



Mestrado Integrado em Psicologia Clínica

**Adaptação e validação para português
do Questionário de Prontidão para integração num Grupo**

Lea Marie Marques Ludewig | 25718

Coordenador e orientador de Seminário de Dissertação

Professor Doutor António Gonzalez

Ano Letivo 2021/2022

ISPA

Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

Dissertação de Mestrado realizada sob a
orientação do Prof. Doutor António Gonzalez,
apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que me acompanharam neste percurso, pois graças à compreensão e ao apoio de todos à minha volta, os amigos, familiares, colegas e professores, me foi possível a conclusão desta tese.

Primeiramente dou um especial agradecimento ao meu professor e orientador da tese, Prof Doutor António Gonzalez, pela oportunidade de fazer parte deste projeto incrível e imensamente interessante. Agradeço ainda todos os materiais que facultou para a ajuda da realização da tese e por todos os esforços que fez para me apoiar na conclusão da mesma.

Queria ainda agradecer ao Paulo, pois a sua ajuda foi crucial para a análise dos dados estatísticos da escala.

Agradeço ainda aos colegas que frequentaram comigo o seminário de tese, por todos os conselhos e sugestões partilhadas durante o tempo de aulas, uma vez que se demonstraram muito úteis para a preparação da base de dados e para a organização dos artigos e livros encontrados que sustentam a teoria deste trabalho.

Agradeço ainda às minhas colegas e amigas Luísa e Inês por todo o apoio e por terem percorrido este caminho ao meu lado. Com elas o caminho tornou-se mais fácil, bem mais enriquecedor e agradável.

Um profundo agradecimento à minha mãe, Cristina Marques, que me tem acompanhado sempre na minha vida e que é uma pessoa essencial nela. Alguém sem a qual eu não teria terminado o quinto ano da faculdade. Não há palavras suficientes que descrevam a gratidão que tenho por ela.

Agradeço ainda aos meus irmãos, Ricardo e Udo, pelo facto de estarem sempre presentes na minha vida, tendo sido sempre um enorme apoio para mim. Ajudando-me e defendendo-me em tudo o que preciso.

Agradeço ao meu namorado, Gonçalo Albuquerque, que de certo modo me ajudou a tornar uma pessoa mais forte e me apoia em tudo.

“A vida é o que fazemos dela. As viagens são os viajantes. O que vemos não é o que vemos, senão o que somos.” Fernando Pessoa

Resumo

Problema: Existem muito poucos questionários que meçam a prontidão que um indivíduo tem para entrar num grupo terapêutico. Torna-se importante ter escalas que meçam este conceito, de forma a retirar o máximo proveito das terapias de grupo, tanto ao nível dos resultados, como ao nível do bem-estar do próprio grupo durante estas terapias. **Objetivo:** É assim proposto fazer a adaptação e validação da escala de Prontidão para integração num Grupo da “OQ Measures” (QPG), através de uma investigação com uma amostra de participantes voluntários. **Método:** Participaram no estudo 196 estudantes de diferentes faculdades, com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos ($M = 21.71$ anos; $DP = 5.134$ anos). **Resultados:** Os resultados da análise da fiabilidade do QPG, constituído por 19 itens, revelaram valores de consistência interna de 0.787 na sua totalidade, e de 0.621, 0.858 e 0.544 para as subescalas das Expectativas, Participação e Atitudes Negativas, respetivamente. De uma forma geral os valores dos indicadores globais de ajustamento do modelo para o QPG resultantes da análise fatorial confirmatória mostraram-se satisfatórios: $\chi^2(149) = 473,926$, B-S $p=0.000$; $\chi^2/df = 3.18$; PCFI = .63; PGFI = .61; CFI=.72; GFI=.78; TLI=.68; RMSEA=.106; 90% CI [.095 – .117]). Observou-se que de forma geral, o QPG demonstrou propriedades psicométricas adequadas, podendo ser considerada generalizável para a amostra não clínica utilizada, havendo à disposição um bom instrumento para avaliar a prontidão dos indivíduos para integração num grupo.

Palavras-chave: Grupo; Prontidão para o grupo; Escala OQ-GR

Abstract

Problem: There is a lack of psychometric measures that assess the readiness of an individual to enter a therapeutic group. It is, for this reason, important to have questionnaires that measure this concept, so the therapy groups are more beneficial, increasing, therefore, the positive results and the welfare for each person of the therapy group. **Purpose:** Hence, the purpose of this investigation is to validate the Group Readiness Questionnaire from the “OQ measures” (GRQ), by doing the translation to Portuguese and its validation, so it can start to be used for the Portuguese population. **Method:** In this study, the participants were 196 students, studying in different universities. Their ages range between 18 and 66 years ($M = 21.71$ years; $DP = 5.134$ years). **Results:** The results of the reliability analysis of the GRQ, found a Cronbach’s coefficient, of 0.787 for the total scale, and 0.61, 0.858 and 0.544, for the Expectancy, Participation and Demeanor subscales, respectively. The results obtained with the confirmatory factor analysis were satisfactory: $\chi^2(149) = 473,926$, B-S $p=0.000$; $\chi^2/df = 3.18$; PCFI = .63; PGFI = .61; CFI=.72; GFI=.78; TLI=.68; RMSEA=.106; 90% CI [.095 – .117]). It was observed that in general the GRQ demonstrated adequate psychometric properties and can be considered generalized to the non-clinical sample that was used, with a good instrument available to assess the readiness of the individuals to integrate a group.

Key-words: Group; Readiness for group; OQ-GRQ

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Índice	v
Índice de Tabelas	vii
Índice de Figuras	vii
Glossário.....	viii
1 Introdução.....	9
2 Enquadramento Teórico	11
2.1 <i>Psicoterapia de Grupo</i>	11
2.2 <i>Personalidade</i>	15
2.3 <i>Escalas GSQ e GRQ</i>	17
2.4 <i>Grupo e a Associação a outras medidas</i>	20
3 Objetivos	22
3.1 <i>Objetivo geral</i>	22
3.2 <i>Objetivos específicos</i>	22
4 Estudo 1: Validação do QPG	22
5 Método	22
5.1 <i>Participantes</i>	22
5.2 <i>Procedimento</i>	23
5.3 <i>Instrumentos</i>	24
5.3.1 <i>Questionário Demográfico</i>	24
5.3.2 <i>Questionário de Prontidão para integração num Grupo (QPG)</i>	24
5.3.3 <i>Inventário Big-Five (IBF)</i>	26
6 Análise de Dados.....	27
7 Resultados	29

7.1	<i>Sensibilidade dos Itens e Dimensões</i>	29
7.2	<i>Normalidade</i>	30
7.3	<i>Validade</i>	30
7.3.1	Validade de Construto	30
7.3.2	Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	30
7.3.3	Comunalidades	31
7.3.4	Análise Fatorial Confirmatória	31
7.4	<i>Fiabilidade</i>	35
7.5	<i>Validade Convergente e Divergente</i>	35
8	Estudo 2: Análise da Capacidade Preditiva da QPG	36
9	Método	36
9.1	<i>Participantes</i>	36
9.2	<i>Procedimento</i>	37
9.3	<i>Instrumento</i>	37
9.3.1	Questionário de Grupo (QG)	37
10	Análise de Dados	38
11	Resultados	38
11.1	<i>Teste não-paramétrico Wilcoxon</i>	38
11.2	<i>Validade Preditiva</i>	39
12	Discussão	40
13	Limitações do Estudo	43
14	Conclusão	44
15	Referências	46
16	Anexos	50
16.1	Anexo A	50
16.2	Anexo B	54
16.2.1	Análise Fatorial	54

16.3	Anexo C	55
16.4	Anexo D	56

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra.....	23
Tabela 2 - Sensibilidade dos itens da escala QPG.....	29
Tabela 3 - Sensibilidade da medida da escala QPG	30
Tabela 4 - Comunalidades escala QPG	31
Tabela 5 - Estatística Descritiva da QPG	32
Tabela 6 - Modelo Estrutural QPG.....	33
Tabela 7 - Correlações entre QPG e IBF.....	35
Tabela 8 - Teste Wilcoxon QPG e QG.....	38
Tabela 9 - Análise Fatorial do QPG - Matriz de correlações	54
Tabela 10 - Cargas fatoriais e correlação inter-item do QPG.....	55

Índice de Figuras

Figura 1 - Estrutura Fatorial QPG.....	34
Figura 2 - Validação pressupostos da regressão linear.....	39

Glossário

OQ-GRQ | Group Readiness Questionnaire

GPG | Questionário de Prontidão para integração num Grupo

ACP | Análise de Componente Principal

AFC | Análise Fatorial Confirmatória

AFE | Análise Fatorial Exploratória

IBF | Inventário Personalidade

Exp | Expectativas

Par | Participação

Atn | Atitudes Negativas

Ab | Abertura à Experiência

Ex | Extroversão

Ne | Neuroticismo

Co | Conscienciosidade

Am | Amabilidade

1 Introdução

Desde o início dos tempos que existem grupos, sejam estes de amigos, familiares, de trabalho, entre outros. O ser humano é um ser social, apesar de sua singularidade como indivíduo, todo o seu desenvolvimento, desde o momento em que nasce até ao momento da sua morte, é influenciado pelo meio sociocultural onde está inserido (Koller, 2004). Todos os seres humanos são diferentes e todos possuem as suas próprias características, conseqüentemente, não só o meio sociocultural influencia o indivíduo que nele se insere, como também este, pelas características únicas que possui, irá influenciar o seu meio sociocultural (Yalom & Leszcz, 2020).

As características pessoais de cada um, nomeadamente os traços de personalidade, são padrões consistentes que levam o indivíduo a agir, pensar e sentir de uma certa maneira. Trata-se de predisposições consistentes e duradouras que influenciam a maneira como se responde a um estímulo (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013). Por esta razão, torna-se complexo prever quais os pacientes mais aptos para uma terapia de grupo e quais mais beneficiarão dela (Yalom & Leszcz, 2020). Esta capacidade, um tanto limitada, para avaliar a prontidão de um paciente, criou uma necessidade de desenvolver e integrar no contexto clínico mais instrumentos que ajudem nesta avaliação (Yalom & Leszcz, 2020).

A adaptação de escalas para este contexto é muito importante, porque são poucos os instrumentos que meçam este construto, algo muito útil para os terapeutas de grupo. A adaptação de instrumentos que auxiliem num bom *outcome* de terapias de grupo é um processo algo complexo, sendo necessário a adoção de técnicas rigorosas que ajudem nesse processo (Sousa & Rojjanasrirat, 2010). Por esta razão, optou-se pela validação e adaptação da escala Group Readiness Questionnaire (GRQ) para a população portuguesa, por esta escassez, no nosso país, de instrumentos que avaliam a entrada para um grupo terapêutico.

Sousa e Rojjanasrirat (2010) falam de sete etapas principais no processo de adaptação de um instrumento: 1) a tradução de um instrumento do idioma de origem para o idioma pretendido, por dois tradutores; 2) comparação das duas traduções; 3) retro-tradução para o idioma de origem, pelos dois tradutores; 4) comparação das duas retro-traduições; 5) avaliação da clareza dos itens traduzidos, com especialistas; 6) realização de uma avaliação psicométrica preliminar da versão traduzida final; 7) realização dos testes psicométricos completos da versão final traduzida. Nesta dissertação o objetivo fulcral é a realização do sexto e possível sétimo passo. Assim, serão avaliadas as características psicométricas do GRQ, traduzido para

Questionário de Prontidão para integração no Grupo (QPG), com o intuito de aferir se é um instrumento fidedigno e adequado à utilização.

A presente tese está dividida em cinco partes. Na primeira parte foi apresentado um enquadramento teórico, fundamentado numa revisão de literatura, que irá sustentar a discussão da mesma. Na segunda parte serão apresentados os métodos e os resultados do primeiro estudo e na terceira parte os do segundo. Na quarta parte será feita uma discussão com todos os resultados encontrados com os dados trabalhados e com as sugestões para estudos futuros. Por último será efetuada uma conclusão sobre o presente estudo e apresentadas as limitações.

2 Enquadramento Teórico

2.1 *Psicoterapia de Grupo*

O desenvolvimento da Psicoterapia de Grupo sustenta-se em diversas teorias, na investigação e na prática clínica com base na evidência. O teatro, a psicologia social, a psicanálise, a comunicação, a medicina, entre outros, são áreas que têm tido um papel importante na evolução e no estudo das psicoterapias de grupo (Barros, 2018). É considerada uma forma de psicoterapia bastante eficaz, nomeadamente, quando existe a necessidade de trabalhar problemas do foro relacional, ao invés de questões mais individuais (Yalom & Leszcz, 2020).

Neste tipo de psicoterapia, o processo terapêutico do indivíduo desenvolve-se em contexto grupal. É através das interações que se irão estabelecendo com e entre os diversos elementos, das experiências partilhadas e da similaridade de emoções sentidas em cada uma das diversas vivências individuais, que o sujeito se sente reconhecido na sua dor e na sua problemática. A terapia de grupo, através das diversas dinâmicas estabelecidas, pode conduzir à mudança e à cura do indivíduo, auxiliando ainda o desenvolvimento de competências sociais, melhorando assim as suas redes sociais de suporte (Yalom & Leszcz, 2020).

Ao longo do seu desenvolvimento, tem vindo a ser reconhecida como uma opção muito eficaz para o tratamento de algumas doenças mentais, verificando-se ser bastante importante no acompanhamento de indivíduos que apresentam algum tipo de angústia (Burlingame, Layne, Gleave, Cox, & Davies, 2011). Verifica-se também a sua eficácia em pacientes que sofram de distúrbio a nível de consumos (ex: alcoolismo) e também com vítimas de abuso, ajudando-as a enfrentar a vergonha e a melhorar o estado de saúde mental (Yalom & Leszcz, 2020). Esta eficácia acontece devido ao ambiente interpessoal que o grupo cria. O sucesso de uma psicoterapia de grupo dá-se quando se encontra uma combinação ótima entre terapeuta, cliente e fatores dinâmicos de grupo (Elder, 2010).

