito semelhante à observada nos estudos com a versão original onde os fatores gerados foram o humor deprimido, humor positivo, sintomas somáticos e perturbação da atividade e interpessoal. A análise fatorial confirmatória revelou uma forte correlação entre os 4 fatores. Foi também encontrada uma correlação de 0.76 entre os resultados do CES-D e o somatório dos sintomas depressivos observados na entrevista clínica. A relação encontrada entre a CES-D e o Inventário de depressão de Beck foi de 0.75 (Gonçalves & Fagulha, 2004).

Tendo em conta estes resultados e os pontos anteriormente falados acerca dos processos de validade e fidelidade pode-se afirmar que a CES-D é adequada para ser aplicada na população portuguesa uma vez que transmite confiabilidade acerca da sua validade e fidelidade. Todavia trata-se de uma escala que mede somente a depressão enquanto que, como objetivo desta dissertação, está a construção de uma escala de despiste inicial que meça um conjunto de sintomatologia bastante alargada, algo que não acontece neste caso.

3.2. Inventário de Estado e Traço de Ansiedade (STAI)

O STAI de Spielberger (1983) é um instrumento de relato pessoal, constituído por duas escalas de vinte itens, aplicável a maiores de 16 anos, e de âmbito de utilização vasto. Tenta medir diferentes estados de ansiedade, segundo a concepção proposta por Freud que dizia haver uma ansiedade objetiva (Ansiedade estado – função adaptativa, ao chamar a atenção para um perigo real) e uma ansiedade neurótica (Ansiedade traço – não é um perigo real, tem origem nas pulsões recalcado) (Almeida *et al.*, 2008).

Este teste pretende esclarecer a relação entre a ansiedade como estado e como traço e também especificar as características das condições stressantes que evocam níveis diferentes de estado de ansiedade em pessoas que diferem em traço de ansiedade (Silva & Campos, 1998).

Foram três os estudos realizados em Portugal (Almeida *et al.*, 2008), sendo que o primeiro foi aquele a que daremos mais relevo, uma vez que tentou ser o mais abrangente, avaliando diversos tipos populacionais com amostras de grande número (o terceiro estudo,

por exemplo, aplicou-se a 162 estudantes antes de um teste de matemática o que mostra as suas limitações quer a nível de amostra quer em termos comportamentais).

O primeiro estudo contou com diversos grupos populacionais: estudantes do ensino secundário, estudantes universitários e adultos em exercício de profissão, com idades compreendidas entre os 19 e os 39 (Silva & Campos, 1998).

A amostra de estudantes do ensino secundário é constituída por 737 sujeitos onde foi analisada a consistência interna na escala Ansiedade-Traço e na escala Ansiedade-Estado. Os valores de *Alpha de Cronbach* foram de 0,90 e 0,89 na ansiedade-traço (sexo masculino e Feminino respetivamente) e de 0,90 e 0,88 na ansiedade-estado, afirmando os autores que “estes são valores muito favoráveis, que atestam da consistência interna do STAI” (p.74). A amostra de estudantes universitários é constituída por 701 sujeitos. Os valores de *Alpha Cronbach* foram igualmente consideráveis, mais concretamente de 0,89 e 0,91 nos grupos masculinos e femininos da escala ansiedade-estado e 0,90 em ambos os grupos da escala de ansiedade-traço. A amostra de de adultos é constituída por 517 sujeitos. Os valores dos coeficientes Alpha apresentam-se uma vez mais satisfatórios: 0,91 e 0,93 na escala ansiedade-estado e 0,89 e 0,90 na escala ansiedade-traço para sexo masculino e feminino respetivamente (Silva & Campos, 1998).

Embora os autores afirmem que toda esta investigação levou ao estabelecimento da forma final portuguesa do teste e que seja por eles “considerada como dotada das qualidades requeridas para a sua aplicação, tendo em vista a respetiva aferição para a população portuguesa” (p.71), e de acordo com o que foi revisto no capítulo I da nossa dissertação podemos afirmar que este teste carece de investigação acerca da sua validade. Apenas foi calculada a consistência interna, pelo que a validade de construto e as suas diversas componentes não foi aferida, havendo assim falhas notórias neste processo.

3.3. Symptom Checklist -90- Revised (SCL-90-R)

O *Symptom Checklist-90 – Revised (SCL-90-R)* criado por Derogatis (1992), é um questionário de auto relato que pretende fazer uma avaliação mais direcionada para a sintomatologia clínica (Derogatis, 1992). É um inventário de auto resposta que avalia sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas, mas também em indivíduos

que não se encontram perturbados emocionalmente. Pretende avaliar a presença de psicopatologia, mal-estar psicológico e a existência de stress (*distress*) (Derogatis, 1992).

É composto por 90 itens que são cotados a partir de uma escala de *Likert* de cinco pontos que se referem aos diferentes níveis de mal-estar. É cotado em nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais. As dimensões são a somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Os índices globais tentam fornecer medidas complementares sendo elas o Índice geral de sintomas (IGS), que combina a informação de números de sintomas com a sua intensidade, o Número de Sintomas Positivos (NSP), que indica o número de sintomas presentes e finalmente o Índice de sintomas positivos (ISP), sendo este uma medida da intensidade ajustada para o número de sintomas presentes.

Uma vez que esta escala é bastante semelhante à que estamos a tentar construir pareceu-nos indicado incluir, quer nesta escala, quer na que se segue, as conclusões do estudo de validação portugueses e também da escala original.

Assim, quanto às suas características psicométricas, o *SCL-90-R* apresenta uma boa consistência interna, apresentou níveis de consistência interna avaliados pelo *Alpha de Cronbach*, que variam entre 0.84 (Sensibilidade Interpessoal) e 0.90 (Depressão). A estabilidade temporal avaliada pelo método de teste-reteste, num intervalo de uma semana, apresentou valores de correlação que variaram entre 0,80 (Hostilidade) e 0,90 (Ansiedade) (Derogatis, 1992).

A versão portuguesa deste questionário foi elaborada por Batista (1993), onde o estudo psicométrico realizado obteve, segundo o autor, valores elevados de consistência interna. O *Alpha de Cronbach* variou entre 0.74 e 0.97 e na consistência teste reteste as correlações encontradas foram de 0.78 e de 0.90. Afirma o autor que se confirmou assim a estrutura dimensional derivada clinicamente. Adicionalmente, foi demonstrada a sua invariância através do sexo (Batista, 1993), ou seja, que os valores não se alteraram independentemente do sexo.

Muito embora o autor indique que a estrutura dimensional se encontra validada, não é essa a conclusão a que se chega, uma vez que não há qualquer tipo de indicação sobre elementos da validação que, como visto anteriormente, são fulcrais para todo este processo. Não há aqui qualquer análise fatorial, nem parece haver validade convergente existindo apenas indicações sobre a consistência interna e a fidelidade teste-reteste, sendo

por isso notória a fragilidade desta escala, do ponto de vista da sua aferição para a população portuguesa.

3.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O *BSI (Brief Symptom Inventory)* pode ser administrado a doentes de foro psiquiátrico e psicológico, e a quaisquer outros indivíduos de população geral. A idade mínima recomendada é de 13 anos. É uma versão “reduzida” do *SCL-90-R* medindo as mesmas dimensões primárias descritas por Derogatis: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. Mede também as dimensões gerais propostas no *SCL-90-R*: índice geral de sintomas, número de sintomas positivos, índice de sintomas positivos (Canavarro, 1999).

O *BSI* surgiu como tentativa de resposta de Derogatis (1993) aos que afirmavam que o seu teste *SCL-90-R* era demasiado longo. Analisando a fundo a sua obra o autor sugeriu “que cinco ou seis itens de cada escala teriam suficiente peso para suportar sozinhos a definição operacional de cada dimensão psicopatológica” (Canavarro, 1999, p.97). Assim, os itens com maior peso em cada dimensão foram selecionados para formar o *BSI*. As correlações encontradas para as nove dimensões psicopatológicas entre o *BSI* e o *SCL-90-R* variam entre 0.31 e 0.72, onde Derogatis (1993, citado por Canavarro, 1999) conclui que os instrumentos medem ambos os mesmos construtos. Embora os autores afirmam que os instrumentos medem os mesmos construtos devemos indicar que uma correlação de 0.31 para dimensões que pretendem medir o mesmo é extremamente baixo² (Thompson, 2008). Além disso, tendo em conta que foram selecionados os itens do *SCL-90-R* com maior peso para formar o *BSI*, era de esperar correlações muito mais altas.

Há diversas vantagens no uso do *BSI*. A primeira é que o seu uso é vastamente aceite pela comunidade científica. Além disso, é uma escala prática e concisa, sendo por isso uma ferramenta muito útil quando o tempo de avaliação psicológica é limitado (Loutsiou-Ladd, Panayiotou & Kokkinos, 2008).

² Segundo Thompson (2008), ao colocar-se ao quadrado o coeficiente de correlação obtém-se o coeficiente de determinação, ou seja, a proporção (ou percentagem se multiplicado por 100) de variância explicada. Assim, uma correlação de 0.31 significa uma percentagem de variância comum de 9% o que é efetivamente reduzido.

Os autores anteriormente citados afirmam também que o BSI é vastamente aceito pela sua forte fidelidade. Acerca da sua fidelidade teste-reteste os procedimentos de validação originais indicam que há um coeficiente de estabilidade de 0.90 no indicador geral de sintomas, de 0.80 no índice de sintomas positivos e de 0.87 no número de sintomas positivos (Derogatis, 1993, citado por Canavarro). Quanto à consistência interna no estudo original, e de acordo com a autora, os coeficientes de Alpha das nove escalas abrangem valores em que o mínimo é de 0.71 na escala do psicoticismo e um máximo de 0.85 na depressão.

Quanto aos dados psicométricos da sua validação realizada em Portugal, os estudos de fiabilidade do instrumento foram essencialmente feitos através da análise da consistência interna do *BSI*. O exame das correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala, quando esta contém o próprio item e quando é excluído levou a verificar que os resultados variam entre 0.29 e 0.79. “De acordo com os critérios apontados por diversos autores (Streiner e Norman, 1989), estas correlações devem ser superiores a 0.20 o que, para o efeito, “permitiu referir a homogeneidade dos itens constituintes das diversas escalas” (Canavarro, 1999, p. 101). No entanto, do ponto de vista estatístico o mesmo é bastante questionável uma vez que um valor de 0.20 explica menos de 5% da variância, o que não traduz, no nosso ponto de vista homogeneidade (Thompson, 2008).

Nas correlações método das metades e nos coeficientes de Spearman-Brown surgem igualmente dados que garantem a boa consistência interna (Canavarro, 1999), embora indiquem também a menor consistência interna das escalas de ansiedade fóbica e psicoticismo, quando comparadas com as restantes. Para avaliar a estabilidade temporal fez-se uma nova testagem passado 3 a 6 semanas, e de acordo com as correlações de Pearson verificadas entre os valores obtidos de cada escala, a autora indica uma boa estabilidade temporal, com os *scores* dos nove fatores a variarem entre os 0.62 e 0.80.

A variação das correlações indicou que o aumento numa das dimensões da sintomatologia se encontra associada a aumentos em todas as outras dimensões. Todas as escalas apresentaram também correlações mais elevadas com as três notas globais do que entre si.

Também aqui se denota, na nossa opinião, a falta de qualidade na aferição desta escala para a população portuguesa, uma vez que carece, entre outras coisas, de análise

fatorial, validade convergente e discriminante, dados que consideramos necessários para analisar a qualidade da medida e que não foram aferidos.

3.5. Beck Depression Inventory II (BDI II)

O Inventário de Depressão de Beck – BDI (1961) e o resultado da sua revisão, *Beck Depression Inventory II – BDI II* (Beck, Steer & Brown, 1996), é um dos instrumentos de auto relato mais populares e mais utilizados para avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva em adolescentes e adultos (Campos, R & Gonçalves, B. 2011, p.1). Incorpora 21 itens que procuram medir os sintomas cognitivos, afetivos, somáticos e vegetativos da depressão. É de fácil e rápida aplicação, o que faz com que tenha uma enorme aceitação por parte da comunidade de investigadores e profissionais de saúde mental como ferramenta complementar na avaliação da severidade de estados (Brochado, 2011). A validação para a população portuguesa foi feita a partir de uma amostra de 2501 sujeitos, onde o coeficiente *alpha de Cronbach* da escala para os 21 itens foi de 0.91, “revelando uma excelente fiabilidade para a sua utilização na população portuguesa” (Brochado, 2001, p.16).

As correlações entre os itens e o valor médio total do BDI II são estatisticamente significativas considerando um nível de significância de 1%. Os valores do coeficiente de correlação variam entre 0.42 e 0.66 (Brochado, 2001).

Foi também avaliada a consistência interna através do método das metades, tendo sido obtido um valor de .84, o que levou os autores a reafirmarem a fiabilidade do instrumento. A fiabilidade teste reteste foi executada em dois momentos espaçados de três semanas, através da recolha de 138 inventários; o coeficiente de correlação entre os valores do BDI II nos dois momentos foi de 0.9, revelando elevada estabilidade temporal da versão portuguesa (Brochado, 2011).

Por último, aferiu-se a validade convergente e divergente. Para este efeito foram usadas as escalas HADS (Hospital Anxiety Depression Scale), CES-D e o BSI.

Os coeficientes de correlação mais elevados foram registados entre a pontuação do BDI II e a pontuação global da escala CES-D (0.83), das subescalas HADS-Depressão (0.82) e da BSI-Depressão (0.75), indicando que o BDI possui validade convergente. Relativamente ao coeficiente de correlação entre o BDI II e as escalas que medem a ansiedade, observa-se que o coeficiente de correlação com a subescala BSI – Ansiedade é de 0.59 (inferior ao

coeficiente de correlação com o BSI-Depressão de 0.75) e o coeficiente de correlação com o HADS- Ansiedade é de 0.75 (inferior ao obtido para o HADS-Depressão, mas semelhante ao da BSI-Depressão). “Deste modo verifica-se que o BDI possui também validade divergente” (Brochado, 2011, p. 200).

De acordo com o autor anteriormente citado, o Beck Depression Inventory II é uma das escalas mais conhecidas a nível global, pelo que achamos que a sua validação deve ser um processo contínuo e que possa, em certa medida, preencher as lacunas deste que foi apresenta. Para isso poderão haver análises quanto à sua validade de critério e também análises de fidelidade, mais especificamente o seu tipo de forma-alternada.

3.6. Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)

A escala de ansiedade e depressão hospitalar é uma escala constituída por 14 itens, sete para avaliar a ansiedade e sete para avaliar a depressão (Zigmond & Snaith, 1993). “Apesar da escala ter sido inicialmente desenvolvida para a validação da ansiedade e depressão em doentes com patologias físicas em tratamento ambulatorio é atualmente usada em populações não clínicas e não psiquiátricas.” (Hermann, 1997, cit. por Brochado, 2011, p. 121).