Os fatores dinâmicos de grupo, também denominados de fatores terapêuticos, representam diferentes fases do processo de mudança dos pacientes (Yalom & Leszcz, 2020) e auxiliam na compreensão das dinâmicas que acontecem dentro do grupo (Barros, 2018). O primeiro fator corresponde à instalação de esperança, que se relaciona com as expectativas positivas que o paciente tem do tratamento; O segundo fator, o da universalidade, relaciona-se com o facto de os membros do grupo partilharem problemáticas e emoções semelhantes, modificando o sentimento de solidão que possuem; O terceiro fator refere-se à transmissão de

informação feita através do terapeuta e dos outros membros do grupo; O quarto fator diz respeito ao altruísmo que deveria existir entre os elementos do grupo, pois é na entajuda que se obtém resultados positivos na terapia; O quinto fator, o da recapitulação corretiva da família de origem, pretende reparar e resolver os conflitos e relacionamentos familiares disruptivos, de forma correta; O sexto fator diz respeito ao desenvolvimento de técnicas de socialização, auxiliando o indivíduo a desenvolver competências sociais, para que se saiba relacionar de forma empática e tolerante; No sétimo fator, de comportamento de imitação, os pacientes aprendem com as experiências dos outros (Yalom & Leszcz, 2020); O oitavo fator diz respeito à aprendizagem interpessoal e defende que é através dos *inputs* e *outputs* formados no grupo, que se desenvolvem os *insights* pessoais e que através das interações, os membros aprendem a criar dinâmicas adaptativas (Barros, 2018); O nono fator diz respeito à coesão de grupo, mostrando a necessidade de uma relação de confiança, empatia, aceitação e respeito, entre o terapeuta e os membros do grupo; O décimo fator, a catarse, que se refere à expressão de emoções; e por último, os fatores existenciais, que explicam que há coisas na vida que são inevitáveis, assim como a morte, a liberdade, o propósito de vida e o isolamento. Os indivíduos aprendem que, aceitando estes fatores como inevitáveis, conseguem viver em harmonia com eles, sem criar conflitos existenciais que deles emergem. Alguns destes fatores atuam a diferentes níveis (por exemplo, nível cognitivo, comportamental, emocional), sendo que, devido às diferenças individuais, cada elemento irá retirar benefício de diferentes fatores terapêuticos (Yalom & Leszcz, 2020).

Piper (1994) afirma que as características individuais de cada paciente são dos aspetos mais importantes para perceber quais os resultados de uma terapia de grupo. Isto porque o paciente é normalmente aquele que mais influenciará o desenrolar das sessões de grupo, tendo em conta a sua personalidade e capacidade de se expressar. Assim, as características pessoais podem ser usadas para predizer se vão beneficiar da terapia ou não (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013), sendo que cada membro do grupo será responsável pela sua própria mudança (Bechelli & Santos, 2004).

Porém existem também diversas razões e características que levam a crer que as psicoterapias de grupo não são producentes para todos os pacientes (Löffler, Bormann, Burlingame, & Strauss, 2007) e o terapeuta tem de tê-las em consideração aquando do processo de seleção (Yalom & Leszcz, 2020). Predizer quais os pacientes mais indicados para uma terapia de grupo é um processo complexo, pois são todos diferentes, cada um com as suas próprias características e o tratamento deverá ser adaptado a cada um deles. A nível clínico,

existe ainda uma capacidade um tanto limitada para avaliar quais os pacientes que estão prontos e se vão dar bem numa terapia de grupo (Yalom & Leszcz, 2020). Por esta razão foi necessário a criação de instrumentos que avaliam a preparação para um grupo e quais as características necessárias que irão auxiliar e promover os processos no grupo (Löffler, Bormann, Burlingame, & Strauss, 2007).

Foi possível verificar que selecionar para uma psicoterapia de grupo, membros que apresentem características favoráveis, como abertura e vontade de participar, iria ser um promotor para a coesão entre o grupo (Pearson, 2017). Para além das características pessoais do indivíduo, há um conjunto de outras variáveis que ajudam a prever e contornar um possível fracasso do paciente na terapia de grupo como: a minuciosa preparação do grupo, a reposta empática do terapeuta e estruturar um grupo terapêutico que seja indicado às características do utente e ao percurso terapêutico que ele necessita naquele momento (Yalom & Leszcz, 2020).

Neste sentido, um dos segredos para um bom grupo terapêutico, onde são visíveis bons resultados e bons processos de mudança, é a seleção organizada e ponderada dos pacientes. Quando são selecionados para uma psicoterapia de grupo, indivíduos que não se sentem preparados e/ou não se sabem relacionar em grupo, não irão conseguir beneficiar da sua própria experiência terapêutica, não serão benéficos para os outros membros e/ou poderão desistir da terapia. Selecionar pacientes para uma terapia de grupo é um processo complexo para os terapeutas, uma vez que este método requer uma avaliação e seleção inicial adequada aos utentes (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2009). É importante o terapeuta conhecer os traços pessoais do paciente, para o encaminhar para o grupo com as características adequadas a ele. Só é feito o encaminhamento para uma terapia de grupo, quando é visível que o indivíduo irá beneficiar dessa forma de tratamento. (Yalom & Leszcz, 2020).

Neste sentido, para a boa seleção dos pacientes o terapeuta adota critérios de exclusão e inclusão, porém, frequentemente, é adotado o critério de exclusão, por ser um método muito mais fácil. No método de exclusão, os pacientes que não possuam as características específicas para um bom desempenho numa terapia são excluídos, enquanto no método de inclusão é necessário ser delineado um perfil do paciente que seja adequado e que justifique a sua inclusão. Os critérios de exclusão e inclusão serão influenciados pelo tipo de grupo para o qual o paciente está a ser selecionado (Yalom & Leszcz, 2020).

Os grupos podem ser caracterizados como homogéneos, que são grupos onde os membros partilham uma mesma característica (ex: problema de alcoolismo, toxicod dependência,

distúrbios alimentares, idade, género), ou heterogéneos, sendo estes grupos mais abrangentes, uma vez que é utilizada a diversidade de características de cada elemento como fator de suporte para conduzir à mudança em cada um.

Para grupos heterogéneos é aplicado o critério de exclusão em pacientes paranoides, adictos a drogas ou álcool, psicóticos ou que sofram da perturbação anti social, porque não são candidatos muito favoráveis a este tipo de dinâmica terapêutica. Porém em grupos homogéneos não se aplica o critério de exclusão em indivíduos com estas características, porque o processo terapêutico destes pacientes melhora dentro desta dinâmica de grupo. Estudos mais recentes feitos com o Group Selection Questionnaire (GSQ), mostraram que são necessárias certas capacidades interpessoais para se poder trabalhar num grupo. Observou-se que pacientes que não tenham expectativas relativamente aos resultados positivos da terapia de grupo, terão menor probabilidade de conseguir estabelecer aliança terapêutica e consequentemente atingir bons resultados com a terapia. Assim sendo, pacientes que não tenham características como capacidade e vontade de analisar os seus comportamentos interpessoais, de se refletirem psicologicamente nos outros, dar e/ou receber feedback, ter a capacidade e vontade de interagir com o outro, são excluídos ou encaminhados para uma terapia mais adequada. Saber determinar quais os indivíduos que poderão abandonar o grupo (*drop-out*), é também uma forma de seleção e faz parte do critério de exclusão (Yalom & Leszcz, 2020).

Existem nove razões principais para o *drop-out*: 1) Fatores externos à pessoa (ex: horários não compatíveis com a sessão de grupo); 2) Pessoas desviantes do grupo (ex: pessoa que, devido às suas características, ou por ser mais silenciosa ou explosiva, não encaixa no grupo); 3) Problemas de intimidade (ex: pessoas que se isolam); 4) Medo de contágio emocional (ex: pessoas com limites permeáveis do ego e acham que ao ouvir os problema dos outros irão assumir as emoções do outro); 5) Incapacidade de dividir o terapeuta; 6) Dificuldades em ter a psicoterapia individual e em grupo em simultâneo; 7) pessoas provocadoras; 8) Orientação inadequada para a terapia; 9) dificuldades na aceitação quando os indivíduos são referidos para um grupo específico (Yalom & Leszcz, 2020).

Relativamente ao critério de inclusão, existem certas características que auxiliam no processo de inclusão num grupo terapêutico, nomeadamente, a motivação do paciente, uma vez que a terapia de grupo não é um processo simples e/ou fácil, por isso o paciente deve sentir-se motivado para fazer a terapia; pacientes que tenham problemas a nível dos relacionamentos interpessoais; pacientes que não trabalhem bem numa terapia individual (ex: pessoas com

dificuldade em responsabilizar-se pelos seus atos) e pessoas que tenham problemas interpessoais mas não os reconheçam (ex: pessoas com problemas severos de transferência e que não conseguem tolerar a intimidade na díade terapeuta paciente). Vários estudos foram feitos nesta área, indicando que as pessoas que mais beneficiaram de terapia de grupo, foram aqueles que maiores expectativas tinham da utilidade da terapia, estavam cientes das suas faltas, percebiam o que sentiam e eram sensíveis aos sentimentos dos outros (Yalom & Leszcz, 2020).

2.2 *Personalidade*

As características favoráveis para uma psicoterapia de grupo, dependem da personalidade do indivíduo, ou seja, de certos atributos específicos que são influenciados pelo meio ambiente (Engler, 2014). A palavra personalidade deriva do latim *persona* e teve a sua origem nas diferentes máscaras (*personas*) que os atores utilizavam. Eram usadas para que o público percebesse os diferentes personagens que eram interpretados, uma vez que existiam poucos atores para desempenhar os diversos papéis (Engler, 2014).

Apresentar uma definição para a palavra personalidade não é simples, uma vez que existem diferentes definições para diferentes autores (Engler, 2014). Gordon Allport definiu-a como algo real, característico de um indivíduo, que influencia a forma como este irá interagir e pensar no ambiente onde se insere (Allport & Allport, 1921; Engler, 2014). Enquanto Freud define a personalidade como sendo inconsciente, oculta e desconhecida (Engler, 2014).

Ahmetoglu e Chamorro-Premuzic (2013) tentaram entender a personalidade tendo em conta dois objetivos principais: 1) prever o comportamento humano e 2) perceber o que leva diferentes sujeitos a agirem de diferentes maneiras (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013). Os autores defendem que as pessoas agem de certa forma devido a determinadas singularidades e características do seu perfil psicológico, nomeadamente os traços de personalidade. Estes perfis são precisos ao ponto de permitirem prever como certa pessoa irá agir e se comportar.

Um traço de personalidade é visto como um padrão consistente, que regula a forma como um determinado sujeito se comporta, pensa ou sente. Esta consistência verifica-se tanto ao longo do tempo, como através de diversas situações. É possível confirmar dois aspetos essenciais aquando da utilização destes traços de personalidade: a descrição, uma vez que os traços de personalidade permitem descrever como as pessoas diferem uma das outras; e a

classificação dos traços, que permitem predizer e alterar o comportamento (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013).

Foram realizados diversos estudos para encontrar quais os traços que constituem as características de uma personalidade. Allport e Odbert encontraram 18.000 palavras que descrevem aspetos pelos quais os indivíduos poderiam ser comparados. As palavras existentes Porém, apenas 4.500 descrevem a personalidade nas suas características, porque as outras referem características físicas. Raymond Catell pegou nos traços descobertos por Allport e Odbert, realizou uma análise mais profunda, tendo reduzido a lista, por eliminação de sinónimos e antónimos, para 16 traços de personalidade. Eysenck pegou nesta surpreendente investigação e reduziu a lista para três traços, considerados por este autor como superfatores: Neuroticismo, Extroversão e Psicoticismo. Porém, foi defendido por muitos psicólogos que o Modelo “Big-Five” é o mais completo para se compreender a estrutura fundamental da personalidade. As investigações efetuadas por Allport, Cattell e outros, indicam que estes cinco fatores são, não só suficientes, como necessários, para o entendimento da estrutura de personalidade básica. As cinco dimensões que integram o modelo são: o Neuroticismo, a Extroversão, a Abertura à Experiência, a Amabilidade e a Conscienciosidade (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013; Simões, 2016).

A dimensão do Neuroticismo corresponde à capacidade que o indivíduo tem de perceber a realidade como ameaçadora e difícil. O sujeito tem a tendência para sentir emoções negativas, ser temperamental, alguém sensível e preocupado. Alguém que apresente altos níveis de Neuroticismo tem tendência a ser pessimista, nervosa e apresentar baixa-autoestima, enquanto pessoas que apresentam baixos níveis nesta dimensão são estáveis, calmas e otimistas (Rolland, 2002). Os traços associados a esta dimensão são: a ansiedade, impulsividade, hostilidade, vulnerabilidade, depressão e autoconsciência (John & Srivastava, 1999; Matthews, Deary, & Whiteman, 2009).

A dimensão da Extroversão refere-se a indivíduos que valorizam os seus relacionamentos sociais e vivem as experiências que a vida lhes traz de forma positiva. Para níveis mais altos de extroversão verifica-se a tendência para se mostrarem mais confiantes, faladores e entusiastas. Porém, com níveis de extroversão baixos, os indivíduos tendem a ser mais reservados, tímidos, tranquilos e mostrar alguma resistência ao contacto social (Rolland, 2002). Os traços associados a esta dimensão são: sociabilidade, assertividade, procura de

excitação, emoções positivas e cordialidade (John & Srivastava, 1999; Matthews, Deary, & Whiteman, 2009).

A dimensão da Abertura à Experiência relaciona-se com a incessante procura por novas experiências e sensações. Indivíduos com um alto nível de Abertura à Experiência tendem a ser sonhadores, criativos, fantasiosos e liberais (Rolland, 2002). A esta dimensão associam-se traços como: sentimento, valores, fantasia, entre outros (John & Srivastava, 1999; Matthews, Deary, & Whiteman, 2009).

A dimensão da Amabilidade está muito ligada às relações interpessoais. Os indivíduos que apresentem um alto nível de amabilidade tendem a ser simpáticos, tolerantes, acolhedores, bondosos e carinhosos (Rolland, 2002). Os traços associados à dimensão da amabilidade são: humildade, sensibilidade, altruísmo, franqueza e confiança (John & Srivastava, 1999; Matthews, Deary, & Whiteman, 2009).

A dimensão da Conscienciosidade foca-se em questões como controlo de impulsos, responsabilidade e autodisciplina. Os indivíduos que apresentam altos níveis de Conscienciosidade são pessoas que tem propensão em serem eficientes, organizados, rigorosos, determinados, produtivos e a apresentarem respeito pelas normas (Rolland, 2002). Esta dimensão abrange traços como: autodisciplina, ordem, sentido de dever, esforço para a realização e deliberação (John & Srivastava, 1999; Matthews, Deary, & Whiteman, 2009).

2.3 Escalas GSQ e GRQ

Foram feitos estudos para perceber como é que seria possível avaliar que indivíduos seriam aptos a frequentar uma terapia de grupo, tendo por isto sido criado/construído um instrumento para ajudar os clínicos a realizar a seleção e composição dos grupos terapêuticos (Burlingame, Layne, Gleave, Cox, & Davies, 2011).

A Group Readiness Questionnaire inicialmente foi criada nos anos 90 por uma equipa de terapeutas que se propuseram a trabalhar com os jovens bósnios, com traumas que adquiriram ao estarem expostos à guerra. Tinha como objetivo inicial predizer de forma rápida e eficiente, quais dos jovens iriam beneficiar mais da terapia em grupo. Neste sentido, foram realizados diversos estudos de forma a averiguar se a Group Readiness Questionnaire realmente seria uma medida útil e se seria preditora do bom funcionamento do grupo. Inicialmente era denominada de Group Selection Questionnaire (GSQ), sendo apenas constituída por 14 itens e dividida em

3 subescalas: expectativas, capacidade de participar e competências sociais desviantes (Burlingame, Layne, Gleave, Cox, & Davies, 2011).

As questões ligadas à subescala das expectativas avaliavam se as atitudes e as expectativas dos membros do grupo sobre se participar num grupo iriam ser benéficas e ajudar. As questões da subescala habilidade de participar avaliavam as percepções que cada membro do grupo tinha das suas próprias habilidades de participar abertamente e ativamente num grupo. A subescala das competências sociais desviantes avaliava se os membros do grupo se iriam envolver em comportamentos, tais como atos de dominância ou revelações inoportunas, que pudessem levar a uma rejeição por parte dos restantes membros. Mais estudos foram realizados, e a escala foi aperfeiçoada, tendo sido acrescentados itens de forma a ficarem 19 no total. Estes itens foram assim divididos entre as subescalas das expectativas, participação e itens críticos. A subescala dos itens críticos foi aproveitada da subescala competências sociais disruptivas do questionário original, à qual foram acrescentadas perguntas que avaliavam comportamentos disruptivos que podiam decorrer numa terapia de grupo e que afetavam o seu bom funcionamento (Burlingame, Layne, Gleave, Cox, & Davies, 2011). O nome que tinha inicialmente, Group Selection Questionnaire (GSQ), foi alterado para Group Readiness Questionnaire (GRQ) de forma a enfatizar o seu potencial para ser usado por clínicos com a finalidade de predizer e preparar membros para a psicoterapia de grupo (Pearson, 2017).

A escala Group Readiness Questionnaire tem-se vindo a mostrar como preditora do sucesso que uma psicoterapia de grupo poderá vir a ter. A subescala das expectativas mostra qual as expectativas que o paciente tem de que a terapia vai ser benéfica (Burlingame, Layne, Gleave, Cox, & Davies, 2011). Está estudado que expectativas positivas altas levam os clientes a mostrarem-se mais motivados para o tratamento (Leary & Miller, 1986). A subescala da participação mostra qual a percepção que o próprio tem das suas capacidades na interação com os outros. Friedman (1989) defende que o cliente ideal de uma terapia de grupo é aquele que tem a capacidade imediata de interagir com o outro, evitando os comportamentos que possam de alguma forma comprometer o bom funcionamento do grupo. Por último, a subescala das atitudes negativas ajuda a compreender quais os comportamentos problemáticos que afetam o bom desempenho do grupo. O paciente que adote muitos comportamentos problemáticos acaba por ser visto como membro desviante (Burlingame, Layne, Gleave, Cox, & Davies, 2011). Estudos indicam que um terço dos pacientes que desistem das terapias de grupo são aqueles que são vistos pelos outros membros do grupo como desviantes (Yalom & Calif, 1966).

São observadas as mesmas características nas duas escalas GSQ e GRQ. Vários estudos identificam que as características pessoais mais importantes para se poder prever a eficácia, processo e resultado da terapia de grupo são as capacidades de interação com os outros e as expectativas que os pacientes têm (Piper, 1994). As expectativas são os pensamentos das pessoas sobre se vão conseguir melhorar ao participarem numa terapia grupal. As capacidades de interação do paciente com o outro podem ser tanto positivas como negativas, relacionando-se com as experiências vividas em grupo (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013). Diferentes estudos mostraram ainda que a GRQ é preditora de conflito, processo e resultado (*outcome*) da terapia grupal (Krogel, Beecher, Presnell, Burlingame, & Simonsen, 2009).

As expectativas que um sujeito pode ter da terapia de grupo podem ser diferentes das expectativas que desenvolve de uma terapia individual. Relativamente ao início da terapia grupal podem surgir os medos de terem de interagir com os outros elementos do grupo, o que pode vir a afetar negativamente a interação do paciente com os outros membros. Contudo, quando o paciente tem já à partida uma expectativa positiva e o pensamento de que a interação com os outros vai ajudar no seu processo terapêutico, então essa interação será mais positiva e vai beneficiar mais da terapia grupal. Estudos mostraram ligações entre processo grupal, resultado terapêutico, e atrito, no tratamento de pacientes ansiosos, depressivos, esquizofrênicos, entre outros. Com estes estudos observaram também relações entre as expectativas do paciente e o processo grupal, resultado terapêutico, e atrito em grupos terapêuticos de cognitivo-comportamental, de longa duração e de curta-duração. Por esta razão as expectativas que os pacientes têm são importantes na sua seleção (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013).

As habilidades interpessoais positivas também se têm mostrado importantes para a terapia de grupo (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013). Piper (1994) sugere que estas competências interpessoais positivas são importantes, uma vez que as terapias de grupo são intensas nas suas interações. A capacidade de tolerância relativamente à autorrevelação e autoexploração em ambiente terapêutico grupal requer dos pacientes níveis mais elevados de recursos interpessoais e emocionais. Estudos indicam que os sujeitos que possuem esta capacidade tendem a permanecer mais tempo na terapia. Foi ainda possível observar que características como sensibilidade interpessoal, competências sociais e simpatia são bons preditores de uma terapia grupal eficaz (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013).

Relativamente às habilidades interpessoais negativas, observou-se que os pacientes que apresentam características como agressividade, comportamentos desviantes ou competitividade extrema, podem impactar a terapia de grupo pela negativa, aumentando os atritos no próprio grupo. Diversos estudos indicam que estas características devem ser identificadas para que desse modo, o membro desviante, que ponha em risco o bom funcionamento do grupo e/ou afete o resultado da terapia, seja excluído (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013).

Verificou-se ainda ao longo dos anos que as entrevistas clínicas, apesar de importantes, poderão estar entre os instrumentos mais fracos para avaliar o potencial de um futuro membro de terapia de grupo. Assim, torna-se importante ter instrumentos, que através das características individuais dos pacientes, permitam prever como será o processo terapêutico e qual o resultado da terapia. Este instrumento serve, não só para que os terapeutas possam selecionar os pacientes que melhor vão beneficiar de uma terapia grupal, mas também para perceber os que estão mais preparados para participar numa terapia de grupo. Serve ainda para monitorizar um possível comportamento entre membros do futuro grupo. Por exemplo, um paciente que tenha boas capacidades de interação com os outros, mas uma baixa expectativa em relação à terapia, o terapeuta pode abordá-lo antes do início da sua entrada no grupo e desconstruir a baixa expectativa que tem em relação ao processo terapêutico. Ajuda assim, a antecipar quaisquer possíveis frustrações e medos que o paciente possa ter em relação ao seu papel no grupo (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013).

Percebe-se então que, mais do que utilizar o GRQ para avaliar as características pessoais que permitem definir uma possível exclusão e inclusão, utiliza-se este instrumento para avaliar como o sujeito se sente naquele momento para entrar na terapia, ou seja, se sente que está pronto para iniciar a terapia e o que espera desta, podendo-se trabalhar as possíveis dificuldades e medos que possa estar a sentir. Assim uma baixa prontidão para integração num grupo pode não estar só relacionado com o facto de o paciente não ser apto, mas também com algum medo que necessite de ser desconstruído pelo terapeuta (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013).

2.4 Grupo e a Associação a outras medidas

As características pessoais de cada indivíduo, ou seja, os seus traços pessoais, irão prever a qualidade da psicoterapia de grupo e a prontidão que o indivíduo possui para integrar uma terapia em grupo.

Ao analisar as características dos indivíduos, avaliamos também as suas capacidades de se relacionar a nível interpessoal. Os indivíduos que possuem mais dificuldades em se relacionar com os outros, apesar de serem aqueles que mais beneficiariam da terapia em grupo, são precisamente os que irão encontrar mais obstáculos relativamente à permanência no grupo, assim como se sentirão mais relutantes para aderir a este tipo de terapia. As expectativas positivas que a pessoa sente relativamente à terapia de grupo são um preditor importante para um bom desempenho do processo terapêutico e o sentimento de pertença no grupo é um bom preditor dos resultados da terapia (Yalom & Leszcz, 2020).

William Piper, John Ogradniczuk e mais investigadores testaram qual seria o efeito dos traços de personalidade dos pacientes, utilizando o NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI), sobre dois tipos de terapia de grupo (terapia interpretativa/expressiva e terapia de suporte). O Neuroticismo previu maus efeitos em ambas as terapias; a Extroversão, a Conscienciosidade e a Abertura à Experiência foram preditoras de bons resultados em ambos os grupos terapêuticos; e a Amabilidade previu sucesso relativamente aos efeitos da terapia no grupo interpretativo/expressivo, mas não no grupo de suporte. Os sujeitos que adquirem pontuações mais altas na dimensão da amabilidade têm a capacidade de fazer os outros membros sentir-se bem-vindos e seguros no grupo. Conseguem ainda criar um ambiente que aumenta o sentimento de pertença, evitando os *drop-outs*. Verificou-se ainda que indivíduos que adquirem pontuações altas de extroversão e conscienciosidade são mais propensos a comprometer-se ao grupo e trabalhar consoante as suas necessidades (Yalom & Leszcz, 2020).

Assim, para o estudo da validade convergente e validade divergente fez-se o estudo correlacional entre as subescalas da QPG e da IBF. Para a validade convergente utilizou-se as subescalas da Amabilidade, da Abertura à Experiência e da Extroversão, as quais se espera que haja uma correlação positiva com as subescalas da Participação e Expectativas. Para a validade divergente utilizou-se o Neuroticismo esperando-se correlações negativas e baixas, com as subescalas da participação e das expectativas. Para a subescala das Atitudes Negativas espera-se correlações positivas com a subescala do Neuroticismo, tendo sido utilizada como validade convergente. Esperam-se ainda correlações negativas das subescalas da Amabilidade e Abertura à Experiência com a subescala do Neuroticismo, sendo usada como validade divergente. A subescala da Conscienciosidade, é uma dimensão relacionada com o esforço para o trabalho e é capaz de prever quais os sujeitos que se comprometem a trabalhar consoante as necessidades do grupo, mas não são esperadas correlações com significativas com nenhuma das subescalas da QPG.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Será realizado o estudo das propriedades psicométricas do Questionário de Prontidão para integração no Grupo (QPG), para a população portuguesa. É uma escala muito utilizada no estrangeiro para avaliar a prontidão para o grupo e tem-se mostrado bastante útil aos terapeutas de grupo. A cotação através da escala de Likert, neste instrumento de cinco pontos, simplifica a análise estatística e das respetivas qualidades psicométricas.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar a adaptação do Questionário de Prontidão para integração num Grupo (QPG) para a população portuguesa.
- Verificar a fidedignidade e a validade do Questionário de Prontidão para integração no Grupo (GPG).
- Replicar a estrutura fatorial do instrumento (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013; Löffler, Bormann, Burlingame, & Strauss, 2007), na amostra da população portuguesa, com a Análise Fatorial Confirmatória.

4 Estudo 1: Validação do QPG

5 Método

5.1 *Participantes*

A amostra total é constituída por 202 participantes, dos quais 51.5% (N=104) são do sexo masculino, 48% (N= 37) são do sexo feminino e 0.5% (N=1) é de género não-binário. A população apresenta idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos (M = 21.71 anos; DP = 5.134 anos). Porém, face aos objetivos do estudo, foram apenas utilizados 196 sujeitos [(Mulheres =93; 47.4%; Homens =102; 52%; não-binário=1; 0.5%] para a validação da escala QPG, tendo sido unicamente considerados os participantes de nacionalidade portuguesa e brasileira. Na tabela 1, estão descritos os valores associados à amostra.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

		N	%
Género	1 Feminino	93	47.4
	2 Masculino	102	52
	3 não-binário	1	0.5
Idade	M=21.63, DP=5.16	Min=18, Max=66	

Relativamente às habilitações literárias, 20.4% da amostra utilizada tem formação apenas até ao 12º ano (N= 40), 12.8% apresenta uma licenciatura já concluída (N= 25), 1.5% concluiu o mestrado (N= 3) e 65.3% da população encontra-se ainda a frequentar universidade (N= 128). Verificou-se ainda que, em relação à situação profissional, 81.1% são apenas estudantes (N= 159) e 18.9% são trabalhadores/estudantes (N= 37).