Pais-Ribeiro *et al.* (2007) desenvolveu uma versão portuguesa deste instrumento com base numa amostra de 1422 pacientes com cancro, AVC, epilepsia, diabetes tipo II, obesidade, depressão, distrofia miotónica, apneia do sono, e um grupo de controlo de sujeitos saudáveis. A versão portuguesa apresentou, segundo os autores, boas propriedades psicométricas, com valores do *alpha de Cronbach* de 0,81 para a subescala da depressão e de 0.76 para a subescala ansiedade, garantindo assim uma consistência interna aceitável (Brochado, 2011). Note-se que esta foi a única medida realizada de modo a validar a escala. Figueiredo & Pereira (2008) também procederam à aferição desta escala, obtendo um *alpha de Cronbach* de 0.94 e uma correlação entre itens que oscila entre 0.48 e 0.83. Estas autoras consideram que os dois fatores (ansiedade e depressão) explicam 65% da variância total, o que considera bastante positivo.

Como podemos constatar são poucas as medidas apresentadas para validar o teste para a população portuguesa. A primeira aferição teve como único intuito perceber a consistência interna e validá-la tendo como referência apenas esse ponto. Já a segunda

validação avança para uma análise fatorial embora, mesmo assim, tenhamos que considerar este processo de validação como tendo algumas lacunas. O mesmo poderia atravessar um processo de validação convergente e discriminante e também de validação de critério uma vez que é instrumento regularmente usado. Poderiam ter sido também efetuados outros tipos de análises à sua fidelidade.

3.7. Questionário de Saúde Geral (QSG-28)

O Questionário de Saúde Geral (QSG-28) de 28 itens é um instrumento desenhado para a deteção e avaliação de indivíduos com uma probabilidade maior de terem desordens psiquiátricas. É usado como uma ferramenta de triagem para a deteção de desordens psiquiátricas entre sujeitos em *settings* de cuidados primários (Goldberg & Hillier, 1979). O questionário original consiste em 60 itens – havendo também versões de 30, 28, 20 e 12 itens - e incorpora quatro subescalas: sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão severa. É bastante usado dentro da Psicologia, estando traduzido para cerca de 40 línguas e conta com cerca de 50 estudos de validade publicados.

A versão portuguesa contou, em 2003, com um estudo preliminar por Pais-Ribeiro e Antunes (2003) que teve como objetivo a aferição das propriedades métricas da versão de 28 itens do QSG, usando duas amostras, uma de pessoas sem qualquer tipo de doença (n=30) e um grupo de pacientes com doenças infecciosas (n=30). Este estudo concluiu primeiramente que há uma diferença entre a distribuição das respostas devido ao tipo de amostra. A fidelidade foi apurada através da análise da sua consistência interna, onde se verificaram os seguintes resultados: para a escala QSG-28 total o *alpha de Cronbach* foi de 0.94; para a sub-escala sintomas somáticos de 0.85; para a sub-escala ansiedade e insónia 0.88; para a sub-escala disfunção social 0.83; e para a depressão severa de 0.89. Estes valores são considerados elevados “evidenciando que os itens de cada dimensão medem o mesmo construto, e que os itens da escala total também medem o mesmo construto” (Pais-Ribeiro & Antunes, 2003, p. 41). Foi também aferida a validade convergente através da “inspeção da correlação de cada item com a sub-escala ou dimensão a que pertence” (p. 41), e validade discriminante, onde “a correlação do item com a sub-escala a que pertence deverá ser superior em 10 pontos ao das correlações com as sub-escalas a que não pertence” (p. 42).

Tendo em conta a revisão da literatura do capítulo primeiro desta dissertação, a análise fatorial não foi realizada, o que leva a que este processo primeiro de validação do QSG-28 fosse a este ponto, limitado.

Os resultados aferidos foram: para a validade convergente um dos itens exibiu uma correlação maior com a Ansiedade e Insónia, superior à que exibe com a sub-escala a que pertence. Relativamente à validade discriminante verifica-se que 20 dos 28 itens exibem uma correlação com a escala a que pertencem superior em 10 pontos à correlação com a sub-escala a que não pertencem sendo estes resultados considerados satisfatórios pelos autores. Subentende-se também que oito dos itens estão a correlacionar-se melhor com outras escalas, o que mostra, em nossa opinião, a fragilidade considerável e necessidade de revisão e aperfeiçoamento.

O estudo declarou confirmar as propriedades psicométricas usadas no questionário original, mas avançou que deveriam ser conduzidas novas pesquisas abrangendo uma amostra maior da população portuguesa. Esse estudo posterior foi conduzido por Monteiro (2011).

A amostra contou com 171 sujeitos de uma população não clínica. O *alpha de Cronbach* para a sub-escala de sintomas somáticos foi de 0.82; para a ansiedade e insónia de 0.87; para a disfunção social de 0.87 e finalmente para a depressão foi de 0.83. A consistência interna da escala total é de 0.92. Monteiro (2011) concluiu que os dados recolhidos apontaram para uma consistência interna “notável na estrutura de fatores do QSG-28” afirmando que “é um instrumento adequado para a população Portuguesa adulta” (p. 20). A autora procedeu também à análise fatorial através da matriz de componentes principais. Os 4 fatores explicaram 54% da variância e “quase todos os itens têm saturações nas suas subescalas originais com valores de 0.40 ou superiores em cada caso” (Monteiro, 2011, p.19).

Os resultados são considerados como bastante positivos e a estrutura fatorial é vista como bastante consistente pelos autores. Todavia, e de acordo com a literatura do capítulo 1, 0.40 não deverá ser visto como um valor mínimo aceitável para este tipo de testes (>0.50 é o recomendado, como visto anteriormente³). Além disso, nesta segunda proposta de

³ Este valor é discutível consoante os autores (Thompson, 2008; Nunnally, 1975), uma vez que 0.40 de saturação corresponde a 16% da variância do item explicada pelo fator, o que significa que 84% parece insuficiente

validação a amostra é consideravelmente pequena, ao não serem efetuados quaisquer estudos de validade convergente e discriminante nem ser apurado qualquer outro tipo de fidelidade além da consistência interna, o processo de validação fica, a nosso ver, algo debilitado.

3.8. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

O inventário de avaliação clínica da depressão, criado por Adriano Vaz Serra é, assim como o Inventário de Depressão de Beck II, uma das provas psicológicas mais usadas em Portugal (Diniz, Almeida & Pais, 2007). É uma escala de auto avaliação de tipo *Likert* que se destina a detectar a presença e a gravidade de um quadro clínico depressivo. Formado por 23 questões, o IACLIDE refere-se a quatro tipos de perturbação distintas presentes na depressão: biológicas, cognitivas, interpessoais, e de desempenho de tarefa, significando estas a relação que o indivíduo tem com o organismo, consigo próprio, com os outros e com o trabalho (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995).

O inventário foi distribuído por 340 “deprimidos” e 340 indivíduos “normais”, sendo as duas amostras homogeneizadas em relação à idade, sexo e grau de instrução (Serra, 1994). Os dados psicométricos revelaram uma boa consistência interna. A correlação “Par/Ímpar” foi de 0.85 e o coeficiente de Spearman-Brown de 0.92. Serra (1994) refere que estes valores devem ser avaliados como “bons”, considerando que o valor de 0.70 deverá ser o mínimo a partir do qual se deve aceitar um coeficiente de fiabilidade de um instrumento de investigação. O coeficiente *alpha de Cronbach* para todos os itens foi de 0.89.

Foram também realizados estudos para apurar a validade convergente da escala. Para isso solicitou-se aos sujeitos da amostra que respondessem também à versão portuguesa do Inventário Depressivo de Beck. A correlação obtida entre ambos foi de 0.72 e é designada por “positiva, altamente significativa e abonatória da validade de construto” (Serra, 1994, p. 82).

Apesar de ser um teste bastante aceite pela comunidade, o IACLIDE carece de qualidade na medida, ou seja, carece de mais indicadores que validem o seu construto (e.g.: análise fatorial, validade de critério, fidelidade teste reteste) além de que, por ser um teste

que já tem 20 anos, deveria sofrer novas provas de validação que confirmam que o teste mede aquilo que pretende medir.

3.9. Mental Health Inventory (MHI)

O Mental Health Inventory é um questionário de auto-resposta. Inclui 38 itens selecionados que se agrupam em cinco dimensões (afeto positivo, laços emocionais, ansiedade, depressão, perda de controlo emocional/comportamental), visando avaliar o estado da saúde mental. Estas cinco subescalas agrupam-se em duas grandes subescalas ou dimensões que medem o Bem estar-Psicológico (Afeto Geral Positivo e Laços Emocionais) e o *Distress* Psicológico (Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental). (Pais-Ribeiro, 2001). Existe também uma versão reduzida de cinco itens (MHI-5) que se propõe a analisar os mesmos construtos

A adaptação à população portuguesa foi feita a partir de uma amostra constituída por 609 estudantes saudáveis com idades entre os 16 e os 30 anos. Foi inspecionada a fidelidade através do *alfa de Cronbach* e a validade de construto através da correlação entre o MHI com dois tipos de escalas: medidas de auto-referência (para o auto-conceito e a auto-eficácia) e medidas de percepção de saúde (Pais-Ribeiro, 2001).

Os resultados mostraram uma consistência interna acentuada onde o *alfa de Cronbach* para a subescala Afeto Positivo foi de 0.91, para os Laços Emocionais de 0.72, para o *Distress* Psicológico de 0.95, e para o Bem Estar Psicológico de 0.91. A consistência interna da escala total apresentou um valor de 0.96 (Pais-Ribeiro, 2001).

Para a adaptação portuguesa do MHI-5 foi feita uma correlação entre os seus cinco itens com a nota total da versão de 38 itens havendo uma correlação de 0.95 entre as duas, o que foi considerado pelos autores como bastante aceitável, uma vez que a versão original do MHI-5 assume uma correlação de 0.92 com o MHI.

Por fim, para aferir a validade de construto foram usados dois questionários como medidas de auto-referência, cujo objetivo era medir o auto-conceito e a auto-eficácia, sendo eles o *The Self-Perception Profile for College Students* (Neemann & Harter, 1986) e o *Self-Efficacy Scale* (Sherer et. al., 1982). Como medidas de percepção de saúde usaram-se também dois questionários: questionário de Percepção Geral de Saúde (Brook, et al., 1979)

e o questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar (Pais-Ribeiro, 1993), todos adaptados à população portuguesa (Pais-Ribeiro, 2001).

O primeiro questionário usado mostrou correlações modestas entre o Auto-Conceito e o MHI – onde os valores de correlação entre a escala total do Auto-Conceito e do MIH e MIH-5 foram 0.58 e 0.54, respetivamente, o que é visto, pelos autores, como positivo. Os valores extraídos na mensuração da Auto-Eficácia assumiram padrões de divergência com a subescala da ansiedade e de convergência com a subescala do bem-estar. Os valores de correlação entre o total das escalas são de 0.52 (MIH) e 0.49 (MIH-5) (Pais-Ribeiro, 2001).

Quanto ao questionário percepção geral de saúde indicou uma boa correlação entre a sua dimensão “Percepção de Saúde Actual” (valores entre 0.47 e 0.51) e o MIH e o MIH-5. Finalmente a escala de Sintomas Físicos de Mal-Estar assumiu correlações altas com quase todas as subescalas da MIH (> 0.50) revelando apenas baixa (0.29) correlação com a subescala dos Laços Emocionais (Pais-Ribeiro, 2001).

O estudo mostra então, segundo os autores, que a versão portuguesa exhibe características idênticas à versão original, e que a versão de cinco itens é um bom substituto para ser utilizado em investigação, pelo que “as versões Portuguesas podem ser empregues com a mesma propriedade com que foram utilizadas as versões originais” (Pais-Ribeiro, 2001, p. 92). Apesar destas conclusões há algumas críticas que podem ser apontadas: a validação portuguesa carece de mais padrões de convergência e divergência, designadamente a confirmação das suas subescalas através da análise fatorial. Além disso, alguns dos valores das correlações apresentadas são notoriamente baixos, apesar de serem dados apresentados como bons pelos autores, sendo que as ilações retiradas a partir dos mesmos não são, em nossa opinião, totalmente claras e/ou justificáveis.

3.10. Necessidades Sentidas no Contexto Português

Apesar da crescente dinamização da Avaliação Psicológica em Portugal e dos seus recursos há ainda alguns aspetos que deverão continuar a ser melhorados. Como esta dissertação aborda no capítulo II, continua-se a assistir a uma taxa bastante elevada de utilização de provas psicológicas não devidamente validadas e aferidas na população portuguesa (Diniz, Almeida & Pais, 2007), o que fica bem assente após esta resenha de

algumas das principais provas usadas em Portugal. Verificam-se, em quase todas elas, inconsistências acerca do que transparecem ser e do que realmente são. De acordo com os critérios de alguns dos mais importantes autores citados nesta dissertação, podemos afirmar que a maior parte destas provas não se encontram devidamente validadas para a população portuguesa, pelo que faz sentido, quer revalidar as mesmas ferramentas, quer desenvolver novas. Além disso, apenas uma destas escalas foi construída de raiz em Portugal – o IACLIDE – e dista já da longa data de 1994, o que faz com que a nossa contribuição passe muito apenas pela validação do que já é aceite por outros países. Também os direitos autorais e o elevado preço de algumas destas provas, fazem com que estes instrumentos, mal adaptados, levantem ainda mais problemas acerca da sua utilização apropriada. Além disso, os direitos autorais podem constituir um entrave a processos de validação mais abrangentes e mais escrutinizados, ou seja mais rigorosos. Por tudo isto faz sentido desenvolver as nossas próprias escalas e possibilitar as mesmas aos profissionais de saúde com os devidos processos de validação facilitando assim o trabalho dos mesmos numa área que carece ainda de consistência e rigor. Relativamente ao tipo de escala que nos propomos construir podemos constatar que apenas o *BSI* e o *SCL-90-R* tentam medir os mesmos construtos e é notório que ambas carecem de uma validação melhor, designadamente no que diz respeito à análise fatorial.

Parte II

Processo Metodológico

1. A construção da Escala de Avaliação de Sintomatologia Psicológica

O objetivo inicial deste trabalho foi o de criar e validar uma escala de sintomatologia psicológica para a população portuguesa tentando assim combater a falta de validação de alguns dos principais instrumentos utilizados, assim como o seu custo dispendioso.

Na parte empírica iremos começar por abordar o procedimento inicial da construção do teste, a saber, a construção dos itens. É usual, em trabalhos científicos e designadamente em trabalhos académicos, separar-se a apresentação dos resultados da sua discussão. No entanto, esta dissertação, na medida em que reporta a construção e validação de uma escala de avaliação psicológica, apresenta especificidades. Designadamente, grande parte da discussão refere-se à adequação dos itens e das respetivas dimensões, pelo que separar a apresentação dos resultados da sua discussão, parece-nos, dificultaria bastante uma leitura fluída e integrada. Consequentemente, optámos por ir discutindo os resultados à medida que os íamos apresentando, juntando as duas partes. Ultimamente serão apresentadas as considerações finais.

2. Procedimento

O procedimento para a construção do teste envolveu três grandes partes. Após delinear os construtos que se pretendiam medir iniciou-se o processo de construção de itens, assegurando, nesta fase, também a validade de conteúdo dos mesmos. Seguidamente aplicou-se o teste construído a uma amostra, de forma a aferir a validade de construto do teste.

2.1. Construção dos Itens

A primeira parte do processo contou com a cooperação de uma turma do segundo ciclo do curso de Psicologia da Universidade Portucalense que ajudou na construção de uma primeira proposta sobre os construtos que se pretendiam medir. Para isso foram

constituídos grupos de trabalho, em que cada grupo ficou encarregue de uma das áreas selecionadas.

A construção dos itens foi realizada através de vários procedimentos. Este tipo de procedimentos baseia-se nos “julgamentos de revisores que se preocupam com as características substantivas e de estilo dos itens assim como a sua exatidão e justiça” (Urbina, 2011, p.214). Após discussão decidiu-se que o objetivo genérico passava por construir uma escala para fazer um rastreio inicial de sintomatologia psicoclínica. Para isso pensou-se sobre áreas chave deste âmbito, que foram as seguintes: Depressão, Ansiedade, Obsessivo-Compulsividade (OC), Mania, e Esquizofrenia, estabelecendo-se assim um plano preliminar para a realização do teste. Seguidamente cada grupo de trabalho fez um levantamento das principais características das patologias através dos principais manuais de diagnóstico de doenças mentais (o DSM-IV e o CID-10). Além disso, procedeu-se ao “levantamento” de alguns dos principais testes usados relativos aos construtos que se pretendiam medir, assim como uma definição teórica sobre esses construtos. A partir daí tentou-se, em conjunto, criar um conjunto de itens que abrangesse a maior parte das características comuns a cada uma das áreas a avaliar.

Submeter o conjunto de itens a uma peritagem foi o passo seguinte, de forma a assegurar a Validade de Conteúdo do Teste (ver capítulo 1). Para isso foram realizadas algumas reuniões com o Professor Doutor João Marques Teixeira⁴, num processo que consistia num exame sistemático do conteúdo do teste psicológico, com o intuito de verificar se o mesmo abrangia uma amostra representativa dos campos do comportamento que pretendia medir.

Após uma série de reformulações (ao longo de várias reuniões) chegou-se à conclusão que, para o teste realmente satisfazer o seu propósito, neste caso, preencher algumas lacunas existentes neste âmbito em Portugal deveria não só medir indicadores de sintomatologia psicológica a que se propunha, inicialmente, como também a presença de

⁴ Da análise curricular do Professor Doutor João Marques Teixeira destacam-se, para além de dezenas de artigos e livros publicados, os seguintes factos: Psiquiatra e Psicoterapeuta; Professor agregado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; Director do Centro de Investigação de Neuropsicofisiologia; Diretor clínico do Neurobios-Instituto de Neurociências; Ex-diretor clínico do Centro Hospitalar Conde Ferreira; Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental; Presidente da Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa. Pelos factos destacados, o Professor Doutor Marques Teixeira constitui, na nossa opinião, uma figura de referência e um perito no campo sobre o qual estamos a desenvolver a escala.

Fobias, propondo adicionalmente a alteração da medição da Mania para a medição da Hipertimia. Além disso, fruto deste processo de validação pelo perito, definiu-se que o teste deveria dar indicadores de áreas importantes para o clínico tendo sido, para o efeito, criados itens que medissem a Auto-Estima, a Ideação Suicida, a ocorrência ou não de ataques de pânico e também a qualidade do sono e da vida sexual do sujeito. Há que salientar que todos os itens, de todas as dimensões, foram revistos, tendo sido propostas várias alterações na sua formulação, tendo também ocorrido tanto a retirada como a inclusão de novos itens. De referir também que, nesta fase, havia diversos itens que foram desenhados de forma a pertencerem a mais de uma dimensão (e.g.: Item 33⁵; Item 35⁶). A última resolução foi que o teste deveria ser finalizado com três questões sobre o sentimento do sujeito acerca dos sintomas descritos durante o teste e como estes o afetam no seu trabalho ou escola, na vida social e na vida familiar, fazendo assim com que o teste emitisse também uma visão de como o testado se sente perturbado acerca dos seus problemas.

Após sucessivas revisões chegou-se então à proposta inicial que consistia num teste de 69 itens correspondentes a onze dimensões (Obsessivo-Compulsividade, Psicoticismo, Depressão, Ansiedade, Fobia, Hipertimia, Sono, Sexo, Ataques de Pânico, Suicídio e Ideias Auto-lesivas e Auto-estima) e três questões finais sobre o sentimento do sujeito acerca dos sintomas descritos durante o teste. Todos os itens são medidos através de uma escala tipo *Likert* (com o 0 a significar Nunca; 1 - Poucas Vezes; 2 – Algumas Vezes; 3 – Muitas Vezes; 4- Sempre). Os itens originais serão apresentados em seguida remetendo para anexo o layout desta prova (Anexo 1).

⁵ Upt 33 – Sinto grandes alterações no meu sono (Hipertimia; Depressão; Sono)

⁶ Upt 35 – Há coisas más que penso que não posso contar a ninguém (Psicoticismo; Depressão)

2.2. Itens da proposta inicial por dimensão

Os itens da proposta inicial, para cada dimensão, foram:

Depressão:

5. Vejo-me como uma pessoa mais falhada do que bem-sucedida
6. Sinto-me triste
9. Tenho dificuldades de concentração
17. Dificilmente consigo sentir interesse por alguma coisa
31. Não gosto da pessoa que sou
33. Sinto grandes alterações no meu sono
35. Há coisas más que penso que não posso contar a ninguém
44. Tenho sentido que o meu desempenho sexual é baixo relativamente ao meu estado normal
48. Tenho pouco interesse no sexo relativamente ao meu estado normal
50. Sinto-me fatigado e sem energia para enfrentar o dia-a-dia
52. Sinto desesperança no futuro
66. Dificilmente consigo ter a sensação de prazer ou satisfação nas coisas

Suicídio e Ideias Auto lesivas:

29. Já pensei em matar-me
32. Há momentos em que penso fazer mal a mim mesmo
43. Penso que a morte pode ser a saída para o meu sofrimento
47. Já fiz planos para acabar com a minha vida
60. Às vezes sinto que era melhor que a minha vida acabasse

Hipertimia:

7. Tenho vontade de fazer tantas coisas que é difícil estar quieto
8. Não sinto necessidade de dormir
16. Sinto-me maravilhosamente bem
28. Sinto que sou interessante para os outros
30. Sinto um aumento da energia sexual
33. Sinto grandes alterações no meu sono
36. Sinto muita energia e capaz de fazer mil e uma coisas ao mesmo tempo
42. Sinto-me capaz de coisas grandiosas
45. Sinto-me muito irritado quando as pessoas não me compreendem
53. Tenho tantas ideias interessantes na cabeça que me é difícil agarrá-las a todas.
63. Sinto-me muito bem comigo mesmo

Psicoticismo:

2. Sinto que a realidade é estranha
4. Sinto que os outros me acham esquisito
10. Tenho a sensação que ouço vozes que ninguém ouve
15. Tenho a sensação que algo de estranho se passa à minha volta
27. Tenho sensações muito esquisitas
34. Às vezes sinto a minha mente tão confusa que não a compreendo
35. Há coisas más que penso que não posso contar a ninguém
46. Sinto que as outras pessoas são estranhas
49. Sinto que sou perseguido
62. Tenho a sensação que o meu corpo se está a transformar
65. Há coisas que sinto que os outros não acreditam nisso

Ansiedade:

1. Tenho dificuldades em estar descontraído e despreocupado
3. Frequentemente tenho pesadelos
9. Tenho dificuldades de concentração
11. A minha ansiedade é tal que fico facilmente irritado
24. Não consigo ter uma noite de sono bem dormido
26. A minha ansiedade é tão intensa que parece que a realidade mudou
51. Sinto que as minhas mãos tremem com facilidade
54. Sinto-me demasiado nervoso ou tenso
55. Sinto grandes alterações no meu apetite (comer pouco ou em excesso)
64. Por vezes a minha ansiedade é tão grande que o meu corpo se descontrola (palpitações, suores, dificuldades em respirar, desconforto no peito, náuseas, tonturas).

Pânico:

2. Sinto que a realidade é estranha
14. Tenho ataques de pânico
23. Sinto-me tão inquieto que sufoco
26. A minha ansiedade é tão intensa que parece que a realidade mudou
40. Sinto um medo sufocante que me aconteça algo (perder o controlo, morrer ou ficar louco)
64. Por vezes a minha ansiedade é tão grande que o meu corpo se descontrola (palpitações, suores, dificuldades em respirar, desconforto no peito, náuseas, tonturas).

Obsessivo-Compulsividade (OC):

- 13. Quando não faço algum tipo de ritual diário sinto um forte mal-estar
- 22. Tenho ideias obsessivas que me incomodam
- 39. Tenho pensamentos absurdos que me chateiam mas não consigo tirar da cabeça
- 56. Há pensamentos que me invadem e não me saem da cabeça
- 58. Sinto necessidade de verificar coisas vezes demais
- 61. Há comportamentos exagerados que tenho que ter (lavar as mãos vezes sem conta, verificar se fechei a porta, etc.) senão fico a sentir-me muito mal .

Fobia:

- 12. Quando penso em determinados objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares, etc., sinto-me demasiado ansioso
- 18. Tenho medos sem sentido que não consigo abandonar (objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares, etc.)
- 38. Por vezes, se penso em determinadas situações (objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares), evito-as.
- 57. Tive de mudar alguma coisa na minha vida por causa de um medo terrível de algum objecto, animal, lugares, situações, grupos de pessoas, etc.

Autoestima:

- 5. Vejo-me como uma pessoa mais falhada do que bem sucedida
- 21. Sinto que não valho nada

- 25. Tenho confiança em mim mesmo
- 28. Sinto que sou interessante para os outros
- 31. Não gosto da pessoa que sou
- 37. Não consigo afirmar-me em grupo
- 59. Sou tão capaz como a generalidade das pessoas
- 63. Sinto-me muito bem comigo mesmo

Sexo:

- 20. A minha energia sexual não sofreu alterações
- 30. Sinto um aumento da energia sexual
- 44. Tenho sentido que o meu desempenho sexual é baixo relativamente ao meu estado normal
- 48. Tenho sentido pouco interesse no sexo relativamente ao meu estado normal

Sono:

- 3. Frequentemente tenho pesadelos
- 8. Não sinto necessidade de dormir
- 19. Estou sempre a morrer de sono
- 24. Não consigo ter uma noite de sono bem dormido
- 33. Sinto grandes alterações no meu sono
- 41. Tenho dificuldades em adormecer

Interferência no Trabalho, Família e Lazer:

- 67. Os sintomas prévios perturbaram o seu trabalho/escola
- 68. Os sintomas prévios perturbaram a sua vida social
- 69. Os sintomas prévios perturbaram a sua vida familiar/responsabilidades domésticas

2.3. Análises das Dimensões e a Análise Factorial

As técnicas de análise fatorial têm, como um dos seus objetivos, a identificação da estrutura (dimensões latentes) de um conjunto de variáveis (observadas) (Hair *et al.* 2005). No estudo da psicometria as análises fatoriais são frequentemente usadas como um método de redução de dados, onde as correlações entre diversos conjuntos de resultados são analisadas. Nestes estudos o objetivo da análise fatorial deverá ser identificar o fator ou fatores comuns dentro desses mesmos testes (Cohen & Swerdlik, 2010).

Como foi notório no capítulo três desta dissertação, a maioria das escalas clínicas não apresenta análises fatoriais apesar da sua notória importância, também constatada na

parte teórica. Esta adequação fatorial à psicometria deverá ser um dos objetivos de todos os testes de avaliação psicológica, tendo por isso sido um dos nossos objetivos.

Para obter uma saturação clara dos itens nos respetivos fatores realizaram-se vários procedimentos repartidos em duas grandes fases.

A primeira passava por analisar as comunalidades dos itens de cada construto que se pretendia medir. Field (2009) afirma que “a proporção de variância comum presente numa variável” (p. 637), é designada por comunalidade. Assegurar uma variância comum entre as diversas variáveis permitir-nos-ia garantir uma certa estabilidade do construto a medir, e é essencial uma vez que estamos a afirmar que os itens medem a mesma coisa, isto é, o mesmo construto. De acordo com o autor uma variável que não partilhe nenhuma variância com qualquer outra variável teria uma comunalidade de 0.

Para assegurar a consistência dos diversos construtos coube-nos decidir, item a item, se o seu conteúdo representava as áreas pretendidas. Caso o mesmo não exibisse bons indicadores estatísticos seria realizada uma revisão teórica do mesmo que nos levasse, ou não, a que o item fosse extraído do teste. Sempre que se procedeu à remoção de um item procedeu-se a uma nova extração das comunalidades - já sem o item - até chegar à proposta final de cada fator.

Após a remoção dos itens (com valores estatisticamente não aceitáveis e com justificação teórica) procedeu-se à análise fatorial sob a forma de método dos componentes principais (com rotação *varimax*) até se chegar à proposta final, sendo esta a forma com mais relevância para confirmar a validade através dos padrões de divergência e convergência, como indicado anteriormente.

De referir também que a primeira análise fatorial realizada contava com os indicadores de áreas clínicas importantes (Auto-Estima; Sexo; Sono; Ataques de Pânico e Suicídio e Ideias Auto-lesivas) mas estes fizeram surgir problemas na análise, pelo que decidimos realizar as análises fatoriais destes indicadores separadamente. Esses problemas ocorreram devido ao facto de estas dimensões não corresponderem a nenhum conjunto “clássico” de sintomas, pelo que alguns dos itens apareciam, na primeira análise fatorial efetuada, distribuídos em diferentes dimensões. Após retirados esses itens procederam-se a mais quatro análises fatoriais até chegar à proposta final. A primeira sugeria apenas quatro fatores, de acordo com o critério do autovalor superior a um. Uma segunda análise fatorial foi pedida, para o número de fatores esperados, isto é, seis. Após não aparecer nenhuma

dimensão no sexto fator, pedimos a análise para apenas cinco fatores. Na última tentativa foram extraídos os itens estatisticamente não relevantes e teoricamente falíveis chegando então à proposta final, que conta com cinco fatores.

2.4. Validade Convergente e Discriminante

Como visto no ponto 2.3 da parte teórica, de acordo com Wasserman & Bracken (2012), a validade convergente e discriminante são usadas para medir a validade de construto através da correlação com resultados de um teste já validado, na tentativa de aferição sobre se, por um lado, há correlação entre os resultados de dimensões semelhantes desse teste já validado e o nosso teste (validade convergente) e, por outro lado, se os resultados de dimensões não semelhantes apresentam relações baixas, como seria teoricamente expectável (validade divergente). Como medida estabelecida usamos o *Brief Symptom Inventory* (BSI), uma vez que este está (alegadamente) validado para a população portuguesa e tem, em relação a outros questionários, a vantagem de avaliar um maior número de dimensões (Canavarro, 1999), algumas das quais propostas no nosso teste. Através de correlações foram então calculados padrões de divergência e convergência entre os diferentes construtos presentes em ambos os testes.

3. Amostra

Para o nosso teste foi usada uma amostra de conveniência onde se recorreu aos dados recolhidos pelos censos (2011) para o preenchimento de cotas, tendo como principal base os indicadores do sexo, idade e a escolaridade. A entrega e recolha dos testes foi realizada pela turma do segundo ciclo do curso de psicologia nos primeiros meses de 2013.

A amostra deste estudo é constituída por 334 pessoas, sendo 44% do sexo masculino e 56% do sexo feminino.