A amostra foi maioritariamente recolhida em universidades. Foi pedido que quando respondessem ao questionário, tivessem como ponto de referência um grupo específico, fosse esse a turma ou algum grupo terapêutico. Da amostra a ser utilizada, 48% eram alunos da Turma de Desporto (N= 94), 24% eram alunos da turma de Expressão Dramática (N= 47), 9.7% eram alunos da Turma de Psicodrama (N= 19), 15.3% da turma de Dinâmicas de Grupo (N= 30), 1% pertencia a um Grupo de Trabalho (N=2), 1% a um Grupo Terapêutico (N= 2) e 1% da Turma de Terapias de Grupo na Saúde (N= 2).

5.2 Procedimento

Primeiramente, foi feito o pedido de autorização de utilização da escala OQ-GRQ para a tradução e validação à população portuguesa, junto da empresa “OQ Measures”, que é detentora dos direitos de utilização do instrumento. Foi um pedido de obtenção de consentimento para a utilização de três escalas: *Group Readiness Questionnaire* (GRQ), *Group Climate Questionnaire* (GCQ) e *Group Questionnaire* (GQ), o qual foi aceite devido ao acordo existente entre a clínica do ISPA e a empresa “OQ Measures”. Enviou-se também um Formulário de Ética (**Anexo A**), para a Comissão de Ética, para possíveis investigações futuras, tendo este também sido aprovado. Após a resposta afirmativa por parte da empresa e da Comissão de Ética, iniciou-se o processo de tradução e validação do instrumento, tendo, para isto, sido seguidas as *guidelines* internacionais descritas por Sousa e Rojjanasrirat (2010). Para esta dissertação, apenas foi feito o sétimo passo das *guidelines*, uma vez que os outros passos anteriores já tinham sido realizados e concluídos.

Procedeu-se assim, à criação de um link para o acesso aos questionários, desenvolvido no *Google Forms*, que foram distribuídos aos participantes, juntamente com o consentimento informado. No consentimento informado vêm descritos os direitos que o participante tem e as características da investigação, como o tempo despendido, a forma como os dados são recolhidos, tratados, mantidos e utilizados para os fins da investigação, com a eventual publicação destes mesmos dados, sendo sempre respeitado os princípios de anonimato, confidencialidade e possibilidade de termo da colaboração a qualquer momento em função da vontade da pessoa que participa. Uma vez lido e aceite o consentimento informado, a pessoa é convidada a preencher, primeiramente os dados demográficos e de seguida os instrumentos de avaliação.

Os dados foram recolhidos em contexto universitário, tendo por isso sido constituída uma amostra por conveniência. Foram contactados os professores das diferentes universidades e pedida a sua colaboração para a distribuição dos questionários pelas suas turmas. Estes questionários eram constituídos pelo consentimento informado, as questões sociodemográficas e os instrumentos avaliativos. A recolha foi efetuada em universidades localizadas nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra.

Posto isto, uma vez preenchido o questionário e os respetivos instrumentos, foi feita a validação da escala. Os dados recolhidos são tratados em SPSS 28.0, com a ajuda de diferentes técnicas estatísticas, para avaliar as suas qualidades psicométricas, os quais são discutidos no presente trabalho.

5.3 Instrumentos

5.3.1 Questionário Demográfico

Como primeiro instrumento foi utilizado um questionário demográfico para descrever as características da amostra e avaliar o efeito moderador dessas variáveis. Este questionário demográfico continha perguntas relativamente ao género, idade, nacionalidade, habilitações literárias, situação profissional e turma onde se insere.

5.3.2 Questionário de Prontidão para integração num Grupo (QPG)

O Group Readiness Questionnaire (GRQ) foi desenvolvido por Rob Davies e Gary M. Burlingame, com o intuito de medir quais as pessoas que se encontram aptas e preparadas para

participar numa terapia de grupo. É uma escala de 19 itens e está dividida em 3 subescalas, sendo estas: a das Expectativas, relacionando-se com as expectativas que os indivíduos têm da terapia; da Participação, que se relaciona com a percepção que os sujeitos têm das suas habilidades interpessoais positivas; e a das Atitudes Negativas, avaliando a tendência dos indivíduos para criar interações interpessoais negativas. A subescala das Expectativas tem 3 itens, a da Participação 13 itens e a das Atitudes Negativas 3 itens. A GRQ sido classificada pelos terapeutas como uma boa escala de predição dos resultados da terapia. A duração de preenchimento estimada é de 5 minutos, sendo um instrumento pequeno e bastante acessível. É classificável numa escala de Likert de 5 pontos (1 – “nunca” e 5 – “quase sempre”) (Burlingame, Layne, Gleave, Cox, & Davies, 2011).

Os estudos anteriores indicam, relativamente à pontuação, que quanto mais baixa for a pontuação maior será a prontidão para participar num grupo, assim todos os itens positivos da escala são invertidos. A subescala das expectativas é uma subescala que está invertida, o que significa que quanto menor a pontuação que se obtiver, mais altas serão as expectativas da pessoa relativamente à terapia de grupo. A subescala da participação tem os itens positivos invertidos, ou seja, quanto menor a pontuação maior será a tendência de a pessoa interagir de maneira positiva com os outros membros. A subescala das atitudes negativas é a única que não se encontra invertida, por isso, quanto maior a pontuação, pior serão as atitudes que os pacientes terão no grupo (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013).

Neste estudo foi utilizada a escala traduzida para português, intitulada Questionário de Prontidão para integração num Grupo (QPG). A tradução foi feita por dois elementos da equipa de investigação, psicólogas clínicas bilingues independentes. A tradução foi feita por cada um dos tradutores individualmente e depois discutida em conjunto, de maneira a chegarem a um consenso relativamente à versão traduzida final. Depois de ser feita a tradução para português, foi realizada a retroversão para inglês, por uma outra tradutora, tendo assim sido feita a comparação com o instrumento original como forma de perceber se a tradução tinha sido bem feita. Concluída a tradução, enviou-se o questionário para uma amostra voluntária de participantes, com o intuito de responderem se consideravam a linguagem das questões clara ou não, sendo convidados aos mesmos a dar sugestões sobre o que seria possível melhorar. Esta avaliação quanto à clareza do questionário é feita apenas com um grupo entre 6 e 8 especialistas, sendo posteriormente entrevistados acerca das suas sugestões relativas às possíveis melhorias.

5.3.3 Inventário Big-Five (IBF)

Utilizou-se o inventário Big-Five (IBF), versão portuguesa e reduzida da versão portuguesa do NEO-PI-R. O IBF foi desenvolvido por John, Donahue e Kentle (1991), com o intuito de criar uma versão mais eficiente e flexível das cinco dimensões da personalidade. Esta versão reduzida é assim um questionário de autorresposta, constituído por 44 itens, cada um composto por frases curtas baseadas nos traços de personalidade pertencentes a cada uma das subescalas. Cada uma das cinco subescalas é constituída entre 7 a 10 itens: a subescala da Extroversão por sete itens, sendo estes os itens 1, 6, 11, 16, 21, 31 e 36 (sendo o item 6, 21 e 31 invertidos); a subescala da Amabilidade por dez itens, sendo estes o 2, 7, 12, 17, 22, 27, 29, 32, 37 e 42 (sendo os itens 2, 12, 27, 29 e 37 invertidos); a subescala da Conscienciosidade por nove itens, sendo estes o 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38 e 43 (sendo os itens 8, 18, 23 e 43 invertidos); a subescala do Neuroticismo por sete itens, nomeadamente o 4, 9, 14, 19, 24, 34 e 39 (tendo como itens invertidos 9, 24 e 34 invertidos); e a subescala da Abertura à Experiência por dez itens, 2, 7, 12, 17, 22, 27, 29, 32, 37 e 42 (tendo como itens invertidos 2, 12, 27, 29 e 37). Trata-se de uma escala tipo Likert pontuada de 1 a 5, considerando-se 1 ("discordo totalmente") e 5 ("Concordo Totalmente") (John & Srivastava, 1999). Os valores de consistência interna revelaram-se aceitáveis, tendo sido calculados pelo Alfa de Cronbach: Extroversão $\alpha = 0,72$; Amabilidade, $\alpha = 0,61$; Conscienciosidade, $\alpha = 0,73$; Neuroticismo, $\alpha = 0,76$; Abertura à Experiência, $\alpha = 0,79$ (Simões, 2016).

O IBF é utilizado para avaliar dimensões consideradas importantes da personalidade. O Neuroticismo relaciona-se com a adaptação do sujeito à instabilidade emocional, sendo propensos para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas, respostas de coping desadequadas. A Extroversão que se refere à intensidade e à qualidade das interações interpessoais. A Abertura à experiência, diz respeito à procura proativa de experiências novas, exploração do não familiar, curiosidade. Amabilidade, que avalia a qualidade da orientação interpessoal, indo desde a compaixão ao antagonismo nos sentimentos, pensamentos e ações. A Conscienciosidade, refere-se ao nível de persistência, de organização e de motivação para comportamentos orientados para objetivos (John & Srivastava, 1999). O Inventário Big-Five foi utilizado neste estudo para a realização da validade convergente e divergente do Questionário de Prontidão para integração num Grupo.

6 Análise de Dados

Para a realização da análise dos dados foram utilizados os softwares AMOS 28.0 e o IBM SPSS *Statistics* 28.0.

A sensibilidade é a capacidade que o teste tem de discriminar sujeitos diferentes face ao constructo psicológico que está a ser medido. O Questionário de Prontidão para integração num Grupo trata-se de uma escala de teste de resposta típica, pois não existem respostas certas nem erradas, sendo composta por itens politômicos tipo escala de Likert. Para que se verifique a sensibilidade dos itens é necessário haver uma resposta em cada uma das categorias de variáveis (Ramos, 2008). A sensibilidade da medida é avaliada através da assimetria e da curtose (Cramer, 1998). Os valores devem-se encontrar dentro do intervalo -1 e 1, para serem considerados bons indicadores (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013). Quando se encontram dentro deste intervalo considerado a normalidade é porque não se verificou nem efeito teto nem chão.

Para a realização das análises optou-se pela inversão dos itens positivos, como já é feito noutros estudos (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013), assim os itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 18, seriam cotados na forma invertida. A cotação original seria 1 (“nunca”) a 5 (“quase sempre”), mas com a inversão dos itens passou a ser 5 (“nunca”) e 1 (“quase sempre”).

Para a análise de componentes principais, foram calculados os valores de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e aferida a esfericidade (Barlet’s Test os Sphericity) (Kaiser, 1974). Foi ainda estudada a consistência interna da escala, com o alfa de Cronbach, e as respetivas propriedades, como a sua normalidade, usando o teste de Kolmogorov-Smirnov (Marôco, 2007). Procedeu-se também ao cálculo das comunalidades, de maneira a perceber se existia alguma sobreposição entre os itens (Connor, 2000 cit por Martins P. J., 2021). De seguida, foi efetuada a análise fatorial confirmatória (AFC), como forma de confirmar a estrutura fatorial da escala original (Marôco, 2010), com método da máxima verossimilhança (Bentler, 2007).

Os pressupostos da análise fatorial confirmatória são: normalidade multivariada e a inexistência de *outliers*. Para verificar a normalidade multivariada foi utilizado o teste de assimetria e curtose e para verificar se existem ou não de *outliers* foi calculada a distância quadrada de Mahalanobis (D2) (Arbuckle, 2009)

A qualidade do ajustamento do modelo fatorial confirmatório é avaliada através dos seguintes índices: a estatística do teste de qui quadrado (χ^2), a razão do qui quadrado pelos graus de liberdade (χ^2/df). Quando o χ^2 apresenta um valor inferior a 0.5 então o ajustamento do modelo é considerado aceitável e quando mostra valores inferiores a 0.3 o ajustamento do modelo é considerado bom (Arbuckle, 2009). Posteriormente são testados os índices pertencentes ao modelo: índices CFI (*Comparative Fit Index*), GFI (*Goodness Fit Index*) e TLI (*Tucker-Lewis Index*), sendo que se apresentarem um bom e muito bom ajustamento os valores serão superiores a 0.90 e 0.95, respetivamente (Marôco, 2007); e os índices PCFI (*Parsimony comparative of Fit Index*) e PGFI (*Parsimony goodness of Fit Index*), para os quais um bom ajustamento significa que os valores variam entre 0.60 e 0.80 e para um muito bom ajustamento, os valores devem ser superiores a 0.80 (Martins P. J., 2021). Foi ainda analisado o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), o qual deverá apresentar valores abaixo de 0.06 para indicar um bom ajustamento ao modelo (Marôco, 2010). Foram ainda avaliados os pesos estruturais através do teste-Z, para analisar se o modelo estrutural é adequado e para testar as relações existentes entre os construtos (Marôco, 2010). Considerou-se um $Z \geq 1.96$ e um p-value 0.05 (Silva, 2006).

Foi analisada a fiabilidade compósita, pois esta estima a consistência interna dos itens constituintes de cada fator. Um valor acima de 0.7 indica uma fiabilidade do construto satisfatórias e valores abaixo indicam valores aceitáveis. Foi analisada a variância média extraída (VEM) de maneira a avaliar a validade convergente. Valores iguais ou superiores a 0.5 indica um construto válido (Marôco, 2010).