Tabela 1 Idade por Categoria

Idades	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
10-19	33	9.9	9.9	9.9
20-29	108	32.3	32.3	42.2
30-39	59	17.7	17.7	59.9
40-49	43	12.9	12.9	72.8
50-59	44	13.2	13.2	85.9
60-69	32	9.6	9.6	95.5
70-79	12	3.6	3.6	99.1
80-89	2	.6	.6	99.7
90-91	1	.3	.3	100.0
Total	334	100.0	100.0	

A média de idades é de 37.76 anos com um desvio padrão de 17.32. A idade mínima é de 10 anos e a máxima de 91. Como podemos ver através da tabela há uma sobre-representação das idades entre os 20 e os 29. Globalmente, em termos de idades consideramos a nossa amostra satisfatória.

Tabela 2 Educação Nível Educacional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0 Nenhum	10	3.0	3.0	3.0
1 1º Ciclo	59	17.7	17.7	20.7
2 2º Ciclo	29	8.7	8.7	29.3
Valid 3 3º Ciclo	49	14.7	14.7	44.0
4 Ensino Secundário	88	26.3	26.3	70.4
5 Ensino Superior	99	29.6	29.6	100.0
Total	334	100.0	100.0	

Como podemos observar, há uma sobre representação, na nossa amostra, de sujeitos com o ensino secundário e o ensino superior, havendo falta de representatividade de sujeitos com apenas o 2.º e 3.º ciclos.

Tabela 3 **Distrito**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Aveiro	40	12.0	12.0	12.0
Braga	6	1.8	1.8	13.8
Castelo Branco	1	.3	.3	14.1
Lisboa	1	.3	.3	14.4
Portalegre	1	.3	.3	14.7
Valid Porto	235	76.4	76.6	91.3
Viana Castelo	8	2.4	2.4	93.7
Vila Real	2	.6	.6	94.3
Viseu	19	5.7	5.7	100.0
Total	333	99.7	100.0	
Missing 999	1	.3		
Total	334	100.0		

A nível de distrito, e por ser uma amostra de conveniência, há uma clara representação do Porto. Com excepção de Aveiro e alguns sujeitos de Viseu, os outros distritos não estão convenientemente representados.

Foi também recolhido o concelho de residência dos testados, que é bastante disperso (Anexo 2).

4. Resultados e Discussão da Análise Fatorial Exploratória

Os resultados da análise fatorial exploratória envolveram várias etapas: a primeira consistia em extrair as comunalidades de cada construto, de modo a assegurar a sua consistência. Seguidamente seria extraída a matriz de componentes principais e matriz rodada, para verificar se a estrutura factorial prevista é obtida e confirmar a consistência de todas as variáveis. Por último, foram também extraídas as comunalidades dos indicadores de áreas clínicas importantes presentes no teste (Auto-Estima, Ideação Suicida, Ocorrência ou não de Ataques de Pânico, Qualidade do sono, Qualidade da vida sexual) para assegurar

que cada um destes fosse explicado pela existência de variância comum entre as variáveis, garantindo assim a estabilidade destas dimensões.

4.1. As Comunalidades

De modo a facilitar a leitura decidimos repartir as análises das comunalidades em diferentes pontos onde, para cada um, serão mencionados, à priori, os itens originais e finais de cada dimensão (note-se que os itens retirados aparecem a sublinhado).

4.1.1. Psicoticismo

Itens pertencentes à dimensão:

- 2. Sinto que a realidade é estranha
- 4. Sinto que os outros me acham esquisito
- 10. Tenho a sensação que ouço vozes que ninguém ouve
- 15. Tenho a sensação que algo de estranho se passa à minha volta
- 27. Tenho sensações muito esquisitas
- 34. Às vezes sinto a minha mente tão confusa que não a compreendo
- 35. Há coisas más que penso que não posso contar a ninguém
- 46. Sinto que as outras pessoas são estranhas
- 49. Sinto que sou perseguido
- 62. Tenho a sensação que o meu corpo se está a transformar
- 65. Há coisas que sinto que os outros não acreditam nisso

Após análise das comunalidades no fator Psicoticismo verificou-se que alguns itens tinham valores que não são estatisticamente sólidos pelo que, e após revisão teórica, decidiu-se extrair os itens 10, 46, 49 e 62. A construção dos mesmos revelou-se imperfeita e não explicou variância suficiente no fator pretendido⁷.

Como podemos ver pelos itens que constituem a dimensão (e que não parecem correlacionar-se bem com os restantes), esta, no fundo, remete-nos para uma sensação de estranheza do mundo externo (itens 2 e 15), sobretudo ligadas ao pensamento (itens 34 e 35). Neste contexto, itens que se referem particularmente a ouvir vozes (item 10) ou ser perseguido (item 49) poderão ser demasiado específicos, fazendo referência não a um sentimento geral de estranheza. Além disso, de acordo com o DSM-IV e o CID-10, nem todas

⁷ Fabrigar *et al.* (1999) falam em comunalidades altas acima de 0.7 e em comunalidades moderadas entre 0.4 e 0.7. Uma vez que o objetivo da fatorial é a variância comum definimos, para as comunalidades, um ponto de corte de 0.5 uma vez que este número representa 50% da variância comum, um número que achamos adequado.

as perturbações psicóticas têm como critério de diagnóstico ouvir vozes (item 10), assim como as mesmas assumem um carácter “antissocial, egocêntrico e pessoal” (Soler & Lopez, 2003, p.7), pelo que esta sensação de as outras pessoas serem estranhas” (item 46) poderá não estar sempre presente. O mesmo acontece no item 62, onde a “transformação corporal” poderá não estar tão ligada a um sentimento geral de estranheza mas sim a um só espectro do psicoticismo, não abrangendo a maior parte das perturbações presentes neste construto (DSM-IV, CID-10).

A proposta final envolve valores cujo mínimo é 0.50 e o máximo de 0.70.

4.1.2. Hipertimia

Itens pertencentes à dimensão;

- 7. Tenho vontade de fazer tantas coisas que é difícil estar quieto
- 8. Não sinto necessidade de dormir
- 16. Sinto-me maravilhosamente bem
- 28. Sinto que sou interessante para os outros
- 30. Sinto um aumento da energia sexual
- 33. Sinto grandes alterações no meu sono
- 36. Sinto muita energia e capaz de fazer mil e uma coisas ao mesmo tempo
- 42. Sinto-me capaz de coisas grandiosas
- 45. Sinto-me muito irritado quando as pessoas não me compreendem
- 53. Tenho tantas ideias interessantes na cabeça que me é difícil agarrá-las a todas.
- 63. Sinto-me muito bem comigo mesmo

Para o factor Hipertimia resolveu-se extrair os itens 8, 28, 30 e 53, chegando-se à proposta final. Como podemos ver através dos itens que constituem a dimensão, esta parece abordar um estado positivo e de bem-estar com a própria pessoa (item 16, item 63) onde a pessoa se sente capaz de feitos grandiosos (item 7, item 36, item 42), sendo também muito autoreferentes, no sentido em que abordam estados que o sujeito sente acerca do seu próprio *self*.

Os itens 28 e 53 fogem, quer deste carácter positivo e de feitos grandiosos, quer desta autoreferência, uma vez que são os únicos itens que fazem referência a “outros”, isto é, sentir-se interessante para os outros e sentir-se irritado quando não é compreendido. Assim, tais itens, afastam-se do resto da dimensão uma vez que são os únicos que remetem para uma avaliação dos outros em relação a si, o que sai fora da “lógica” dos outros itens que constituem a mesma. Além disso, Rucci *et. al.* (2013) mencionam apenas uma “necessidade de comunicar e relacionar-se com as pessoas” (p.155) e não tanto um

sentimento de ser interessante para as mesmas (item 28). Os autores afirmam também que uma pessoa neste estado encontra-se constantemente ativa e se sente vigorosa e assertiva, pelo que poderá não ter problemas em agarrar as ideias todas. De referir também que o item 53 remete para uma ausência de controlo (não conseguir...), pelo que pode ir, de certa forma, contra a lógica dominante da hipertimia.

Também o item 30 que tenta abordar o aumento de energia sexual não parece refletir esta grandiosidade presente na Hipertimia que, neste campo, se pode refletir na troca regular de parceiros e um interesse no sexo fora do comum (Rucci *et. al.*, 2013). Assim, este item, ao abordar um sentimento de energia sexual, não parece transmitir este interesse grandioso e anormalmente fora do comum no sexo. Já a comunalidade baixa do item 8 poderá explicar-se devido ao facto deste falar numa necessidade quase permanente de não dormir enquanto os manuais de diagnóstico (DSM-IV e CID-10) apenas mencionam uma necessidade de dormir diminuída. As comunalidades finais têm a variável com o valor mais baixo de 0.57 e o máximo de 0.68.

4.1.3. Obsessivo-Compulsividade (OC)

Itens pertencentes à dimensão:

13. Quando não faço algum tipo de ritual diário sinto um forte mal-estar

22. Tenho ideias obsessivas que me incomodam

39. Tenho pensamentos absurdos que me chateiam, mas não consigo tirar da cabeça

56. Há pensamentos que me invadem e não me saem da cabeça

58. Sinto necessidade de verificar coisas vezes demais

61. Há comportamentos exagerados que tenho que ter (lavar as mãos vezes sem conta, verificar se fechei a porta, etc.) senão fico a sentir-me muito mal.

Para a Obsessivo-Compulsividade foram extraídos os itens 13 e 58 e apresentada a proposta final. O alcance de valores da proposta final vai desde 0.46 (que após revisão teórica foi mantido) até ao 0.73. Através dos itens retidos verifica-se que estes abordam o carácter da parte obsessiva da dimensão, sendo os mesmos dominados por ideias obsessivas (item 22), pensamentos absurdos (item 39) e pensamentos que invadem a cabeça (item 56), pelo que se entende que os itens 13 e 58 não assumam variância comum suficiente com os outros, uma vez que abordam mais o campo das compulsões sem fazer referência à parte relacionada com o pensamento. Parece, por isso, existirem duas dimensões separadas: uma relativa aos pensamentos/obsessões e outra relativa aos comportamentos/compulsões. A junção das duas, que muitas vezes se encontra junta nas

propostas de diagnóstico, não parece validar fatorialmente, pelo menos para uma amostra não clínica.

O item 13 poderá também ser alvo de uma interpretação errada, uma vez que aborda o carácter diário das rotinas quando estas, muitas vezes ocorrem várias vezes ao dia (DSM-IV, CID-10). Assim, este forte mal-estar poderá ser sentido várias vezes por dia e, ao mesmo tempo, não ser visto como ritual diário, mas algo mais complexo que isso.

Nesta análise deparamo-nos com um problema, uma vez que ao retirar o item 58 também o item 61 descia a seu valor. Contudo decidimos mantê-lo para análise fatorial uma vez que a noção de comportamentos exagerados nos pareceu importante. Além disso, este item é o único – estatisticamente aceite - que aborda a parte das compulsões, pelo que nos pareceu importante que fosse retido. Confirmou-se aqui que há uma certa independência das duas partes o que poderá significar que talvez valha a pena, em versões futuras, tentar separar as duas dimensões (pensamentos / comportamentos).

4.1.4. Depressão

Itens pertencentes à dimensão:

5. Vejo-me como uma pessoa mais falhada do que bem-sucedida

6. Sinto-me triste

9. Tenho dificuldades de concentração

17. Dificilmente consigo sentir interesse por alguma coisa

31. Não gosto da pessoa que sou

33. Sinto grandes alterações no meu sono

35. Há coisas más que penso que não posso contar a ninguém

44. Tenho sentido que o meu desempenho sexual é baixo relativamente ao meu estado normal

48. Tenho pouco interesse no sexo relativamente ao meu estado normal

50. Sinto-me fatigado e sem energia para enfrentar o dia-a-dia

52. Sinto desesperança no futuro

66. Dificilmente consigo ter a sensação de prazer ou satisfação nas coisas

Após várias análises e extração de itens do factor depressão, chegou-se à proposta final removendo os itens 9, 17, 33, 35, 44 e 48. Através dos itens finais que compõe a dimensão, podemos ver que os mesmos abordam, sobretudo, sentimentos de tristeza (item 6), auto-imagem negativa (item 5, item 31) desesperança (item 52) e falta de prazer nas coisas de uma forma geral (item 66), abrangendo sobretudo pensamentos e um sentimento geral negativo sobre si, que exprimem uma desmotivação geral. Este sentimento generalizado parece distar o suficiente de dificuldades de concentração (item 9) – além disso as dificuldades de concentração são segundo o DSM-IV e o CID-10 muito mais próprias

da Ansiedade – de alterações do sono (item 33) e alterações na vida sexual (item 44, item 48), para que estes itens não partilhem a variância pretendida, revelando-se muito mais específicos ao não abordarem a generalidade negativa da depressão como os itens finais. O único item extraído que parece abordar esta negatividade geral é o item 17. Contudo, para a nossa amostra, o mesmo não partilha variância comum suficiente para poder ser incluído, embora, na nossa opinião, deva ser incluído em futuras análises fatoriais para diferentes amostras, de forma a averiguar se o problema radica apenas na nossa amostra ou no item em si. Efetivamente, este item é, na nossa opinião, considerado determinante enquanto característico da depressão, pelo que foi com surpresa que observamos a sua baixa comunalidade. Não encontramos uma explicação óbvia para estes valores, pelo que achamos que deverão haver análises mais aprofundadas antes de se deixar cair o item definitivamente.

Finalmente, o item 35 parece estar demasiado vago, podendo distanciar-se mais da depressão e ser mais evidente em outras psicopatologias, sendo que o mesmo era, à partida, também usado para medir o suicídio e as ideias auto-lesivas. Quanto aos itens retidos apresentam comunalidades entre 0.55 e 0.65.

4.1.5. Ansiedade

Itens pertencentes à dimensão:

1. Tenho dificuldades em estar descontraído e despreocupado

3. Frequentemente tenho pesadelos

9. Tenho dificuldades de concentração

11. A minha ansiedade é tal que fico facilmente irritado

24. Não consigo ter uma noite de sono bem dormido

26. A minha ansiedade é tão intensa que parece que a realidade mudou

51. Sinto que as minhas mãos tremem com facilidade

54. Sinto-me demasiado nervoso ou tenso

55. Sinto grandes alterações no meu apetite (comer pouco ou em excesso)

64. Por vezes a minha ansiedade é tão grande que o meu corpo se descontrola (palpitações, suores, dificuldades em respirar, desconforto no peito, náuseas, tonturas).

A extração das comunalidades do factor ansiedade levou à remoção dos Itens 3, 9, 24, 51 e 55. Ao avaliarmos os itens retidos podemos concluir que os mesmos abordam muito o sentimento de ansiedade propriamente dito, com todos os itens a refletirem sentimentos em relação aos pensamentos que os dominam nesses momentos de ansiedade (item 1, item 11, item 54, item 64) e não tanto um carácter comportamental, ou somático,

designadamente, de alterações de sono (item 3, item 24) e do apetite (item 55), tremor das mãos (item 51). Já o item 9, em comparação com os restantes, parece ser demasiado específico não fazendo uma referência concreta à questão da ansiedade.

Podemos concluir assim que este construto, finalizado, aborda muito mais os sentimentos de uma pessoa ansiosa e não tanto as suas sensações corporais. O valor mínimo da proposta final é de 0.61 e o máximo de 0.67

4.1.6. Fobia

Itens pertencentes à dimensão:

- 12. Quando penso em determinados objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares, etc., sinto-me demasiado ansioso
- 18. Tenho medos sem sentido que não consigo abandonar (objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares, etc.)
- 38. Por vezes, se penso em determinadas situações (objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares), evito-as.
- 57. Tive de mudar alguma coisa na minha vida por causa de um medo terrível de algum objecto, animal, lugares, situações, grupos de pessoas, etc.

O estudo das comunalidades no construto Fobias mostrou bons índices em todos os itens pelo que a variância das respostas assume-se como bem explicada pelo fator comum. O valor mínimo foi de 0.58 e o máximo 0.64.

4.2. Extração e Rotação de Fatores

Após a primeira extração de factores, sob a forma de componentes principais foi possível observar que, de acordo com o critério do autovalor (eigenvalue) superior a um, foram extraídos quatro fatores, quando o pretendido seria seis. De acordo com Hair *et al.* (2005), a generalidade da literatura refere que o critério do autovalor superior a um deve ser usado apenas como um indicador para auxiliar a tomada de decisão quanto ao número de fatores a reter e nunca como um critério absoluto. Assim, como referido anteriormente, optou-se por fazer a análise fatorial para seis fatores e posteriormente cinco, uma vez que a solução de seis factores não foi de encontro ao que era teoricamente esperado, agrupando os itens do Psicoticismo e da Obsessivo-Compulsividade no mesmo factor, correspondendo o sexto factor a dois itens da Obsessivo-Compulsividade (itens 22 e 61), onde o segundo remete para o aspecto comportamental da mesma, ou seja, as compulsões o que nos levará

a pensar que caso os itens abordassem mais este aspecto poderiam incidir separadamente do psicoticismo.

A opção de reter apenas cinco fatores foi tomada após uma avaliação crítica dos itens, tentando perceber a causa do sucedido, uma vez que na literatura os dois construtos não têm grande identidade entre si. Como já foi referido, os itens da POC da nossa proposta final andam muito à volta dos pensamentos absurdos, abordando mais a parte obsessiva da patologia e não tanto aquilo que são as suas compulsões. Os itens do Psicoticismo parecem seguir também este caminho abordando, como referido anteriormente, o sentimento de estranheza do pensamento. Como podemos observar há aqui um aspecto que liga os dois construtos, onde os pensamentos absurdos parecem predominar, pelo que parece ser essa a razão pela qual, em todas as extrações de fatores realizadas, as duas dimensões coincidirem no mesmo fator. Talvez, e devido à forma como a construção dos itens se fez, haja uma ligação entre a parte obsessiva da Obsessivo-Compulsividade e o Psicoticismo pelo que, chegou-se à conclusão que seria aceitável admitir uma ligação entre as duas dimensões, no nosso teste. Tentamos também perceber se o mesmo acontecia no teste concorrente usado (BSI). Assim, realizamos uma análise fatorial do mesmo, mas compreendemos que a não linearidade dos factores, ou seja, a não confirmação fatorial dos mesmos na nossa amostra, não nos iria ajudar (Anexo 3). De facto, ambas as dimensões não assumem valores que consideramos aceitáveis na análise fatorial nem se agregam em dimensões únicas e distinguíveis. Pelo contrário, os itens do psicoticismo não formam uma única dimensão agregando-se a outros itens de outras supostas dimensões como a depressão ou a ansiedade. O mesmo acontece com as Perturbações Obsessivo-Compulsivas, no BSI. Toda esta não relevância estatística não nos permitiu então retirar qualquer tipo de conclusão acerca do que era pretendido.

Após estas conclusões procedemos então à penúltima análise fatorial onde se removeram os itens 4⁸ (do fator Psicoticismo), 33⁹ e 45¹⁰ (ambos pertencentes à dimensão Hipertimia) e 50¹¹ (fator Depressão).

O Item 4 aparece na matriz com saturações altas na depressão e não no psicoticismo como se pretendia. Após revisão da literatura chegou-se à conclusão que o psicoticismo, de

⁸ Upt 4 – Sinto que os outros me acham esquisito

⁹ Upt 33 – Sinto grandes alterações no meu sono

¹⁰ Upt 45 – Sinto-me muito irritado quando as pessoas não me compreendem

¹¹ Upt 50 – Sinto-me fatigado e sem energia para enfrentar o dia a dia

acordo com Soler & Lopez (2003) assume um carácter “agressivo, frio, impulsivo, antissocial, egocêntrico e impessoal” (p.7). Assim, e em face destas três últimas características, este sentimento do outro ter considerações sobre si poderá afastar-se dos restantes itens deste construto, visto o carácter egocêntrico e impessoal da patologia. Seguidamente, os itens 33 e 45 do construto hipertimia mostraram também problemas, uma vez que as suas saturações mais altas denotaram-se na depressão. Curiosamente, o item 33 pertencia também à depressão na primeira proposta do teste, tendo sido removido desta dimensão devido à baixa variância comum. Rucci *et al.* (2013) afirmam que uma pessoa em estado de Hipertimia se sente com mais energia em estados de menos sono pelo que poderá não sentir as “grandes alterações no sono” (item 33). Talvez se o item abordasse um sentimento de menor sono que o costume, ao invés de grandes alterações, tivesse uma melhor saturação na dimensão pretendida. Os autores também mencionam que, apesar de serem pessoas muito impacientes, só chegam a altos níveis de irritação em caso de abuso de substâncias, o que explicaria os resultados baixos do item 45. Finalmente, o item 50 foi removido, uma vez que o mesmo assumiu saturações altas em duas psicopatologias diferentes (ansiedade e depressão) assumindo uma relação mais alta com a ansiedade do que com a depressão, algo que não era o pretendido.

Após a remoção destes itens procedeu-se a uma nova análise fatorial e após a verificação de resultados, foi assumida como proposta final a que apresentamos em seguida.

Tabela 4 **KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.942
	Approx. Chi-Square	5074.688
Bartlett's Test of Sphericity	Df	406
	Sig.	.000

De acordo com Field (2013) a estatística do *KMO* varia entre 0 e 1. Um valor perto de 1 indica que os padrões de correlação são relativamente compactos, pelo que a análise fatorial deverá apresentar factores fidedignos e distintos. O autor afirma ainda que valores

acima de 0.8 são muito bons e acima de 0.9 são soberbos, pelo que o indicador *KMO* para a nossa análise factorial é, de acordo com o autor, “soberbo”.

O teste da esfericidade de Bartlett testa a hipótese nula de que a matriz de correlação original é uma matriz de identidade. Um teste significativo (p menor que 0.05) indica-nos que a realização da análise factorial é apropriada, o que acontece neste caso.

Tabela 5 **Total de Variância Explicada**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	11.110	38.312	38.312	11.110	38.312	38.312	5.198	17.924	17.924
2	3.184	10.981	49.293	3.184	10.981	49.293	3.835	13.223	31.147
3	1.454	5.015	54.308	1.454	5.015	54.308	3.009	10.375	41.522
4	.994	3.429	57.737	.994	3.429	57.737	2.842	9.801	51.323
5	.942	3.249	60.985	.942	3.249	60.985	2.802	9.663	60.985
6	.857	2.954	63.939						
7	.822	2.833	66.772						
8	.749	2.584	69.356						
9	.728	2.510	71.866						
10	.659	2.271	74.138						
11	.620	2.137	76.275						
12	.550	1.898	78.173						
13	.539	1.857	80.030						
14	.513	1.770	81.799						
15	.486	1.676	83.476						
16	.478	1.648	85.124						
17	.470	1.622	86.746						
18	.433	1.494	88.240						
19	.416	1.436	89.675						
20	.389	1.340	91.015						
21	.354	1.220	92.235						
22	.337	1.163	93.398						
23	.331	1.143	94.541						
24	.297	1.023	95.565						
25	.286	.986	96.550						
26	.272	.937	97.487						
27	.258	.890	98.377						
28	.246	.848	99.225						
29	.225	.775	100.000						

Método de extração: Análise das Componentes principais.

Apesar de o critério de autovalores superiores a um sugerir a retenção de apenas três fatores, cinco fatores são mais adequados e justificáveis teoricamente, para além de os autovalores do 4º e 5º fatores se encontrarem bastante próximos de um. Adicionalmente, os cinco factores retidos representam cerca de 60% da variância explicada, enquanto que três factores representam 54% da variância explicada. Simões (1994) afirma que quando um factor explica pelo menos 3% da variância não deve ser eliminado.

Tabela 6 **Matriz dos Componentes Rodados**

	Component				
	1	2	3	4	5
UPT1 Ansiedade		.653	.369		
UPT11 Ansiedade		.710			
UPT26 Ansiedade	.457	.618			
UPT54 Ansiedade		.776			
UPT64 Ansiedade		.677			
UPT5 Depressão			.759		
UPT6 Depressão		.396	.562		
UPT31 Depressão			.744		
UPT52 Depressão		.458	.541		
UPT66 Depressão		.364	.509		
UPT22 OC	.630				
UPT39 OC.	.596				.380
UPT56 OC	.557				
UPT61 OC	.603				
UPT12 Fobias					.640
UPT18 Fobias	.417				.683
UPT38 Fobias					.700
UPT57 Fobias					.700
UPT2 Psicoticismo	.715				
UPT15 Psicoticismo	.690				
UPT27 Psicoticismo	.651				
UPT34 Psicoticismo	.530	.420			
UPT35 Psicoticismo	.599				
UPT65 Psicoticismo	.674				
UPT 7 Hipertimia				.689	
UPT16 Hipertimia				.734	
UPT36 Hipertimia				.790	
UPT42 Hipertimia				.730	
UPT63 Hipertimia				.640	

Método de extração: Análise das Componentes principais.

Método de Rotação: Varimax with Kaiser Normalization.

A análise em componentes principais foi seguida de *rotação varimax* (na qual foram suprimidos os valores inferiores a 0.30 para uma interpretação mais clara do quadro), um método usado quando se pretende obter uma estrutura simples, uma vez que se trata de uma técnica que maximiza as saturações mais elevadas e reduz as saturações mais baixas. Desta forma, ao minimizar o número de variáveis que apresentam saturações num factor, esta técnica vai facilitar sua interpretação (Field, 2009).

A estrutura final revelou-se bastante clara face ao esperado e os resultados foram considerados positivos, registando problemas apenas no factor um, onde estão presentes dois construtos. Todas as saturações dos itens nos respetivos factores foram superiores a 0.5, o valor considerado mínimo exigível (Field, 2009). Mais especificamente, a Ansiedade registou saturações entre 0.61 e 0.77, a Depressão entre 0.51 e 0.76, a OC entre 0.58 e 0.64, a Fobia entre 0.64 e 0.70, o Psicoticismo entre 0.53 e 0.71 e, por fim, a Hipertimia com saturações entre 0.65 e 0.79.

Daqui há a registar factores com valores considerados elevados como a Hipertimia, Fobias e Ansiedade, onde para estes três indicadores de sintomatologia psicológica as saturações foram todas acima de 0.6. Além disso, podemos perceber que o construto mais consolidado no primeiro fator é o Psicoticismo, pelo que, a haver alguma alteração de itens para tentar delinear estes dois construtos (alteração essa que será abordada posteriormente) essa deverá passar pela redefinição dos itens da OC. De facto, além de ser o construto com saturações mais baixas no seu fator, é também aquele que tem a saturação menos alta quando analisados os valores máximos de todos os construtos. De referir também que na primeira rotação para os desejáveis 6 factores não há separação entre o OC e o Psicoticismo, nem nenhum conjunto de itens que pareçam constituir uma nova dimensão, pelo que, para ambos os casos (6 factores e 5 factores) ambas as dimensões coincidem sempre no mesmo fator.

Note-se também algumas saturações altas de alguns itens em outros factores, algo esperado face aos construtos medidos; todavia, esses mesmos itens exibiram sempre saturações mais elevadas nos factores esperados.

O item 26¹² apresentou uma saturação de 0.45 com o fator 1, onde estão presentes o Psicoticismo e a OC. Ao analisar a questão e tendo em conta o que já foi dito acerca dos

¹² Upt 26 - A minha ansiedade é tão intensa que parece que a realidade mudou

dois construtos presentes nesse fator (itens do psicoticismo algo ligados aos pensamentos sobre a estranheza do mundo externo e itens da OC ligados aos pensamentos absurdos que invadem a cabeça), podemos compreender a associação a essa estranheza do mundo externo ao afirmar que “parece que a realidade mudou”. Há assim uma associação de todos estes itens a essa mesma estranheza, explicando-se então o porquê desta saturação.

É também possível observar que três itens do fator Depressão apresentam saturações altas no fator Ansiedade. Ao analisar os mesmos podemos observar que os três exprimem um sentimento negativo, especificamente de tristeza (item 6¹³), sem esperança no futuro (item 52¹⁴) e com incapacidade de tirar prazer das coisas (item 66¹⁵). Ao revermos o que foi dito sobre os itens validados para a Ansiedade chegamos à conclusão que os mesmos abordam o caráter do sentimento face à ansiedade e não o carácter somático, o mesmo acontecendo nestes três itens pelo que se percebe as saturações elevadas em ambas as dimensões.

Temos, hoje, evidência suficiente para se considerar que a grande frequência de associação entre a depressão e a ansiedade não se deve a um efeito do acaso

Acerca disto, Marques-Teixeira (2001) assume que há evidência para se considerar que é comum a comorbilidade entre a depressão e a ansiedade, ou seja, ambos os sintomas estão etiologicamente associados. O autor refere também que a associação de uma depressão e de uma perturbação ansiosa parece indicar a existência de uma patologia mais severa. Clark & Watson (1991) afirmam também que a Depressão e a Ansiedade partilham componentes substanciais de *distress* que, segundo os autores, se traduz num sentimento negativo de um indivíduo quando o mesmo não se consegue adaptar ao stress. Esses sentimentos poderão, muito bem, traduzir-se em tristeza, desesperança no futuro ou numa incapacidade de tirar o prazer das coisas. Também esta afirmação dos autores nos permite explicar a saturação do item 1¹⁶, pertencente à Ansiedade, na dimensão Depressão, uma vez que dificuldades em estar descontraído e despreocupado podem traduzir-se em *distress*, que é um sentimento negativo partilhado em ambos os construtos.

¹³ Upt 6 - Sinto-me triste

¹⁴ Upt 52 -Sinto desesperança no futuro

¹⁵ Upt 66 -Difícilmente consigo ter a sensação de prazer ou satisfação nas coisas

¹⁶ Upt 1 - Tenho dificuldades em estar descontraído e despreocupado

Também o item 39¹⁷ apresentou saturações significativas com a dimensão da Fobia. Lebau *et al.* (2010) afirmam que uma fobia “é uma desordem representada por um medo irracional relacionado com um objetivo específico ou uma situação” (p.148). Este medo irracional poderá traduzir-se nos pensamentos absurdos que o item 39 aborda, pelo que a saturação é percebida. O inverso acontece no item 18¹⁸, pertencente à Fobia que regista saturações relevantes na dimensão da OC e do Psicoticismo. O item refere-se a medos irracionais característicos deste tipo de sintomatologia. Também no primeiro fator, e como já pudemos constatar anteriormente, abordam-se pensamentos absurdos e estranhos acerca da realidade. Pode-se assim perceber o porquê desta ligação, uma vez que em ambas as sintomatologias há este carácter “sem sentido” e estranho da realidade.

Por último, o item 34¹⁹, pertencente ao Psicoticismo, regista saturações altas na dimensão da ansiedade. De acordo com o DSM-IV e o CID-10, a Ansiedade regista no seu espectro preocupação excessiva e também uma expectativa geralmente apreensiva, pelo que se percebe que sujeitos com níveis de ansiedade consideráveis sintam na sua cabeça confusão e não a compreendam.