Relativamente às validades convergente e divergente foi utilizado o coeficiente de *Pearson* para avaliar qual o grau de associação entre os instrumentos. Os valores do coeficiente podem variar entre -1 e 1, sendo que a correlação é considerada negativa quando os valores se encontram no intervalo de -1 a 0 e considerada positiva quando os valores variam entre 0 a 1. Para a utilização do coeficiente de *Pearson* é necessário que as relações existentes entre as variáveis sejam lineares, ou seja, que exista homogeneidade e que a distribuição seja normal (Martins P. J., 2021). Para a validade convergente, quando as correlações são maiores ou iguais a 0.10 então a correlação é fraca, quando igual ou superior a 0.30 é moderada e quando 0.50 é considerada forte (Cohen, 1988). Estes valores foram também utilizados no estudo americano (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013).

7 Resultados

De seguida, serão apresentados todos os passos necessários para a análise das características psicométricas do instrumento de avaliação QPG, bem como todos os valores correspondentes.

7.1 Sensibilidade dos Itens e Dimensões

Para avaliar a sensibilidade dos itens da escala QPG, procedeu-se a uma análise de frequências para todos os itens, de forma a verificar se todas as categorias das variáveis de resposta se encontravam representados na amostra.

Tabela 2 - Sensibilidade dos itens da escala QPG

Escola QPG	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Às vezes	(4) Frequentemente	(5) Quase sempre
Item 1	0	5	28	99	64
Item 2	4	49	78	52	13
Item 3	5	9	74	85	23
Item 4	3	18	56	98	21
Item 5	16	53	88	36	3
Item 6	5	24	60	93	14
Item 7	0	12	47	96	41
Item 8	54	83	40	12	7
Item 9	13	38	79	51	15
Item 10	1	14	53	82	46
Item 11	7	27	54	85	23
Item 12	3	36	66	72	19
Item 13	3	14	63	79	37
Item 14	10	30	83	61	12
Item 15	1	22	86	72	15
Item 16	7	39	64	55	31
Item 17	12	28	54	67	35
Item 18	30	71	63	23	9
Item 19	18	37	70	45	26

Como se verifica na tabela 2, nem todos os itens se revelam sensíveis, pois nem todas as categorias das variáveis de resposta são selecionadas, nomeadamente nos itens 1 e 7. São dois itens que, como possível observar, têm pouca sensibilidade para discriminar os sujeitos. Porém, os restantes itens mostram ter sensibilidade, uma vez que se verifica respostas em todas as categorias de resposta.

Na Tabela 3 estão apresentados as médias obtidas por subescalas, bem como os valores associados à assimetria e à curtose. Como é possível verificar, os valores encontram-se entre -1 e 1, mostrando assim que se encontram dentro dos valores da normalidade e por essa razão não se verifica nem efeito teto nem efeito chão.

Tabela 3 - Sensibilidade da medida da escala QPG

Subescalas da QPG	M (DP)	Assimetria	Curtose
Participação	2.81 (0.57)	0.17	-0.51
Expectativas	2.46 (0.71)	0.09	-0.42
Atitudes Negativas	2.35 (0.70)	0.11	-0.35

7.2 Normalidade

Verifica-se que a população utilizada neste estudo tem distribuição normal. O p-value foi 0.055, validando assim a hipótese da distribuição normal, uma vez que o valor obtido foi superior ao $\alpha = 0.05$. Para atestar esta hipótese foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, uma vez que o N da amostra é superior a 30 (Marôco, 2007). Realizou-se ainda o teste de Levene que avalia a homogeneidade da amostra, verificando-se pôde ser garantida, uma vez que o p-value também se encontra acima de 0.05, tendo sido 0.356 (Marôco, 2007). A validação destes dois pressupostos permitiu a utilização dos testes para os cálculos.

7.3 Validade

7.3.1 Validade de Construto

Foi realizada uma análise de Componentes Principais. Esta análise foi feita apenas para confirmar os valores obtidos pela escala original (ver **anexo B**).

7.3.2 Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

É utilizado para testar as relações existentes entre os itens de uma mesma escala. Se esta correlação não existir, não poderá ser feita uma análise fatorial. Quando os valores de KMO se encontram no intervalo entre 1-0.9 então a qualidade da correlação entre as variáveis é considerada muito boa; entre 0.9-0.8 então é considerada boa; entre 0.8-0.7 é considerada

média; entre 0.7-0.6 razoável; entre 0.6-0.5 é má e abaixo de 0.5 já o valor se torna inaceitável (Marôco, 2007).

Para a escala QPG a medida de KMO foi considerada boa (0.814). O valor de esfericidade de Barlett ($p < 0.001$) e o do KMO (0.814) indicam que a escala é adequada para uma análise fatorial.

7.3.3 Comunalidades

O valor das comunalidades mostrou-se satisfatório (ver Tabela 4), uma vez que, apesar de existirem itens que apresentam valores relativamente baixos, em média o ponto de corte (0.40) foi atingido (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009).

Tabela 4 - Comunalidades escala QPG

Item	Comunalidades
1*	0.28
2*	0.64
3	0.49
4	0.59
5*	0.57
6	0.45
7	0.39
8*	0.55
9	0.47
10*	0.33
11*	0.33
12*	0.52
13	0.52
14	0.60
15*	0.57
16*	0.54
17	0.45
18*	0.36
19	0.58

Nota: * = itens invertidos

7.3.4 Análise Fatorial Confirmatória

De acordo com os resultados obtidos de assimetria e curtose (tabela 5), foi possível confirmar os resultados do teste de Kolgomorov-Smirnov, bem como os pressupostos da normalidade univariada. Como se observa na tabela os valores de curtose encontram-se abaixo

de 7 e os de assimetria abaixo de 3 (Marôco, 2010). Porém, através das distâncias de Mahalabnobis ao quadrado ($D^2= 65.177$) verificou-se que o modelo não tem distribuição multivariada. Por essa razão foi utilizado o *bootstrapping* para se poder ajustar o valor do *p-value* à estatística do qui-quadrado.

Tabela 5 - Estatística Descritiva da QPG

Item	M	DP	Min	Max	Assimetria	Curtose
1*	1.87	0.75	1	4	0.59	0.12
2*	2.89	0.93	1	5	-0.14	-0.50
3	2.43	0.85	1	5	0.50	0.74
4	2.41	0.86	1	5	0.59	0.31
5*	3.22	0.89	1	5	0.12	-0.28
6	2.56	0.89	1	5	0.60	0.13
7	2.15	0.82	1	4	0.38	-0.29
8*	3.84	1.01	1	5	-0.87	0.53
9	2.91	1.01	1	5	0.12	-0.34
10*	2.19	0.90	1	5	0.39	-0.37
11*	2.54	0.99	1	5	0.51	-0.18
12*	2.65	0.94	1	5	0.15	-0.57
13	2.32	0.91	1	5	0.38	-0.07
14	2.82	0.94	1	5	0.29	-0.06
15*	2.60	0.81	1	5	0.02	-0.21
16*	2.67	1.07	1	5	0.08	-0.74
17	2.57	1.12	1	5	0.41	-0.53
18*	3.46	1.03	1	5	-0.42	-0.22
19	2.88	1.14	1	5	0.08	-0.66

Nota: * = itens invertidos

Relativamente ao modelo estrutural [$\chi^2(149) = 473,926$, B-S $p=0.000$; $\chi^2/df = 3.18$; PCFI = .63; PGFI = .61; CFI=.72; GFI=.78; TLI=.68; RMSEA=.106; 90% CI [.095 – .117]), verifica-se, de um modo geral, um ajustamento aceitável entre o modelo e os dados correspondentes aos seus índices. Porém, não se pode verificar em todas as cargas fatoriais um valor acima do ponto de corte estimado (0.5) (Loehlin, 2003), tendo estas variado entre 0.21 e 0.79. Os valores associados aos PCFI e PGFI revelam um bom ajustamento ao modelo. Os valores associados aos índices CFI, GFI e TLI apresentaram valores que indicam um mau ajustamento do modelo aos dados (Marôco, 2010). O RMSEA atingiu um valor de 0.106 que ainda pode ser considerado dentro do intervalo entre 0.05 e 0.10, podendo ainda sugerir como tendo um bom ajustamento (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009).

Tabela 6 - Modelo Estrutural QPG

Item	λ	RC	P	R2	FC	VME
1*	0.42	5.610	0.001	0.18	0.86	0.34
2*	0.52	7.098	0.001	0.28		
3	0.65	8.976	0.001	0.43		
4	0.55	7.426	0.001	0.30		
5*	0.61	8.330	0.001	0.37		
6	0.56	7.572	0.001	0.31		
8*	0.21	2.725	0.006	0.04		
9	0.59	8.027	0.001	0.35		
14	0.76	10.652	0.001	0.58		
15*	0.66	9.009	0.001	0.43		
16*	0.59	8.022	0.001	0.35		
18*	0.51	6.879	0.001	0.26		
19	0.76	5.610	0.001	0.58		
10*	0.63	4.355	0.001	0.40	0.65	0.40
11*	0.79	3.944	0.001	0.62		
12*	0.41	4.355	0.001	0.16		
7	0.55	3.812	0.001	0.30	0.57	0.31
13	0.64	3.672	0.001	0.41		
17	0.46	3.672	0.001	0.22		

Nota: * = itens invertidos; λ = carga fatorial; RC = Rácio Crítico; p = valor de significância; R2 = Correlação ao quadrado; ***p = 0.001

Nem todos os itens do modelo atingiram ou excederam o valor de corte que é recomendado (Martins P. J., 2021). Porém, esses itens não foram retirados, uma vez que são teoricamente sustentáveis e porque as mudanças que se verificaram com a retirada desses itens não se mostrou significativa nos valores dos índices do modelo.

Foi possível observar que alguns itens (1, 8, 12, 17) não mostraram fiabilidades individuais aceitáveis ($R2 \geq 0.25$), tendo estes itens variado entre 0.04 e 0.22. No geral, as fiabilidades individuais variaram entre 0.04 e 0.62 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009).

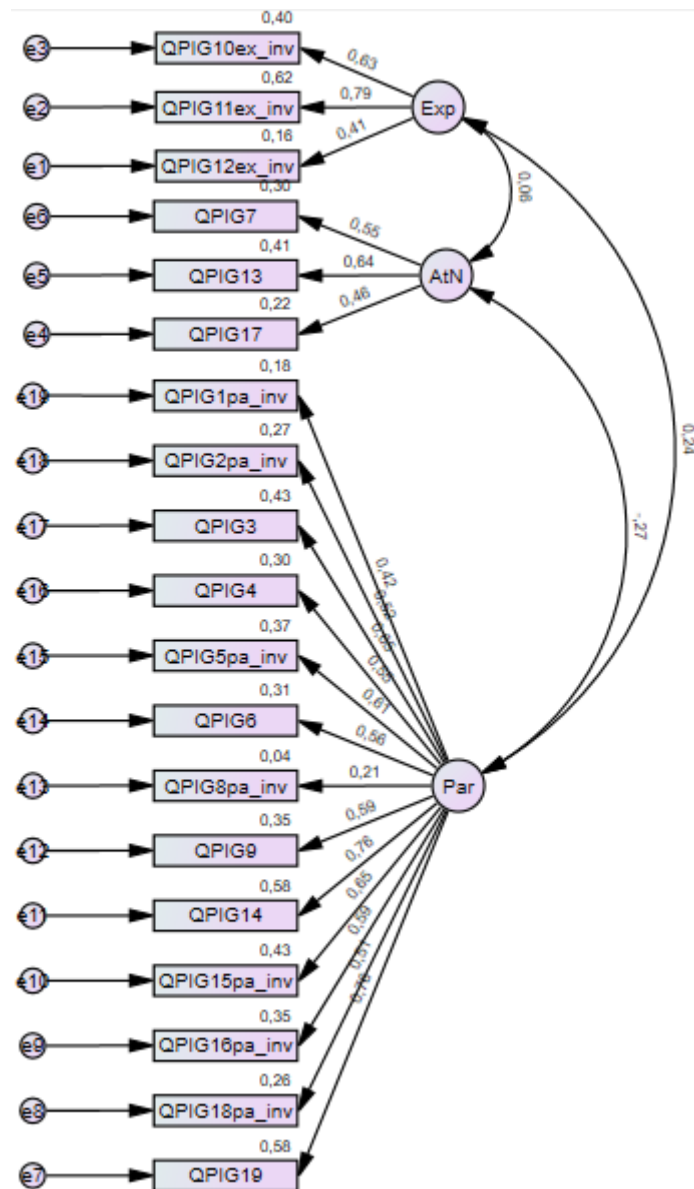
Verificou-se que apenas num dos fatores a fiabilidade compósita pôde ser garantida, nomeadamente no fator da Participação (FC= 0.86). Nos restantes fatores, os valores da fiabilidade compósita foram aceitáveis, tendo o fator das Expetativas (FC= 0.65) e o fator das Atitudes Negativas (FC= 0.57). Os valores associados à Variância Média Extraída (VEM) variaram entre 0.31 e 0.40, encontrando-se abaixo do valor de corte recomendado (0.50) (Marôco, 2010).

Relativamente à análise da estimativa dos parâmetros, é possível verificar que os valores associados ao teste estatístico Z variaram entre 2.725 e 10.652 (Tabela 6). Todos os valores

indicaram a existência de significância estatística, indicando assim que o modelo está bem especificado e ajustado, e que os construtos se relacionam.

Na figura 1, são observáveis as associações existentes entre os fatores da escala. Verificam-se associações negativas entre as subescalas das Atitudes Negativas e da Participação, associações positivas entre as subescalas das Expectativas e da Participação e associações positivas entre as subescalas Expectativa e Atitudes Negativas.

Figura 1 - Estrutura Fatorial QPG



Nota: [$\chi^2(149) = 473,926 (p=0,000)$; $\chi^2/df=3,18$; $CFI=.72$, $GFI=.78$; $TLI=.68$; $RMSEA=.106 (p=.000)$]

7.4 *Fiabilidade*

A fiabilidade baseia-se na consistência e precisão dos resultados do processo de medição. Assim, para avaliar a consistência interna das respostas de um conjunto de itens utilizou-se o alfa de Cronbach (Urbina, 2014).