Chega-se então à conclusão que a análise exploratória da escala valida o que era teoricamente esperado após todo o processo de análise, havendo apenas a ressalvar o facto de o Psicoticismo e as Perturbações Obsessivo-Compulsivas aparecerem associadas no mesmo factor.

4.3. Análise das Comunalidades nos Indicadores de Áreas Clínicas

Apesar de não fazer parte da matriz dos componentes principais cabia-nos também verificar que os Indicadores de áreas clínicas importantes que se pretendem medir fossem validados pela existência de variância comum entre as variáveis, através da análise das suas comunalidades. Para isso recorreremos ao processo usado anteriormente, onde seriam retirados os itens estatisticamente abaixo do ponto de corte e teoricamente questionáveis.

¹⁷ Upt 39 - Tenho pensamentos absurdos que me chateiam mas não consigo tirar a cabeça

¹⁸ Upt 18 -Tenho medos sem sentido que não consigo abandonar

¹⁹ Upt 34 - Às vezes sinto a minha mente tão confusa que não a compreendo

4.3.1 Sono

Itens pertencentes ao indicador:

3. Frequentemente tenho pesadelos

8. Não sinto necessidade de dormir

19. Estou sempre a morrer de sono

24. Não consigo ter uma noite de sono bem dormido

33. Sinto grandes alterações no meu sono

41. Tenho dificuldades em adormecer

Para o sono, da proposta inicial, foram retirados os itens 3, 8 e 19. A proposta final tem como comunalidade mínima 0.77 e máxima 0.81. Analisando os itens removidos podemos concluir que quer o item 8, quer o item 19 assumem aqui uma certa polarização ao afirmar que “não sinto necessidade de dormir” e “estou sempre a morrer de sono”.

De referir que o item 8 tinha o intuito também de medir a hipertimia pelo que explica-se que seja um item de excepção para este factor uma vez que é extremamente invulgar que não se sinta necessidade de dormir. É normal que quem deixe de sentir necessidade de dormir sinta grandes alterações no sono, mas o contrário não é verdade. Já o item 19 leva-nos a concluir que quem tenha alterações ou dificuldades no sono não estará, necessariamente a morrer de sono durante o dia pelo que se percebe as baixas comunalidades do item.

Além disso os itens 24, 33 e 41 assumem um estado mais normalizador que os outros pelo que se entende que as comunalidades dos outros itens sejam mais baixas. Talvez uma mudança dos itens para um estado menos radical e definitivo fizesse com que os seus valores fossem mais altos. Um exemplo disto seria “Tenho tido mais sono que o habitual”. De notar que os itens finais abordam fases mais normais do sono como “dificuldades em adormecer” ou “não consigo ter uma noite de sono bem dormida” pelo que se percebe que não haja uma correlação forte com uma necessidade total de dormir, ou de não dormir (item 8 e 19).

Já o item 3 parece ser muito específico no sentido de que há sujeitos que poderão sentir alterações e dificuldades para dormir mas que não se lembrem ou não tenham mesmo pesadelos. Questionou-se, mesmo assim, a manutenção do mesmo, pois a sua comunalidade, após a extração dos outros dois itens, era muito aproximada de 0.5 (0,48), mas optou-se finalmente por seguir o ponto de corte indicado. Além disso, ao retirar este

item o fator ficou teoricamente mais coerente traduzido por comunalidades mais altas. Os resultados finais foram considerados bastante positivos.

4.3.2 Ataques de Pânico

Itens pertencentes ao indicador:

2. Sinto que a realidade é estranha

- 14. Tenho ataques de pânico
- 23. Sinto-me tão inquieto que sufoco
- 26. A minha ansiedade é tão intensa que parece que a realidade mudou
- 40. Sinto um medo sufocante que me aconteça algo (perder o controlo, morrer ou ficar louco)
- 64. Por vezes a minha ansiedade é tão grande que o meu corpo se descontrola (palpitações, suores, dificuldades em respirar, desconforto no peito, náuseas, tonturas).

No Indicador sobre os ataques de pânico retirou-se o item 2. A variável com menor comunalidade da proposta final tem o valor de 0.51 e máxima de 0.68. Pela análise dos itens finais percebemos que valorizam a intensidade dos sentimentos em relação ao pânico abordando sintomas como estar tão inquieto que se sufoca (item 23), sentir um medo sufocante (item 40) e passível de provocar descontrolo no sujeito (item 26, item 64). O item removido – 2 – não aborda esta intensidade do pânico e daí não assumir variância explicada no fator, pelo que foi extraído.

4.3.3 Sexo

Itens pertencentes ao indicador:

- 20. A minha energia sexual não sofreu alterações
- 30. Sinto um aumento da energia sexual
- 44. Tenho sentido que o meu desempenho sexual é baixo relativamente ao meu estado normal
- 48. Tenho sentido pouco interesse no sexo relativamente ao meu estado normal

No indicador sobre o sexo extraiu-se o item 30. Os valores mínimos e máximos finais são de 0.62 e 0.80. Após análise dos itens apurados percebemos que estes abordam fatores negativos em relação ao sexo sendo eles o desempenho baixo (item 44) e um interesse reduzido (item 48) ou sem grandes alterações (item 20) pelo que seria suposto que um aumento de energia sexual se correlacionasse com estes. Todavia isso não acontece o que nos leva a pensar que fatores positivos nesta dimensão não se relacionam diretamente com fatores negativos da mesma. No entanto, este deverá ser um item a ser testado futuramente em novas provas de validade para diferentes amostras.

4.3.4 Autoestima

Itens pertencentes ao indicador:

- 5. Vejo-me como uma pessoa mais falhada do que bem sucedida
- 21. Sinto que não valho nada
- 25. Tenho confiança em mim mesmo
- 28. Sinto que sou interessante para os outros
- 31. Não gosto da pessoa que sou
- 37. Não consigo afirmar-me em grupo
- 59. Sou tão capaz como a generalidade das pessoas
- 63. Sinto-me muito bem comigo mesmo

Na autoestima todos os valores foram satisfatórios não havendo extração de itens. As comunalidades abrangem valores do 0.55 ao 0.76. A dimensão parece ter sido bem conseguida logo de início com todos os itens a assumirem comunalidades satisfatórias.

4.3.5 Suicídio e Ideias Auto-Lesivas

Itens pertencentes ao indicador:

- 29. Já pensei em matar-me
- 32. Há momentos em que penso fazer mal a mim mesmo
- 43. Penso que a morte pode ser a saída para o meu sofrimento
- 47. Já fiz planos para acabar com a minha vida
- 60. Às vezes sinto que era melhor que a minha vida acabasse

Por fim, o indicador suicídio assumiu valores bons em todos os itens, sendo o mínimo de 0.66 e o máximo de 0.76.

Todos os itens finais pareceram assim explicar a variância mínima exigível, pelo que os resultados são considerados positivos.

4.4 Versão final da escala

Segue-se a versão final da escala, dividida por dimensões:

Depressão:

- 5. Vejo-me como uma pessoa mais falhada do que bem-sucedida
- 6. Sinto-me triste
- 31. Não gosto da pessoa que sou
- 52. Sinto desesperança no futuro
- 66. Dificilmente consigo ter a sensação de prazer ou satisfação nas coisas

Psicoticismo:

- 2. Sinto que a realidade é estranha
- 15. Tenho a sensação que algo de estranho se passa à minha volta
- 27. Tenho sensações muito esquisitas
- 34. Às vezes sinto a minha mente tão confusa que não a compreendo
- 35. Há coisas más que penso que não posso contar a ninguém
- 65. Há coisas que sinto que os outros não acreditam nisso

Pânico;

- 14. Tenho ataques de pânico
- 23. Sinto-me tão inquieto que sufoco
- 26. A minha ansiedade é tão intensa que parece que a realidade mudou
- 40. Sinto um medo sufocante que me aconteça algo (perder o controlo, morrer ou ficar louco)
- 64. Por vezes a minha ansiedade é tão grande que o meu corpo se descontrola (palpitações, suores, dificuldades em respirar, desconforto no peito, náuseas, tonturas).

Sono:

- 24. Não consigo ter uma noite de sono bem dormido
- 33. Sinto grandes alterações no meu sono
- 41. Tenho dificuldades em adormecer

Ansiedade:

- 1. Tenho dificuldades em estar descontraído e despreocupado
- 11. A minha ansiedade é tal que fico facilmente irritado
- 26. A minha ansiedade é tão intensa que parece que a realidade mudou
- 54. Sinto-me demasiado nervoso ou tenso
- 64. Por vezes a minha ansiedade é tão grande que o meu corpo se descontrola (palpitações, suores, dificuldades em respirar, desconforto no peito, náuseas, tonturas).

Hipertimia:

- 7. Tenho vontade de fazer tantas coisas que é difícil estar quieto
- 16. Sinto-me maravilhosamente bem
- 36. Sinto muita energia e capaz de fazer mil e uma coisas ao mesmo tempo
- 42. Sinto-me capaz de coisas grandiosas
- 63. Sinto-me muito bem comigo mesmo

OC:

- 22. Tenho ideias obsessivas que me incomodam
- 39. Tenho pensamentos absurdos que me chateiam mas não consigo tirar da cabeça
- 56. Há pensamentos que me invadem e não me saem da cabeça
- 61. Há comportamentos exagerados que tenho que ter (lavar as mãos vezes sem conta, verificar se fechei a porta, etc.) senão fico a sentir-me muito mal .

Sexo:

- 20. A minha energia sexual não sofreu alterações
- 44. Tenho sentido que o meu desempenho sexual é baixo relativamente ao meu estado normal
- 48. Tenho sentido pouco interesse no sexo relativamente ao meu estado normal

Suicídio e Ideias Auto lesivas:

- 29. Já pensei em matar-me
- 32. Há momentos em que penso fazer mal a mim mesmo
- 43. Penso que a morte pode ser a saída para o meu sofrimento
- 47. Já fiz planos para acabar com a minha vida
- 60. Às vezes sinto que era melhor que a minha vida acabasse

Fobia:

- 12. Quando penso em determinados objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares, etc., sinto-me demasiado ansioso
- 18. Tenho medos sem sentido que não consigo abandonar (objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares, etc.)
- 38. Por vezes, se penso em determinadas situações (objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares), evito-as.
- 57. Tive de mudar alguma coisa na minha vida por causa de um medo terrível de algum objecto, animal, lugares, situações, grupos de pessoas, etc.

Autoestima:

- 5. Vejo-me como uma pessoa mais falhada do que bem sucedida
- 21. Sinto que não valho nada
- 25. Tenho confiança em mim mesmo
- 28. Sinto que sou interessante para os outros
- 31. Não gosto da pessoa que sou
- 37. Não consigo afirmar-me em grupo
- 59. Sou tão capaz como a generalidade das pessoas
- 63. Sinto-me muito bem comigo mesmo

Interferência no Trabalho, Família e Lazer:

- 67. Os sintomas prévios perturbaram o seu trabalho/escola
- 67. Os sintomas prévios perturbaram o seu trabalho/escola
- 68. Os sintomas prévios perturbaram a sua vida familiar/responsabilidades domésticas

4.5. Validade Convergente e Discriminante

Tabela 7	BSI OC	BSI Depressão	BSI Ansiedade	BSI A.Fóbica	BSI Psicoticismo	Upt Depressão	UPT Ansiedade	UPT OC	UPT Hipertimia	UPT Psicoticismo	UPT Fobia
BSI OC	1	.766**	.679**	.598**	.694**	.697**	.629**	.556**	-.178**	.644**	.496**
BSI Depressão	.766**	1	.691**	.592**	.743**	.827**	.641**	.496**	-.363**	.604**	.416**
BSI Ansiedade	.679**	.691**	1	.689**	.682**	.659**	.786**	.608**	-.194**	.704**	.619**
BSI A. Fóbica	.598**	.592**	.689**	1	.674**	.615**	.566**	.557**	-.153**	.611**	.634**
BSI Psicoticismo	.694**	.743**	.682**	.674**	1	.675**	.582**	.642**	-.200**	.695**	.575**
UPT Depressão	.697**	.827**	.659**	.615**	.675**	1	.685**	.548**	-.385**	.618**	.493**
UPT Ansiedade	.629**	.641**	.786**	.566**	.582**	.685**	1	.609**	-.152**	.698**	.573**
UPT OC	.556**	.496**	.608**	.557**	.642**	.548**	.609**	1	-.041	.762**	.680**
UPT Hipertimia	-.178**	-.363**	-.194**	-.153**	-.200**	-.385**	-.152**	-.041	1	-.075	-.023
UPT Psicoticismo	.644**	.604**	.704**	.611**	.695**	.618**	.698**	.762**	-.075	1	.663**
UPT Fobia.	.496**	.416**	.619**	.634**	.575**	.493**	.573**	.680**	-.023	.663**	1

A última forma de validação efectuada foi a validade convergente e discriminante. Para isso propôs-se que as dimensões resultantes do processo de validação se submetessem a correlações com os resultados de um teste já validado e que é vastamente usado (a saber, o BSI), com o intuito de apurar se as medidas se relacionam com os construtos psicológicos semelhantes e, por outro lado, se registam um menor grau de associação com construtos diferentes. Para o efeito foram seleccionadas as dimensões da OC, Depressão, Ansiedade, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo por serem aquelas que mais se assemelham às dimensões medidas no nosso teste.

Através da análise do padrão de correlações da dimensão Depressão da escala UPT, podemos verificar que a correlação mais alta é exatamente com a dimensão Depressão da escala BSI (0.83), sendo bastante mais baixa com dimensões como a Ansiedade Fóbica (0.62) o que mostra a capacidade discriminativa da dimensão.

Através da análise do padrão de correlações da dimensão Ansiedade da escala UPT, podemos verificar que a correlação mais alta é com a dimensão Ansiedade da escala BSI (0.79), sendo esta bastante mais baixa noutras dimensões como a Ansiedade Fóbica (0.57) ou o Psicoticismo (0.58).

A dimensão OC da escala UPT não se correlacionou em primeiro com a dimensão OC do BSI pelo que não se confirma a validade convergente, relacionando-se mais com o Psicoticismo e a Ansiedade da escala do BSI. Por outro lado, é uma dimensão que se distancia bastante da dimensão da Depressão (0.50), pelo que se confirma a validade divergente.

De referir que esta correlação alta com o Psicoticismo da UPT confirma também o porquê de na nossa estrutura factorial estarem ambos os construtos (POC e Psicoticismo) presentes no mesmo factor. Para tentar perceber o porquê da falta da correlação entre ambos os testes achámos pertinente efetuar a análise factorial da escala do BSI (Anexo 3) para perceber se poderia haver falhas ao nível do fator OC. Apesar de, pelo método do autovalor serem propostos nove factores para esta escala percebe-se que, de uma forma geral, não há confirmação factorial da estrutura proposta pelo BSI e que, na maior parte dos casos, os itens dos diversos factores se vão agregando a outras dimensões que não as suas, salvo raras exceções, como o caso da Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Hostilidade (embora em todas estas haja itens com saturações demasiado baixas (< 0.5) e não situados no factor pretendido). Além disso, o último factor explica apenas 2% da variância o que é, como visto anteriormente, considerado baixo. A extração da matriz de componentes rodados revelou também que a dimensão OC, quando agrega alguns itens a uma só dimensão, apenas apresenta uma saturação considerada aceitável (0.65) sendo que as outras exprimem valores abaixo dos 0.41, considerados não aceitáveis para este tipo de análise (Field, 2009). Como referido, os seus itens não se agregaram todos no mesmo fator, estando espalhados pelo terceiro, quarto e sétimo factor. Tentou-se também a extração para apenas oito factores, mas os resultados não

se alteraram para esta dimensão. Por último, extraímos as comunalidades da OC na nossa amostra da BSI (Anexo 4) e apenas dois itens, de um total de seis, têm o seu valor acima de 0.5. Por todos estes motivos temos que considerar que a dimensão POC da BSI, na nossa amostra, carece de validade de construto e pode traduzir resultados errados quando se tenta fazer a análise convergente e discriminante deste construto.