O Alfa de Cronbach da escala total é de 0.787, que é considerado satisfatório. Porém, verificaram-se ainda os Alfas de Cronbach por subescala, sendo que na subescala das Expectativas obteve-se um alfa de 0.621, considerado fraco; na subescala da Participação obteve-se um alfa de 0.858, considerado bom; e na subescala das Atitudes Negativas obteve-se um alfa de 0.544, que é considerado não aceitável.

Quando o valor que é obtido pelo alfa de Cronbach é considerado não aceitável, deve-se verificar que item pode ser retirado para que a consistência interna da subescala possa aumentar, porém verificou-se que retirando itens a esta subescala das atitudes negativas, o alfa de Cronbach apenas diminuía.

7.5 *Validade Convergente e Divergente*

Para a validade convergente e divergente, fez-se a correlação entre as subescalas do Questionário de Prontidão para integração num Grupo (QPG) e as subescalas do Inventário Big-Five (IBF). Optou-se ainda por verificar a correlação entre a escala total da QPG e a escala total IBF. Na Tabela 7 estão representados os valores das correlações, mostrando que em todas as subescalas da QPG existem correlações significativas com algumas das subescalas da IBF. Observa-se ainda que a correlação existente entre as duas escalas totais é significativa.

Tabela 7 - Correlações entre QPG e IBF

	QPG	QPGExp	QPGPar	QPGAtn
IBF	-0.50**	-	-	-
IBFAb	-	-0.11	-0.14*	0.13
IBFEx	-	-0.24**	-0.83**	0.20**
IBFNe	-	0.03	0.20**	0.20**
IBFCo	-	-0.17*	-0.07	-0.20**
IBFAm	-	-0.31**	-0.17*	-0.45**

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Os resultados presentes na Tabela 7, demonstraram que as correlações entre a subescala das Expectativas e as subescalas da Abertura à Experiência e Neuroticismo não foram significativas. Não era esperado esta associação entre a subescala das Expectativas e Abertura Experiência. O mesmo foi observável entre a subescala da Participação da QPG com a subescala da Conscienciosidade. A correlação entre a subescala das Atitudes Negativas e a Abertura à Experiência também não se revelou significativa.

Verificou-se uma correlação forte, significativa e negativa entre a subescala da Participação e da Extroversão ($r=-.83$, $p\leq 0.01$). Observaram-se correlações moderadas, significativas e negativas, entre as subescalas das Expectativas e da Amabilidade ($r=-0.31$, $p\leq 0.01$), entre as subescalas das Atitudes Negativas e da Amabilidade ($r=-0.45$, $p\leq 0.01$) e entre a escala QPG e IBF ($r=-0.50$, $p\leq 0.01$), representadas na Tabela 7. Foi ainda possível observar correlações fracas, negativas significativas ($p\leq 0.01$), variando entre os valores -0.20 e -0.24 entre as subescalas das Atitudes Negativas e da Conscienciosidade, e das Expectativas e Extroversão, respetivamente. Obteve-se, também, correlações fracas, negativas e significativas ($p\leq 0.05$), variando entre -0.14 e -0.17 , entre a Participação e Abertura à Experiência e Amabilidade, respectivamente, e ainda entre as subescalas das Expectativas e da Conscienciosidade ($r=-0.17$).

Por último, observaram-se correlações fracas, positivas e significativas, entre a subescala das Atitudes Negativas e as subescalas Extroversão e Neuroticismo ($r=0.20$, $p\leq 0.01$), e entre a subescala da Participação e a do Neuroticismo ($r=0.20$, $p\leq 0.01$).

8 Estudo 2: Análise da Capacidade Preditiva da QPG

9 Método

9.1 Participantes

Para o teste de Wilcoxon e a avaliação da validade preditiva, selecionaram-se da amostra total 74 participantes, da qual 47.3% pertenciam ao género feminino ($N= 35$) e 52.7% do sexo masculino ($N= 39$), demonstrando idades compreendidas entre os 19 e os 41. A média de idades foi de 22 anos ($DP= 4.098$ anos). Os dados foram recolhidos em contexto universitário, da qual 54.1% pertencia à turma psicologia do desporto ($N= 40$), 24.3% à turma de expressão dramática ($N= 18$), 12.2% à turma de psicodrama ($N= 9$), 5.4% à de dinâmicas de grupo ($N= 4$), 1.4% a

um grupo de trabalho (N= 1) e 2.7% a um grupo terapêutico (N=2). Grande parte dos indivíduos eram apenas estudantes (78.4%; N= 58) e os restantes eram trabalhadores/estudantes (21.6%; N=16).

9.2 Procedimento

Numa primeira fase foi pedido aos participantes que respondessem ao Questionário de Prontidão para integração num Grupo (QPG) e num segundo momento, passado algumas semanas, foi-lhes pedido que respondessem ao Questionário de Grupo (QG). Os dados foram posteriormente analisados através do SPSS 28.0, tendo como finalidade avaliar a capacidade preditiva da escala QPG e averiguar a relação existente entre os dois instrumentos utilizados para a realização do estudo.

9.3 Instrumento

Como instrumentos foram utilizados o Questionário de Prontidão para integração num grupo (QPG) e o Questionário de Grupo (QG)

9.3.1 Questionário de Grupo (QG)

O Group Questionnaire (GQ), desenvolvido por Krogel et al. Em 2013, avalia a perceção do paciente acerca das relações terapêuticas existentes num grupo terapêutico. É uma escala de autorresposta, sendo composta por 30 itens. Divide-se em 3 subescalas: o Vínculo Positivo, o Trabalho Positivo e o Relacionamento Negativo, sendo que esta última subescala apresenta os itens todos invertidos. Trata-se de uma escala do tipo Likert, cotada de 1 (“Discordo Totalmente”) a 7 (“Concordo Totalmente”) (Chapman, et al., 2014).

Neste estudo foi utilizada a versão traduzida para português, Questionário de Grupo (QG). Esta escala foi adaptada para população portuguesa por Pinheiro (2022), que, através da análise das propriedades psicométricas, obteve valores bons de consistência interna, calculada através do Alfa de Cronbach: α Vínculo Positivo = .92; α Trabalho Positivo = .94; e α Relacionamento Negativo = .91. Este questionário foi utilizado para a comparação de médias e validade preditiva com o Questionário de Prontidão para integração num Grupo (QPG).

10 Análise de Dados

Para confirmar se a escala QPG seria preditora dos resultados da escala QG foi feita uma comparação de médias utilizando o teste não paramétrico Wilcoxon. E de seguida realizou-se uma validade preditiva tendo sido utilizada uma regressão linear simples para analisar as correlações e a sua capacidade preditora. Para a regressão linear utilizou-se como variável independente a prontidão para o grupo e como variável dependente os resultados na terapia de grupo (*outcome*). Para verificar os pressupostos da regressão linear simples, analisou-se a normalidade da distribuição de resíduos, recorrendo-se ao histograma e à análise P-P Plot dos resíduos (Marôco, 2007). Embora o pressuposto da normalidade de respostas não se verificasse para a população pós-teste, a distribuição de resíduos revelou ser aproximadamente normal, permitindo a continuação da regressão linear e a sua análise. Para a comparação de médias, o nível de significância considerado foi $p \leq 0.05$ e para a regressão linear simples foi $p \leq 0.01$ (Martins, Gonzalez, Lima, & Duarte, 2020). A análise foi realizada através do software SPSS 28.0.

11 Resultados

11.1 Teste não-paramétrico Wilcoxon

O teste de Kolmogorov-Smirnov demonstrou distribuição normal no questionário pré-teste ($p \leq 0.200$, superior a 0.05), porém não revelou distribuição normal nas respostas do questionário pós-teste ($p \leq 0.002$, inferior a 0.05). Para avaliar se sujeitos com elevado nível de prontidão (pontuações baixas no QPG) terão melhores valores de *outcome* no grupo (pontuações baixas no QG) utilizou-se o teste não-paramétrico de Wilcoxon.

$$H_0: F(1) \leq F(7); H_1: F(1) \geq F(7)$$

Tabela 8 - Teste Wilcoxon QPG e QG

	p-value	Z
QG - QPG	0.001	-7.504

Pelos resultados apresentados na tabela 8, verifica-se que p-value é menor que 0.001. O p-value utilizado foi p-value unilateral à direita (**Anexo C**) e este terá de ser maior do que 0.05 para não rejeitarmos a Hipótese nula ($H_0: F(1) \leq F(7)$). Porém o valor obtido foi menor que 0.05, o que significa que a hipótese nula foi rejeitada. Isto sugere que não foi possível observar

um aumento significativo das pontuações, da altura de resposta ao QPG (Me=0) para a altura da resposta ao OQ (Me=37) ($\bar{S}^+ = 37$; $\bar{S}^- = 0$; $Z = -7.504$; $PUD = 0.001$; $N = 74$).

11.2 Validade Preditiva

Na validade preditiva utilizou-se a regressão linear simples, para avaliar a capacidade preditiva que a escala QPG tem sobre a escala QG. Foi feita a análise dos pressupostos para se proceder à utilização da regressão linear (Figura 2).

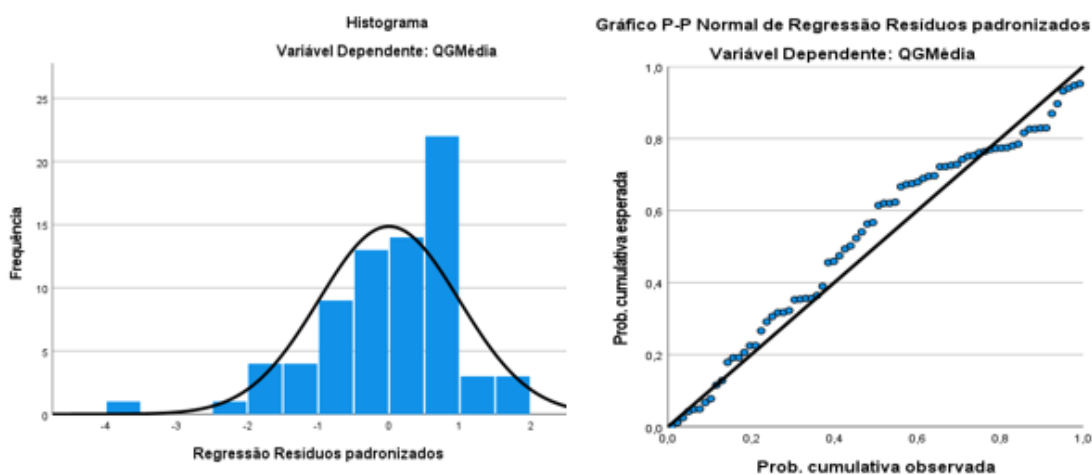


Figura 2 - Validação pressupostos da regressão linear

Verifica-se pela figura 2, que o histograma apresenta uma curva que engloba os valores residuais padronizados e no gráfico P-P Plot, os dados residuais encontram-se próximos da linha diagonal, revelando uma distribuição aproximadamente normal, permitindo assim a utilização da regressão linear.

Nos resultados obtidos através do coeficiente de correlação de *Pearson*, é possível observar uma correlação positiva, porém não é significativa e baixa, entre o QPG e o QG ($r=0.102$; $p \leq 0.388$) (**Anexo D**). Relativamente aos valores associados à regressão linear, $F(72) = 0.753$, $p=0.388$, pode-se concluir que a variável independente (QPG) não possui um efeito significativo sobre a variação da variável dependente (QG), ou seja, não é possível afirmar quanto menor o QPG maior o QG, porque os dados não mostram uma relação é linear. Pode-se ainda afirmar que o modelo ajustado não é significativo, tornando-o num modelo não adequado. Observa-se também, pelo coeficiente de determinação ($R^2 = 0.010$), que o modelo não se ajusta aos dados, demonstrando uma variância explicada de 1%.

12 Discussão

O objetivo geral deste estudo foi o de analisar as propriedades psicométricas do Questionário de Prontidão para integração num Grupo (QPG), dando início ao estudo da sua validação e adaptação, para a população portuguesa. É uma escala que se tem vindo a mostrar bastante útil para os terapeutas, sendo muito utilizada no estrangeiro. É uma escala pequena, constituída por 19 itens, sendo cotada numa escala de cinco pontos, o que facilita na seleção que os terapeutas fazem dos pacientes. Durante esta investigação foram realizados dois estudos, um primeiro que corresponde à validação da QPG e um segundo onde é avaliada a sua capacidade preditiva.

Relativamente à população portuguesa, de uma forma geral, as qualidades psicométricas da QPG foram aceitáveis e replicaram algumas das qualidades existentes noutros estudos (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013), assim foi possível confirmar, com os resultados obtidos, que o instrumento, do ponto de vista estatístico, evidência propriedades psicométricas semelhantes às observadas em estudos efetuados noutros países.

Primeiramente optou-se pela sensibilidade dos itens, observando-se que no geral os itens apresentam um bom poder discriminativo, uma vez que as respostas se encontram bem distribuídas pelas diversas categorias de variáveis de resposta, com a exceção dos itens 1 e 7. Estes dois itens apenas não obtiveram respostas na categoria “Nunca”. Possivelmente com uma amostra maior, estes dois itens irão apresentar sensibilidade. De seguida foram avaliados os pressupostos da normalidade, que foram garantidos com a realização dos testes de Kolmogorov-Smirnov e com os valores da assimetria e curtose, uma vez que se mantiveram dentro do intervalo -1 e 1, assim como aconteceu no estudo americano (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013).

A escala na sua totalidade apresentou uma consistência interna satisfatória (0.787). A subescala que apresentou melhor fiabilidade é a da Participação, com Alfa de Cronbach de 0.858, valor este que está associado a uma boa consistência interna.