Através da análise do padrão de correlações da dimensão Hipertimia, podemos verificar que a mesma apresenta correlações baixas com todas as dimensões do BSI pelo que a validade divergente confirma-se. Uma vez que não está presente no BSI, seria expectável que a correlação mais alta fosse com a depressão (-0.36), o que acontece. Apesar de não ser uma correlação muito elevada há que considerar o problema metodológico entre itens na negativa e itens na positiva. Parece assim haver alguma indicação de capacidade discriminante, isto é, de alguma convergência (depressão) e divergência (todos os outros).

Através da análise do padrão de correlações da dimensão Psicoticismo da escala UPT, podemos verificar que a correlação mais alta é com a dimensão Psicoticismo da BSI (0.70), mas também com a dimensão Ansiedade (0.70), sendo esta mais baixa noutras dimensões como a Ansiedade Fóbica (0.61) e a Depressão (0.60).

Para perceber a igual correlação da nossa dimensão com a ansiedade e o psicoticismo da escala BSI recorreu-se novamente à análise fatorial do BSI. Conclui-se que também o Psicoticismo não é um construto bem definido nesta escala, uma vez que quase todas as saturações são extremamente baixas registando-se apenas duas saturações acima de 0.5 num total de cinco itens, estando curiosamente os itens da dimensão Psicoticismo situados em fatores diferentes na tabela rodada. Também na análise das suas comunalidades só dois dos seus itens são considerados aceitáveis (Anexo 5). Devido à falta de estabilidade do construto do BSI (na nossa amostra) torna-se difícil aferir a qualidade métrica destes resultados. O mesmo parece afastar-se mais da Ansiedade Fóbica (0.6) e da Depressão (0.61) embora apresente correlações que não possam ser considerado baixas.

Por último a Fobia da escala UPT assume a sua correlação mais alta com a Ansiedade Fóbica da BSI (0.63), e distancia-se claramente de outras dimensões como a Depressão (0.42) ou a POC (0.50), confirmando-se assim a sua validade discriminante.

De uma forma geral, os resultados são considerados aceitáveis. Todavia, a fragilidade factorial latente na BSI – na nossa amostra – permite questionar os resultados. Curiosamente, a validade convergente apenas teve resultados não aceitáveis em dois dos construtos que mais parecem carecer de confirmação factorial na BSI, o que nos leva a pensar que, tendo em conta a solidez dos nossos construtos, o problema estará, para a aferição da validade convergente e discriminante, não no nosso teste, mas sim na não conformidade factorial evidenciada na BSI.

4.6. Consistência Interna

Foram também calculados os *Alphas de Cronbach* para cada fator. Para a Depressão o valor foi de 0.84 (5 itens); para Ansiedade de 0.87 (5 itens); para a OC de 0.79 (4 itens); para a Hipertimia de 0.78 (5 itens); para o Psicoticismo 0.86 (6 itens); e por último para as Fobias de 0.79 (4 itens). Todos os valores dos *Alphas de Cronbach* são aceitáveis, estando o mais baixo acima do ponto de corte²⁰.

5. Valores Normativos Relativos à escala

Foram, por último, extraídos os valores normativos relativos à nossa escala, designadamente as médias, o desvio padrão e os valores de cada decil, que poderão ser consultados na tabela apresentada na próxima página.

²⁰ A literatura não apresenta um valor único e definitivo a partir do qual se considera aceitável o valor do alpha. Nunnally (1976) afirma que o limite de fidelidade de 0.70 é modesto e adequado em áreas de investigação que estejam a começar, que um mínimo de 0.80 deverá servir para áreas maduras de investigação, e 0.90 como mínimo para algo concreto e que seja aplicável.

Tabela 8		UPT Depressão	UPT Ansiedade	UPT OC	UPT Hipertimia	UPT Psicoticismo	UPT Fobia
N	Valid	334	334	334	334	334	334
	Missing	0	0	0	0	0	0
Média		1.1904	1.1880	.8548	1.7138	.8961	.7769
D. Padrão		.82303	.81139	.77997	.78499	.74861	.73190
Percentis	10	.2000	.2000	.0000	.8000	.0000	.0000
	20	.4000	.4000	.0000	1.0000	.1667	.0000
	30	.6000	.8000	.2500	1.2000	.3333	.2500
	40	.8000	.8000	.5000	1.6000	.5000	.5000
	50	1.0000	1.0000	.7500	1.6000	.8333	.7500
	60	1.2000	1.2000	1.0000	2.0000	1.0000	.7500
	70	1.4000	1.6000	1.2500	2.2000	1.1667	1.0000
	80	1.8000	1.8000	1.5000	2.4000	1.5000	1.2500
	90	2.2000	2.4000	1.7500	2.8000	2.0000	1.7500

6. Considerações Finais

Os resultados apresentados nesta dissertação apontam para valores que, de acordo com a literatura e com as dificuldades a nível de validação de provas existentes no nosso país, são dados como bastantes satisfatórios. Foi garantido que o instrumento fosse findado com boas qualidades psicométricas, designadamente de validade e fidelidade pelo que o nosso objetivo de contribuir com uma escala sem custos e com um exigente processo de validação, foi cumprido. Conclui-se assim que, algumas das falhas encontradas em alguns das principais provas usadas em Portugal, a nível de validação e também custo, poderão ser combatidas através do uso no nosso instrumento.

Há, no entanto, recomendações a serem feitas de forma a dar continuidade a este trabalho que consideramos promissor.

No futuro, e de forma a complementar o processo de validação, deverão ser estabelecidas as medidas de validade de critério através da verificação da validade concorrente e preditiva do teste, sendo que este foi um processo impraticável para nós devido ao fator tempo envolvido na espera de dados. Um exemplo para aferir a validade concorrente seria

correlacionando os dados recolhidos pelo nosso teste com diagnósticos recolhidos de forma independente, algo que consideramos ser importante realizar futuramente. Já a validade preditiva envolve sempre o fator tempo pelo será mais difícil de realizar. No entanto achamos que é pertinente ser futuramente efectuada.

Também a nível de amostra poderão haver melhorias. Idealmente não se usaria uma amostra de conveniência, embora o mesmo seja difícil pelo que, e de acordo com o nosso espírito de contribuição com uma escala para a comunidade, consideramos que a sociedade académica poderá, neste campo, melhorar a amostra existente, designadamente adaptá-la o máximo possível aos dados dos censos (população portuguesa). Para isso serão precisos dados sobre sujeitos com escolaridades mais baixas, idades mais extremadas, e também alargar a incidência da população a um âmbito nacional, uma vez que a maioria da população da mesma se encontra no distrito do Porto, Aveiro e Viseu.

Visto que uma das nossas intenções foi desenvolver uma escala *open source*, espera-se que futuramente se possa trabalhar em consórcio com outras universidades. Esta contribuição é vista como fundamental para o melhoramento do trabalho até aqui realizado onde as mesmas poderão, entre outros contributos, fortalecer a amostra.

Outro passo que também consideramos que tenha importância nesta escala será o de reformular os itens da Perturbação Obsessivo-Compulsiva de forma a tentar apanhar mais o espectro compulsivo da patologia, de forma a tentar validar fatorialmente a clássica separação entre esta indicação de sintomatologia e o Psicoticismo. Apesar de acabarmos com a sensação que o construto mede o que pretende medir, temos também a sensação que o mesmo poderá ser melhorado de forma a “libertar-se” do Psicoticismo.

Há ainda que referir os processos de validade convergente e divergente realizados nesta dissertação, e a pertinência de insistir num aprofundamento dos mesmos. Dado as falhas encontradas fatorialmente no teste usado para aferir este tipo de validade (BSI) em correlação com o nosso, pensamos que deverão ser efetuadas novas análises. Para as mesmas sugerimos que sejam efectuadas correlações com medidas específicas para cada uma das dimensões que pretendemos medir (*e.g.*: Beck II para a Depressão; STAI para a Ansiedade), obtendo desta forma uma visão mais clara sobre e satisfatória acerca deste tipo de validade.

Por último, consideramos que deverá, no próximo estudo, elaborar-se a análise fatorial confirmatória. Este tipo de análise está, de acordo com Urbina (2004) a ser cada vez mais abundante, quer na literatura psicológica, quer nas secções da validade dos manuais dos testes. São também consideradas bastante sofisticadas e partem da premissa que já há uma teoria sobre as variáveis medidas pelos fatores, requisito preenchido pela nossa escala. O objetivo da mesma é, de acordo com a autora, confirmar o grau de ajuste dos dados observados à teoria hipotetizada, pelo que achamos que, e dado a sua utilização cada vez maior, será importante incluir a análise fatorial confirmatória num próximo estudo.

Bibliografia

Almeida, L, Araújo, A & Diniz, A. (2013) Avaliação Psicológica e o uso de testes em Portugal. *Psiencia, Revista Latino-Americana de Ciencia Psicológica* 5 (144-149). ISSN

Almeida L. , Simões, M. & Gonçalves, M. (1995) *Provas Psicológicas em Portugal*. Vol.1 APPORT; Braga

Almeida, L., Diniz, A, Pais, L. (2007) *A Avaliação Psicológica na Prática dos Psicólogos: As provas Psicológicas Usadas em Portugal*. Universidade do Minho. Braga

Almeida L. *et al.* (2008) *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Vol.1, 2ª Edição. Quarteto. Braga

American Psychological Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education (2011) *Standards for Educational and Psychological Testing*. AERA Publications. Washington, Dc.

Associação Americana de Psiquiatria (1994) *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª Edição.

Baptista, A. (1993). A gênese da perturbação de pânico: A importância dos fatores familiares e ambientais durante a infância e adolescência. *Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar*, Universidade do Porto, Porto.

Bernstein, D & Nash, P. (2004) *Essentials of Psychology*. 3rd Edition. Boston: Houghton Mifflin Company

Brochado, F. (2013) *Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II): estudo de validação e dados normativos para a população portuguesa*. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Universidade do Porto, Porto

Campos, R. & Gonçalves, B (2011). Adaptação do Inventário de Depressão Beck II para a população portuguesa. *Actas do VIII Congresso Ibero-americano de Avaliação Psicológica*, Lisboa

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga

Casslerly, R. & Koocher, G. (2003) Ethical Issues In Psychological Assessment. *Handbook of Assessment Psychology*. Vol. 10, pp. 165-168. John Wiley and Sons. New York

Clark, L. & Watson, D. (1991) Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.100, pp. 316-336 American Psychological Association, Inc. Washington. Dc.

Cohen, R. J. & Swerdlik, M. (2009) *Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement*; 7th Edition. McGraw–Hill Primis. Highstown, New Jersey

Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, pp. 281-302. Toronto, Ontario.

Derogatis, L (1992) *Symptom Checklist – 90 – Revised*. John Wiley & Sons, Inc. New Jersey

Diniz, A., Almeida L. & Pais. L (2007) Contextos profissionais e práticas da avaliação psicológica: inquérito aos psicólogos portugueses. *Psico-USF*, v.12, n1, p 1-12. São Paulo. Brasil

Fabrigar, L., MacCallum, R., Wegener, D. & Strahan, E. (1999) Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research. Vol4, N.3, pp. 272-299. American Psychological Association, Inc. Washington, Dc.

Field A. (2013) *Discovering Statistics Using SPSS*. 3rd Edition. Sage Publications. London

Floyd, J. & Widaman, K. (1995) Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological assessment*, Vol7.

- Goldberg, D.P., & Hillier, V.F (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139–145
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004) The Portuguese Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Assessment*, Vol.20, Issue 4, pp. 339-348
- Grigorengo, E. (2008) *The Essential Steinberg: Essays on Intelligence, Psychology and Education*. Springer Publishing Company. New York
- Groth-Marnat, G. (2003) *Handbook of Psychological Assessment*. 4th Edition. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey
- Hair, J F., et al. (2005) *Análise Multivariada de Dados*. 5ª Edição. Bookman. Porto Alegre
- Haney, W., Madaus, G. & Lyons, R. (1993) *The Fractured Marketplace for Standardized Testing*. Springer Science & Business Media. London
- Haynes, S. N., Richard, D. R., & Kubany, E. S. (1995). *Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods*. *Psychological Assessment*, Vol. 7, pp. 238-247. American Psychological Association, Inc. Washington, Dc
- LeBeau, R., et al. (2010) Specific Phobia: A Review of DSM-IV Specific Phobia and Preliminary Recommendations for DSM-V. *Depression & Anxiety*. N. 27 pp. 148-167
- Loutsiou-Ladd, A., Panayiotou, G. & Kokkinos, M. (2008) A Review of the Factorial Structure of the Brief Symptom Inventory (BSI): The Greek Evidence. *International Journal of Testing*, vol. 8, pp. 90-100
- Meyer, et. al. (2001). Psychological Testing and Psychological Assessment: A Review of Evidence and Issues. *American Psychologist*, n.56 (2), pp. 128-165
- Miller, Lovler & McIntire (2011) *Foundations of Psychological Testing: A Practical Approach*. Sage, 3rd Edition. London

Marques-Teixeira, J. (2001) Comorbilidade: Depressão e Ansiedade. *Saúde Mental: Revista*, Vol.3 nº1, pp. 9-20.

Monteiro, A. V. (2011) Assessment of the factor structure and reliability of the Portuguese version of the General Health Questionnaire-28 among adults. *Journal of Mental Health*, 20 (1) pp. 15 – 20

Muñiz, J., *et al.* (2001) Testing Practices in European Countries. *European Journal of Psychological Assessment*, pp. 201-211

McDowel, I. (2006) *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 3rd Edition. Oxford University Press, Inc. Oxford, New York

Naglieri, J. & Graham, J. (2003) Current Status and Future Directions of Assessment Psychology. *Handbook of Psychology Assessment*, Vol.10, pp 579-593. John Wiley & Sons. New York

Nunnally, J. (1976) *Introductory Statistics for Psychology and Education Hardcover*. McGraw-Hill Inc. New Jersey

Organização Mundial de Saúde (1994) *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*.