Os resultados, na sua generalidade, revelaram que a QPG tem validade de construto. Na análise dos componentes principais, observou-se, como aconteceu noutros estudos anteriores, nem todos os itens saturam nos fatores correspondentes. Com a amostra portuguesa, as subescalas das Expectativas e das Atitudes Negativas mostrou-se ser estável, uma vez que os itens 10, 11, 12 (Subescala das Expectativas) e os itens 7, 13, 17 (Subescala Atitudes Negativas), saturaram para os respetivos fatores. Porém, a subescala da Participação mostrou-

se instável, uma vez que os itens 2, 8, 9, 16 saturaram para o segundo fator, das expectativas. No estudo americano (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013), também foi referida esta instabilidade observada no item 8, uma vez que também nesse estudo, o item 8 saturou para a subescala das Expectativas. Analisou-se como é que cada um destes itens se comportava em todas as outras etapas de análise. Verificou-se que os valores do Alfa de Cronbach, se os itens 2, 9 e 16 fossem retirados, desciam. Porém, se o item 8 fosse retirado, o valor do Alfa de Cronbach aumentava de 0.787 para 0.789. O mesmo se verificou no valor do Alfa de Cronbach tendo em conta apenas a subescala da Participação.

Os resultados obtidos na Análise Fatorial Confirmatória foram aceitáveis, sustentando assim o objetivo específico deste estudo, o de replicar a estrutura fatorial do instrumento (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013; Löffler, Bormann, Burlingame, & Strauss, 2007), na amostra da população portuguesa, com a Análise Fatorial Confirmatória. O facto de os valores se terem mostrado aceitáveis permitiu afirmar que a estrutura fatorial se manteve estável, como foi observado noutros estudos (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013). Nem todas as cargas fatoriais atingiram o ponto de corte estimado, isto verificou-se no item 8 (“Quando conheço alguém pela primeira vez, gosto de partilhar coisas sobre mim, incluindo informações bastante pessoais”), uma vez que apresentou uma carga baixa (0.21). Noutros estudos, observaram os mesmos problemas com o item 8, nomeadamente nos estudos americanos apresentou cargas moderadas (Burlingame, Layne, Gleave, Cox, & Davies, 2011) e baixas (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013) e no alemão cargas baixas (Löffler, Bormann, Burlingame, & Strauss, 2007). Para melhorar a validade fatorial da escala, é necessário reformular este item ou removê-lo. Talvez o problema não esteja na tradução, mas sim na formulação, visto que esta problemática ocorreu também nas adaptações alemã e americana. Os valores associados ao TLI, GFI e CFI revelaram um mau ajustamento ao modelo, podendo estar relacionado com a dimensão da amostra. Os valores de PGFI e PCFI demonstraram um bom ajustamento ao modelo. Foram ainda calculados os valores da Fiabilidade Compósita (FC) e da Variância Média Extraída. A FC mostrou valores considerados bons e aceitáveis, sendo que por essa razão os itens da escala estimam corretamente o construto que o fator avalia. Os valores associados à Variância Média Extraída, apresentaram-se abaixo do valor de corte, revelando que os itens não refletem os fatores onde saturam, como foi possível verificar na Análise de Componentes Principais.

Relativamente à validade convergente e divergente, na escala QPG os itens positivos encontravam-se invertidos, enquanto na escala IBF se deu o oposto, eram os itens negativos

que estavam invertidos. No geral, os resultados mostraram correlações estatisticamente significativas entre ambas as escalas. Obteve-se uma correlação forte entre a subescala da Extroversão e da Participação, algo que era expectável. A dimensão da Extroversão relaciona-se com indivíduos que valorizam os relacionamentos sociais e vivem as experiências da vida de forma positiva. Quando os indivíduos obtêm valores altos de extroversão, têm tendência a ser confiantes e faladores e com níveis mais baixos tendem a ser tímidos, reservados e a mostrar resistência ao contacto social. A subescala das Participações está ligada às relações interpessoais, nomeadamente à capacidade que o indivíduo tem de se relacionar com o outro. Por esta razão, estas duas subescalas estão tão fortemente relacionadas ($r=-0.83$), uma vez que avaliam construtos idênticos. Estas duas subescalas apresentaram correlações negativas devido à inversão dos itens. As correlações entre as Atitudes Negativas e o Neuroticismo foram significativas, como era esperado, porém foram baixas. Era esperado uma correlação forte, visto que a dimensão do Neuroticismo corresponde a indivíduos que têm tendência a ser temperamentais e esta característica ser também uma das características avaliada pela subescala das Atitudes Negativas. Foi verificada uma correlação significativa entre a Amabilidade e as subescalas das Expectativas e da Participação, como esperado. A correlação entre a subescala da Abertura à Experiência e a das Expectativas não se revelou no sentido esperado, uma vez que a correlação não se mostrou significativa.

No segundo estudo, no teste do Wilcoxon não foi possível testar a capacidade preditiva do QPG sobre os resultados do Questionário de Grupo (QG). Era expectável que nos pacientes com pontuações baixas do QPG tivessem pontuações altas no QG, porém isto não se observou. Relativamente à Validade Preditiva, os resultados indicam que o Questionário de Prontidão para integração num Grupo não foi capaz de prever os resultados obtidos no Questionário de Grupo. Eventualmente se amostra fosse maior e se tivesse sido recolhida em contexto clínico, os resultados teriam tido a capacidade de determinar a relação preditiva entre a prontidão para o grupo e os resultados obtidos na terapia de grupo, que esta escala tem, como refere a literatura (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013).

Completados todos os passos necessários para a validação e adaptação da escala para o contexto português, pode dizer-se que o Questionário de Prontidão para integração num Grupo (QPG) foi validada para a amostra utilizada neste estudo, sendo esta validação aceitável, porém irão ser necessários mais estudos que permitam a utilização desta escala com mais confiança.

Os resultados obtidos no presente estudo abriram assim portas para novas investigações das qualidades psicométricas da escala. Como proposta de estudo futuro, seria importante realizar estudos de validade convergente e divergente, com uma amostra de contexto clínico. Seria ainda interessante realizar nova validação da escala QPG, aumentando o tamanho da amostra e realizá-la também em contexto clínico. Propõe-se ainda a adaptação e validação de escalas cujos construtos são teoricamente próximos do QPG, uma vez que não existem muitos instrumentos que possam ser utilizados para analisar a validade convergente e divergente.

Seria importante fazer um estudo relativo ao item 8, nesta investigação optou-se por não se retirar este item, porque apesar de os valores melhorarem com a sua retirada, a mudança não se mostrava uma melhoria significativa. Outros estudos também apresentaram problemas com este item, e por essa razão seria importante analisar a problemática a ele associada.

Por último, a literatura sugere o QPG como uma boa escala para predizer *outcomes*, seria importante fazer novamente uma análise preditiva com um instrumento pós-teste que apresente distribuição normal na amostra e com uma população em contexto clínico. Por último, a literatura defende que para além das características individuais de um paciente para a seleção num grupo, é também importante o tipo de grupo (homogéneo e heterogéneo). Propõe-se estudar com a QPG de que forma a homogeneidade e heterogeneidade do grupo irá variar consoante as características do indivíduo (por exemplo: um indivíduo vai para um grupo homogéneo que trata distúrbios alimentares, porém ele é o elemento mais novo. Como é que esta característica vai influenciar o tipo de grupo e as dinâmicas terapêuticas dentro do grupo). Será que a QPG consegue predizer estas variações? (Baker, Burlingame, Cox, Beecher, & Gleave, 2013).

13 Limitações do Estudo

Como limitação do estudo salienta-se a dimensão da amostra, uma vez que um N=196 é pequeno para avaliar todas as qualidades psicométricas pretendidas do instrumento. Segundo Sousa e Rojjanasrirat (2010), para realizar uma análise fatorial confirmatória de um instrumento é recomendado que se use uma amostra entre 300 e 500 participantes. Seria assim necessário prosseguir o estudo, porém, utilizando uma amostra de maior dimensão.

Uma segunda limitação sentida foi, apesar de noutros estudos nos outros países, também terem sido utilizados estudantes, ou seja, a amostra ter sido recolhida num contexto escolar,

seria importante recolher a amostra num contexto clínico. O facto de a amostra ter sido recolhida num contexto não clínico limita o grau de precisão da medida no contexto pretendido, sendo este o contexto terapêutico, seria assim interessante continuar os estudos com contextos clínicos e não clínicos, mas que fossem representativos.

Outra limitação encontrada foi a validade convergente e divergente do Questionário de Prontidão para integração num Grupo (QPG). Não existem muitos instrumentos traduzidos e validados para a população portuguesa, o que dificulta assim o processo de validação. Existe um instrumento, o *Group Therapy Questionnaire*, anteriormente utilizado para estudar a validade convergente com QPG, porém não está adaptado para a população portuguesa e por essa razão não pôde ser utilizado.

Por último, como noutros estudos, encontrou-se uma limitação na estrutura fatorial. Nos estudos bósnio, alemão e americano, a estrutura não se manteve sempre estável e idêntica à estrutura da escala original. O mesmo ocorreu na população portuguesa. Enquanto as subescalas das Expectativas e das Atitudes Negativas se mantiveram estáveis, uma vez que todos os itens pertencentes a estas duas se mantiveram nos respetivos fatores, a subescala da participação não se manteve estável, pois os itens 2, 8, 9, 16 saturaram para a subescala das expectativas. Isto sugere que estes fatores podem variar entre os diferentes contextos populacionais e são necessários mais estudos psicométricos para entender esta questão.

14 Conclusão

No começo deste estudo, a expectativa era de encontrar as propriedades psicométricas da escala QPG necessárias à sua validação, possibilitando a utilização no contexto português. Porém, concluímos que é necessária mais investigação empírica para assegurar essa mesma validação. Os resultados obtidos foram resultados aceitáveis, porém com as limitações encontradas durante todo o processo de adaptação, seria importante que fosse dada uma continuidade no processo de validação, de forma a tornar-se um instrumento mais fidedigno para a população portuguesa. Este estudo torna-se assim pioneiro na adaptação da escala para a população portuguesa, e de grande importância para os próximos estudos que sejam feitos neste sentido, partindo das limitações e problemas encontrados durante este processo de validação e adaptação, ultrapassando-as.

Esta escala é vista pela *American Group Psychotherapy Association* como uma medida standard bastante útil, considerando ser de grande importância aumentar o número de instrumentos que avaliem *outcomes* de grupo. É também importante que os terapeutas façam uma pré-seleção dos pacientes e para facilitar este processo, deverá ser aumentado o número de instrumentos empíricos, como o Questionário de Prontidão para integração num Grupo (Yalom & Leszcz, 2020). Estes questionários empíricos facilitam não só o trabalho dos terapeutas como também contribuem para a existência de um bom funcionamento e bons resultados na terapia de grupo. Porém existe a necessidade do seu aperfeiçoamento, por serem inexatos, uma vez que a pontuação que o indivíduo pode ter no questionário não corresponde necessariamente à sua fraca capacidade de interação no grupo. O indivíduo pode ter um comportamento desviante dentro do grupo não pelas suas próprias características (Ex: fraca capacidade interpessoal), mas sim devido às características do próprio grupo (Ex: ser o mais novo, ser a única pessoa pertencente à comunidade LGBTI+, ser o mais introvertido), que o tornam desviante. É necessário que sejam realizados mais estudos e investigações, de forma a melhorar esta questão. Por essa razão, deve ser dada uma continuidade a este estudo, para que possa ser utilizado no contexto português.

15 Referências

- Ahmetoglu, G., & Chamorro-Premuzic, T. (2013). *Personality 101*. New York: Springer Publishing Company.
- Allport, F. H., & Allport, G. W. (1921). Personality Traits: their classification and measurement. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 6-40.
- Arbuckle, J. L. (2009). *Amos 18 Reference Guide (Version 18)*. Chicago: SPSS Inc.
- Baker, E., Burlingame, G. M., Cox, J. C., Beecher, M. E., & Gleave, R. L. (2013). The Group Readiness Questionnaire: A Convergent Validity Analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 299-314.
- Barros, A. R. (2018). *Fenómenos de grupo em psicoterapia: O estudo do clima grupal através do Group Climate Questionnaire*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Bechelli, L. P., & Santos, M. A. (2004). Psicoterapia de Grupo: Como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 242-249.
- Bentler, P. M. (2007). On tests and indices for evaluating structural models. *Personality and Individual Differences*, 825-829.
- Burlingame, G. M., Layne, C. M., Gleave, R., Cox, J. C., & Davies, D. R. (2011). The Group Selection Questionnaire: Further Refinements in Group Member Selection. *American Psychological Association*, 60-74.
- Chapman, C. L., Burlingame, G. M., Gleave, R., Rees, F., Beecher, M., & Porter, G. S. (2014). Clinical prediction in group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 673-681.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale: NJ: Erlbaum.
- Cramer, D. (1998). *Fundamental Statistics for social research*. London: Routledge.
- Elder, J. L. (2010). *The Group Selection Questionnaire: Discriminant Outcomes and Effectiveness*. Utah: Brigham Young University.
- Engler, B. (2014). *Personality Theories*. Wadsworth: Cengage Learning.