Ribeiro, J. L. P. & Antunes, S. (2003) Contribuição para o estudo de adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens GHQ-28. *Revista Portuguesa de Psicossomática* n.5, 37-45

Pais-Ribeiro, J. L. (2013) Medida na Avaliação Psicológica; *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (1), pp. 245 - 263. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007) Validation Study of a Portuguese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, n.2 pp. 225-237

Pais-Ribeiro, J. L. (2001) Mental Health Inventory: Um Estudo de Adaptação à População Portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1) pp. 77-99

Rucci, P., Calugi, S., Miniati, M. & A. Fagiolini (2013) A review of self-reported and interview-based instruments to assess mania and hypomania symptoms. *Department of Biomedical and Neuromotor Sciences*, University of Bologna

Salvia, J., & Ysseldyke, J. (2001). Assessment. 8th edition. Mifflin Company Boston: Houghton

Serra, A. V. (1994) IACLIDE – Inventário de Avaliação Clínica da Depressão, 1ª Edição Psiquiatria Clínica, Coimbra

Silva, D. R. & Campos, R. (1998) Alguns dados Normativos do Inventário de Estado Traço de Ansiedade – Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, Para a População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, Vol.33, pp. 71-89

Simões, M. (1994) – Notas em Torno da Arquitectura da Avaliação Psicológica. *Psychologica*, 11, p.9

Simões, M (2005) Psicologia, Educação e Cultura. Potencialidades e limites no uso de instrumentos no processo de avaliação. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*. Colégio Internato dos Carvalhos. Gaia

Soler C., & Lopez. J (2003) Rasgos de Personalidad Y Conducta Antisocial Y Delictiva. *Psicopatologia Clinica Legal & Y Forense*, Vol.3, Nº2, pp. 5 – 19. Universidad de Murcia

Soares, M. L. P. (2007). Parar, pensar e avaliar a psicoterapia – contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses. Tese de Doutoramento, Universitat Ramon Llull, Barcelona

Thompson, B. (2008) Foundations of Behavioural Statistics – An Insight-Based Approach. The Guilford Press. New York

Urbina, S. (2004) *Essentials Of Psychological Testing*. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey

Wasserman, J. & Bracken, B. (2012) *Fundamental Psychometric Considerations in Assessment*. In *Handbook of Psychology, Vol.10, Assessment Psychology*, 2nd Edition, pp. 43-67. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey

Anexos

Anexo 1

Este questionário contém 69 afirmações. Leia cuidadosamente cada uma delas. Para cada afirmação assinale, num dos espaços à direita, aquele que melhor descreve o grau em que cada problema o incomodou durante o último mês.



	Nunca	Poucas Vezez	Algumas Vezez	Muitas Vezez	Sempre
1. Tenho dificuldades em estar descontraído e despreocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto que a realidade é estranha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frequentemente tenho pesadelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto que os outros me acham esquisito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vejo-me como uma pessoa mais falhada do que bem-sucedida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho vontade de fazer tantas coisas que é difícil estar quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Não sinto necessidade de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tenho dificuldades de concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tenho a sensação que ouço vozes que ninguém ouve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A minha ansiedade é tal que fico facilmente irritado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando penso em determinados objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares, etc., sinto-me demasiado ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando não faço algum tipo de ritual diário sinto um forte mal-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tenho ataques de pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tenho a sensação que algo de estranho se passa à minha volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sinto-me "maravilhosamente" bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dificilmente consigo sentir interesse por alguma coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tenho medos sem sentido que não consigo abandonar (objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Estou sempre a morrer de sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A minha energia sexual não sofreu alterações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
21. Sinto que não valho nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tenho ideias obsessivas que me incomodam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me tão inquieto que parece q sufoco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Não consigo ter uma noite de sono bem dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tenho confiança em mim mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. A minha ansiedade é tão intensa que parece que a realidade mudou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tenho sensações muito esquisitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sinto que sou interessante para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Já pensei em matar-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sinto um aumento da energia sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Não gosto da pessoa que sou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Há momentos em que penso fazer mal a mim mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sinto grandes alterações no meu sono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Às vezes sinto a minha mente tão confusa que não a compreendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Há coisas más que penso que não posso contar a ninguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sinto muita energia e capaz de fazer mil e uma coisas ao mesmo tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Não consigo afirmar-me em grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Por vezes, se penso em determinadas situações (objectos, grupos de pessoas, animais, situações ou lugares), evito-as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Tenho pensamentos absurdos que me chateiam mas não consigo tirar da cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Sinto um medo sufocante que me aconteça algo (perder o controlo, morrer ou ficar louco).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Tenho dificuldades em adormecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sinto-me capaz de coisas grandiosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Penso que a morte pode ser a saída para o meu sofrimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Poucas Vezez	Algumas Vezez	Multas Vezez	Sempre
44. Tenho sentido que o meu desempenho sexual é baixo relativamente ao meu estado normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Sinto-me muito irritado quando as pessoas não me compreendem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Sinto que as outras pessoas são estranhas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Já fiz planos para acabar com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Tenho pouco interesse no sexo relativamente ao meu estado normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sinto que sou perseguido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sinto-me fatigado e sem energia para enfrentar o dia-a-dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Sinto que as minhas mãos tremem com facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Sinto desesperança no meu futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Tenho tantas ideias interessantes na cabeça que me é difícil agarrá-las a todas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Sinto-me demasiado nervoso ou tenso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Sinto grandes alterações no meu apetite (comer pouco ou em excesso).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Há pensamentos que me invadem e não me saem da cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Tive de mudar alguma coisa na minha vida por causa de um medo terrível de algum objecto, animal, lugares, situações, grupos de pessoas, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Sinto necessidade de verificar coisas vezes demais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Sou tão capaz como a generalidade das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Às vezes sinto que era melhor que a minha vida acabasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Há comportamentos exagerados que tenho que ter (lavar as mãos vezes sem conta, verificar se fechei a porta, etc.) senão fico a sentir-me muito mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Tenho a sensação que o meu corpo se está a transformar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Sinto-me muito bem comigo mesma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Há coisas que sinto e que os outros não acreditam nisso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
65. Por vezes a minha ansiedade é tão grande que o meu corpo se descontrola (palpitações, suores, dificuldades em respirar, desconforto no peito, náuseas, tonturas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Dificilmente consigo ter a sensação de prazer ou satisfação nas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque um X para cada escala

Trabalho/Escola				
Os sintomas prévios perturbaram o seu trabalho/escola				
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vida Social				
Os sintomas prévios perturbaram a sua vida social /lazer				
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vida Familiar/ Responsabilidades Domésticas				
Os sintomas prévios perturbaram a sua vida familiar/responsabilidades domésticas				
Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 2

Concelho

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	.3	.3	.3
Alijó	1	.3	.3	.6
Amarante	4	1.2	1.2	1.8
Arouca	2	.6	.6	2.4
C. Paiva	4	1.2	1.2	3.6
ca	1	.3	.3	3.9
Caminha	7	2.1	2.1	6.0
Campanhã	1	.3	.3	6.3
Castelo Branco	1	.3	.3	6.6
castelo de paiva	1	.3	.3	6.9
Castelo de Paiva	12	3.6	3.6	10.5
Cinfaes	1	.3	.3	11.7
Cinfães	3	.9	.9	11.4
Ermesinde	1	.3	.3	12.0
Espinho	4	1.2	1.2	13.2
Fafe	1	.3	.3	13.5
Val Felgueiras	3	.9	.9	14.4
id Gaia	8	2.4	2.4	16.8
Gavião	1	.3	.3	17.1
Gondomar	33	9.9	9.9	26.9
GONDOMAR	7	2.1	2.1	29.0
Guimarães	4	1.2	1.2	30.2
Lorinhã	1	.3	.3	30.5
Lousada	13	3.9	3.9	34.4
M. de Basto	1	.3	.3	34.7
Maia	7	2.1	2.1	36.8
Marco de canaves	1	.3	.3	37.1
Marco de Canaves	2	.6	.6	37.7
Matosinhos	32	9.6	9.6	47.3
Ovar	14	4.2	4.2	51.5
P.Varzim	1	.3	.3	51.8
Paços de Ferreira	8	2.4	2.4	54.2
Paranhos	1	.3	.3	54.5

Paredes	4	1.2	1.2	55.7
Penafiel	9	2.7	2.7	58.4
Penaliel	1	.3	.3	58.7
Ponta Delgada	1	.3	.3	59.0
Porto	49	14.7	14.7	73.7
Póvoa de Varzim	1	.3	.3	74.0
Rio Tinto	1	.3	.3	74.3
S. João da Madeira	1	.3	.3	74.6
Santa Maria da Feira	2	.6	.6	75.1
Santo Tirso	4	1.2	1.2	76.3
São João da Pesqueira	14	4.2	4.2	80.5
Tabuaço	1	.3	.3	80.8
V. Conde	1	.3	.3	81.1
V. Conde	15	4.5	4.5	85.6
V.N. Gaia	1	.3	.3	85.9
Valongo	9	2.7	2.7	88.6
Vila do Conde	2	.6	.6	89.2
Vila Nova de Gaia	35	10.5	10.5	99.7
Vizela	1	.3	.3	100.0
Total	334	100.0	100.0	

Anexo 3

Brief Symptom Inventory

Resultados da Análise Factorial da Amostra:

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	.949
Approx. Chi-Square	10407.684
Bartlett's Test of Sphericity df	1378
Sig.	.000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	20.485	38.651	38.651	20.485	38.651	38.651	5.490	10.358	10.358
2	2.652	5.004	43.655	2.652	5.004	43.655	5.415	10.217	20.575
3	1.815	3.425	47.080	1.815	3.425	47.080	4.281	8.078	28.652
4	1.698	3.203	50.283	1.698	3.203	50.283	3.987	7.522	36.175
5	1.504	2.837	53.120	1.504	2.837	53.120	3.290	6.208	42.382
6	1.281	2.418	55.538	1.281	2.418	55.538	3.106	5.861	48.243
7	1.270	2.397	57.934	1.270	2.397	57.934	2.723	5.138	53.381
8	1.199	2.262	60.197	1.199	2.262	60.197	2.624	4.951	58.333
9	1.101	2.077	62.273	1.101	2.077	62.273	2.088	3.940	62.273
10	.978	1.846	64.119						
11	.953	1.798	65.917						
12	.890	1.680	67.597						
13	.820	1.548	69.145						

Matriz dos Componentes Rodados

	Component								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
bsi28af medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	.744								
bsi45ans ter ataques de terror ou pânico	.718								
bsi31af ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	.703								
bsi8af Medo na rua ou praças públicas	.631								.399
bsi47af sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	.620			.277					
bsi29som sensação de que lhe falta o ar	.568					.429			

bsi19ans sentir-se atemorizado	.564			.316				.276	
bsi51ip a impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si		.759							
bsi48ip sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades		.758							
bsi21si sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si		.650							
bsi24ip impressão de que os outros costumam observar ou falar de si		.527							.282
bsi20si sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	.273	.487		.287					.276
bsi44psic grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outras pessoas	.334	.483	.311	.335					
bsi42si sentir-se embaraçado junto de outras pessoas		.478	.425						
bsi10ip sentir que não pode confiar na maioria das pessoas		.459				.402	.294		.413
bsi4ip Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas		.446							.347
bsi35depr sentir-se sem esperança perante o futuro		.427	.401	.256			.295		
bsi49ans sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	.338	.383			.258	.259			
bsi34psic ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados			.633						
bsi39 pensamentos sobre a morte ou que vai morrer			.573	.293					

bsi50depr sentir que não tem valor		.474	.556	.302				
bsi53psic ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça			.538		.282			
bsi52 ter sentimentos de culpa		.362	.512					
bsi43af sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	.420	.285	.437					
bsi32poc sensação de vazio na cabeça	.302		.424					.315
bsi22si sentir-se inferior aos outros	.334	.411	.417	.368				
bsi26poc sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz		.276	.338				.292	
bsi16depr sentir-se sozinho		.299		.715				
bsi17depr sentir-se triste				.628			.342	
bsi14psic sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas		.425		.593				
bsi15poc dificuldade em fazer qualquer trabalho	.281			.583			.380	
bsi18depr nao ter interesse por nada			.274	.569				
bsi9depr pensamentos de acabar com a vida			.404	.437				.394
bsi41host ter vontade de destruir ou partir coisas					.794			
bsi40host ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém			.310		.786			
bsi46host entrar facilmente em discussão		.333			.644			
bsi13host ter impulsos que nao se podem controlar	.349			.291	.468			.261
bsi33som sensação de anestesia no corpo	.346		.296		.372	.328	.323	
bsi23som vontade de vomitar ou mal-estar no estomago						.767		
bsi2som Desmaios ou tonturas	.269					.611		

bsi7som dores sobre o coração ou no peito				.311	.591			
bsi30som calafrios ou afrontamentos	.434				.524	.333		
bsi5poc Dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes						.653		
bsi37som falta de forças em partes do corpo		.263	.253		.326	.558		
bsi27poc dificuldade em tomar decisões		.351	.343			.415		
bsi1ans Nervosismo ou tensão anterior							.748	
bsi12ans ter um medo súbito sem razão para isso	.423			.251			.577	
bsi38ans sentir-se em estado de tensão ou aflição	.284		.338		.270		.500	
bsi6host dores sobre o coração ou no peito					.438	.416	.438	
bsi36poc ter dificuldade em se concentrar		.335	.298			.388	.393	
bsi25 dificuldade em adormecer				.294	.288	.260	.304	
bsi3psic Ter a impressao que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	.279							.670
bsi11 perder o apetite				.315	.335			.336

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 10 iterations.

Legenda dos Itens:

Psi – Psicoticismo

Ans – Ansiedade

Som – Somatização

Host – Hostilidade

POC – Obsessões-Compulsões

AI - Ansiedade Fóbica

IP – Ideação Paranóide

SI – Sensibilidade Interpessoal

Dep - Depressão

Anexo 4

Comunalidades da dimensão Obsessão-Compulsão do BSI

Comunalidades

	Initial	Extraction
bsi5poc Dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes	1.000	.424
bsi15poc dificuldade em fazer qualquer trabalho	1.000	.499
bsi26poc sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	1.000	.365
bsi27poc dificuldade em tomar decisões	1.000	.560
bsi32poc sensação de vazio na cabeça	1.000	.484
bsi36poc ter dificuldade em se concentrar	1.000	.552

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Anexo 5

Comunalidades da dimensão Psicoticismo da BSI

Comunalidades

	Initial	Extraction
bsi3psic Ter a impressao que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	1.000	.360
bsi14psic sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	1.000	.479
bsi34psic ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	1.000	.435
bsi44psic grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outras pessoas	1.000	.631
bsi53psic ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	1.000	.576

Extraction Method: Principal Component Analysis.

DECLARAÇÃO

Nome: _____

Nº. do B. I.: _____ Tel/Telem: _____ e-mail: _____

Curso de Pós-Graduação:

Doutoramento

Área do doutoramento: _____ Ano de conclusão: __-__-__

Mestrado

Designação do mestrado: _____ Ano de conclusão: __-__-__

Título da tese / dissertação

Orientador (es): _____

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo, gratuitamente, à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização, para esta arquivar nos respectivos ficheiros e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu repositório institucional, o trabalho supra-identificado, nas condições abaixo indicadas:

[Assinalar as opções aplicáveis em 1 e 2]

1. Tipo de Divulgação:

- Total.
 Parcial.

2. Âmbito de Divulgação:

- Mundial (Internet aberta)
 Intranet da Universidade Portucalense.
 Internet, apenas a partir de 1 ano 2 anos 3 anos – até lá, apenas Intranet da UPT

Advertência: O direito de autor da obra pertence ao criador intelectual, pelo que a subscrição desta declaração não implica a renúncia de propriedade dos respectivos direitos de autor ou o direito de usar em trabalhos futuros, os quais são pertença do subscritor desta declaração.

Assinatura: _____

Porto, ___/___/___