- Friedman, W. H. (1989). *Practical group therapy: A guide for clinicians*. San Francisco: Jossey-Bass/Pfeiffer.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate data analyses (7th ed.)*. New York: Prentice Hall.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. Em L. A. Pervin, & O. P. John, *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102–138). New York: Guilford Press.
- John, O., & Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait Taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. Em L. Pervin, & O. John, *Handbook of Personality: Theory and research* (pp. 102-131). New York: The Guildford Press.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 31-36.
- Koller, S. H. (2004). *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e intervenção no Brasil*. Brasil: Casa do Psicólogo.
- Krogel, J., Beecher, M. E., Presnell, J., Burlingame, G., & Simonsen, C. (2009). The Group Selection Questionnaire: A qualitative analysis of extreme scores. *Journal of group psychotherapy*, 529-542.
- Krogel, J., Burlingame, G., Chapman, C., Renshaw, T., Gleave, R., Beecher, M., & MacNair-Semands, R. (2013). The Group Questionnaire: A clinical and empirically derived measure of group relationship. *Psychotherapy Research*, 344-354.
- Leary, M. R., & Miller, R. S. (1986). *Social psychology and dysfunctional behavior: Origins, diagnosis, and treatment*. New York: Springer-Verlag.
- Loehlin, J. C. (2003). *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Löffler, J., Bormann, B., Burlingame, G., & Strauss, B. (2007). Auswahl von patienten für eine gruppenpsychotherapie: Eine Studie zur Überprüfung des Group Selection Questionnaire (GSQ) an klinischen Stichproben aus dem deutschen Sprachraum. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 77-86.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística: com a utilização do SPSS*. Lisboa: Gráfica Manuel A. Pacheco.

- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações*. Lisboa: Report Number.
- Martins, P. J. (2021). *Validação da escala SAI-R na população portuguesa*. Lisboa: ISPA.
- Martins, P., Gonzalez, A.-J., Lima, M., & Duarte, H. (2020). Espontaneidade como precursor da criatividade: Um estudo com estudantes universitários de Desporto e Psicologia. *Revista PSICOLOGIA*, 477-482.
- Matthews, G., Deary, I., & Whiteman, M. (2009). *Personality Traits*. New York: Cambridge University Press.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2009). Development of the Readiness for Psychotherapy Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 427– 433.
- Pearson, M. J. (2017). *The Group Readiness Questionnaire: A Practice-Based Evidence Measure?* Utah: Brigham Young University.
- Pinheiro, I. (2022). *Validação do Questionário de Grupo para a população portuguesa (Dissertação de mestrado não publicada)*. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Piper, W. E. (1994). Client Variables. Em A. Fuhriman, & M. Burlingame, *Handbook of group psychotherapy: An empirical & clinical synthesis* (pp. 83-113). New York: Wiley.
- Ramos, M. A. (2008). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised*. Minho: Universidade do Minho.
- Rolland, J.-P. (2002). The cross-cultural generalizability of the five-factor model of personality. Em R. McCrae, & J. Allik, *The Five-Factor Model of Personality across Cultures* (pp. 7-28). New York: Springer Science + Business Media.
- Silva, J. S. (2006). *Modelagem de equações estruturais: apresentação de uma metodologia*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Simões, V. d. (2016). *Adaptação e Validação do teste de personalidade Mini-IPIP e Big Five Inventory (BFI) em adultos portugueses*. Coimbra: Universidade de Coimbra Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2010). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1365-2753.
- Urbina, S. (2014). *Essentials of Psychological Testing*. Hoboken: Wiley.
- Yalom, I. D., & Calif, P. A. (1966). A Study of Group Therapy Dropouts. *Archives of General Psychiatry*, 393-414.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

16 Anexos

16.1 Anexo A

IDENTIFICAÇÃO
Título do estudo ou projeto
Adaptação das escalas Questionário de Grupo, Questionário de prontidão para o grupo e Questionário de clima de grupo para população portuguesa.
Contextualização do estudo ou projeto (ou âmbito da investigação (e.g. doutoramento, projeto de investigação)
Projeto de Investigação em terapias de grupo enquadrado na clínica ISPA em colaboração com o DISPAr teatro, que inclui dissertações de mestrado.
Nome do proponente/responsável do estudo
António José Gonzalez
Nome do orientador/responsável científico do estudo (se diferente do anterior)
Contacto para questões ou informações (e.g. email, telefone)
gonzalez@ispa.pt ; 964752850
SUBMISSÕES ANTERIORES a Comissões de Ética
Este paradigma já foi submetido a uma Comissão de Ética
NÃO/SIM PARECER obtido? Positivo/Negativo
Sim. Sim. Positivo.
Este paradigma já foi aprovado anteriormente por esta CE?
SIM/NÃO
Sim
Existem algumas alterações ao que foi anteriormente aprovado? Descreva as alterações.
Sim. O projeto anterior na área da eficácia do psicodrama utilizou instrumentos de avaliação diferentes dos atuais e trabalhou exclusivamente com população clínica. No projeto atual vamos usar, quer população clínica, quer população não-clínica.
DESCRIÇÃO do projeto de investigação
Objetivos com respetivo enquadramento e fundamentação (salientar os aspetos relevantes para as questões éticas implícitas no projeto)
Esta investigação é pertinente devido ao facto de existirem muito poucos questionários, nomeadamente em Portugal, que meçam a prontidão para entrar num grupo terapêutico, o clima de grupo e a coesão do grupo terapêutico e não-terapêutico. Torna-se importante ter

<p>escalas que meçam estes conceitos de forma a retirar o máximo proveito das terapias de grupo, tanto ao nível dos resultados como ao nível do bem-estar do grupo durante estas terapias.</p> <p>Esta equipa propõe-se a fazer a adaptação de três escalas da “OQ measures”, seguindo o procedimento tipificado para a tradução e a validação das mesmas, de forma a poderem ser utilizadas para estudar amostras da população portuguesa, através de uma investigação com uma amostra de participantes voluntários, procurando verificar a validade de cada uma das escalas. Não são conhecidos nem expectáveis potenciais impactos negativos.</p>
<p>Desenho metodológico do estudo (fases e procedimentos de manipulação e de medida)</p>
<p>Começamos por pedir autorização aos autores da escala</p> <p>Explicar “OQ measures”</p> <p>Colaboração da clínica do ISPA com a “OQ measures”</p> <p>Adaptação e validação de questionários psicométricos</p> <p>Desenho do tipo Ensaio Aleatório Controlado (<i>Randomized Control Trial</i>), com utilização de métodos mistos, quantitativos e qualitativos. Uma amostra inicial de pessoas interessadas em participar, recrutadas através de diversas estratégias utilizando redes sociais e outros meios de divulgação, será convidada a ler e aceitar condições para participação e posteriormente preencher os questionários. Antes de proceder à aleatorização, serão recolhidos os dados biográficos e feita a avaliação através dos vários instrumentos. Os mesmos participantes irão responder aos questionários, primeiro o de prontidão para entrar numa terapia de grupo e em seguida irão responder ao questionário de grupo.</p>
<p>Participantes (caracterização, critérios de selecção/exclusão, forma de recrutamento e/ou referência, etc.)</p>
<p>Adultos voluntários informados em relação às condições de participação.</p>
<p>Procedimentos (calendário temporal, fases, instruções e procedimentos de recolha de dados, etc.; especificar apenas os aspetos que podem ter implicações éticas para o tipo de amostra em causa)</p>
<p>Passo 1: Pedido de autorização à comunidade “OQ measures” para a utilização das escalas questionário de Grupo, Questionário de Clima e Questionário de Prontidão para Grupo.</p> <p>Passo 2: Criação de um link dos questionários criados em Google Forms.</p> <p>Passo 3: É enviado o link para uma amostra voluntária de participantes para responder se considera o questionário claro ou não, e são convidados a dar sugestões.</p> <p>Passo 4: É feito o mesmo com 6 a 8 especialistas, onde serão convidados a responder quanto à clareza do questionário.</p> <p>Passo 5: Entrevista para que os especialistas possam explicar as suas sugestões de melhoria.</p> <p>Passo 6: Cada participante é convidado/a a preencher um questionário onde é informado/a dos seus direitos e das características da investigação (tempo despendido, informação sobre a forma como os dados são recolhidos, tratados, mantidos e utilizados para fins de</p>

investigação, com eventual publicação, sendo respeitados os princípios do anonimato, confidencialidade e possibilidade de termo da colaboração a qualquer momento em função da vontade do participante). Sendo lido e aceite por ele/a o consentimento informado é então convidado/a a preencher inicialmente uma primeira parte com os dados biográficos e em seguida os instrumentos de avaliação.

Passo 7: Após o preenchimento do questionário e de cada instrumento, é realizada a validação das escalas.

Instrumentos (identificação, questionários, observações, análise documental, medidas fisiológicas) e respectivo enquadramento.

O Inventário de Aliança Terapêutica (IAT-RR) – versão C reduzida e revista (Working Alliance Inventory – WAI - SR, Horvath & Greenberg, 1989, na sua versão portuguesa de Paulo P. Machado, 2006) foi usado para avaliação da qualidade da aliança terapêutica através de 12 itens, dividido em 3 subescalas: Vínculos, Objetivos e Tarefas, classificáveis numa escala de Likert de 5 pontos (de 1 “raramente” até 5 “sempre”).

A Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) – (DiTommaso E, Brannen C & Best LA, 1993, na sua versão portuguesa de Fernandes, H. & Neto, F.) é usada para avaliar a solidão em vários factores. É uma escala de 15 itens, dividida em 3 subescalas: solidão romântica, solidão familiar e solidão social, classificáveis numa escala de Likert de 7 pontos (de 1 “totalmente em desacordo” até 7 “totalmente de acordo”).

O Inventário Big-Five (IBF) – versão reduzida do NEO-FI (John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), Handbook of personality: Theory and research (pp. 102-138). New York: Guilford.) é utilizado para avaliar dimensões importantes na personalidade. É uma escala de 44 itens, dividida em 5 subescalas, sendo que se trata numa escala de Likert de 5 pontos (1: “discordo fortemente” e 5: “concordo fortemente”).

Questionário de Prontidão para integração num Grupo (QPG) – desenvolvida por R. Rob Davies Ph.D; Gary M. Burlingame Ph.D. É utilizada para medir que pessoas estão mais aptas e preparadas para participar numa terapia de grupo. É uma escala de 19 itens, dividido em 3 subescalas, classificável numa escala de Likert de 5 pontos (1 – “nunca” e 5 – “quase sempre”).

Entrevista efetuada aos especialistas quanto à clareza do questionário, é uma entrevista semi-estruturada que demora em média 30 a 45 minutos, levada a cabo por um membro da equipa de investigação e que é feita após o preenchimento do questionário quanto à clareza dos itens. O entrevistador pede que o especialista explique as suas sugestões de melhoria, aspetos considerados úteis e dê outras informações que possam ter relevância.

Informação fornecida aos participantes e cuidados especiais; em caso de não ser relevante colocar NR) SIM/NÃO Se sim, como?
NR
Estudo intrusivo? Cuidados especiais? Reparação de qualquer dano ou desigualdade pela manipulação/intervenção? (em caso de não ser relevante colocar NR)
NR
Consentimento informado? SIM/NÃO Natureza voluntária da participação? SIM/NÃO
Sim / Sim
A investigação envolve menores? Em caso afirmativo qual o consentimento pedido aos representantes legais? Caso o menor disponha de capacidade de entendimento e manifestação de vontade é necessário também o seu assentimento.
Não
Como se garante a confidencialidade no tratamento e divulgação dos resultados? Como se preserva para o futuro a informação recolhida (gravações, dados biológicos, etc.)
Serão seguidos todos os procedimentos segundo a legislação em vigor. São utilizados códigos de identificação dos participantes, nomes codificados na divulgação, a informação é mantida em locais seguros e confidenciais.
PROCEDIMENTOS NO FINAL DO ESTUDO
Participantes e comunidades vão ser informados do resultado do estudo? Porque meios? (i.e. resultados globais devolvidos ao participante ou grupo focal; resultados individuais ao participante, etc.) NÃO/SIM:
Não.
Pretende-se divulgação à comunidade científica? NÃO/SIM:
Sim
CONFLITOS DE INTERESSES
Alguém envolvido na concepção e/ou desenvolvimento da investigação tem interesses particulares que estejam relacionados com os elementos analisados no estudo (i.e. patentes, marcas registadas, direitos de autor)? NÃO / SIM. Se Sim Justifique
Não
DOCUMENTOS A ANEXAR

Anexar os documentos que considere necessários para ilustrar materiais, métodos e procedimentos (i.e. cartas consentimento informado, questionários, escalas, guiões de entrevista ou protocolos de medidas fisiológicas).

16.2 Anexo B

16.2.1 Análise Fatorial

Relativamente à análise fatorial, quis-se testar a estrutura fatorial, de três fatores, proposta pela escala original. Neste sentido, recorreu-se a uma análise de Componentes Principais (ACP), com rotação *Varimax*. A primeira análise realizada mostrou que a escala saturava em cinco fatores, por essa razão optou-se em forçar a três fatores, uma vez que a escala original se encontra estruturada dessa forma. Neste sentido, a análise de fatores deu origem a 3 componentes que explicam 48.5% da variância. O primeiro fator tem uma variância explicada de 28.2%, o segundo fator 11.1% e o terceiro 9.3%. No geral os itens dividem-se corretamente pelos 3 fatores tirando os itens 2, 8, 9 e 16, que em vez de saturar no primeiro fator, que teoricamente corresponde à subescala da participação, satura no segundo fator, que corresponderia teoricamente à subescala das expectativas. O terceiro fator, corresponde teoricamente à subescala das atitudes negativas, uma vez que agrupa os itens: 7, 13 e 17. Isto mostra que todos os itens, à exceção do 2, 8, 9 e 16, replicam a estrutura original da escala. Estes dados estão visíveis na tabela 8.

Tabela 9 - Análise Fatorial do QPG - Matriz de correlações

Itens	Fator I	Fator II	Fator III
1*	0.505		
3	0.675		
4	0.702		
5*	0.689		
6	0.648		
14	0.751		
15*	0.707		
18*	0.598		
19	0.678		
2*	0.297	0.739	
8*	-0.114	0.667	
9	0.423	0.526	
10*		0.551	
11*		0.452	
12*		0.713	
16*	0.413	0.587	
7			0.606

13
17

0.722
0.653

Nota: * = itens invertidos

As saturações fatoriais mostraram-se elevadas, uma vez que oscilam dentro do intervalo 0.45 e 0.75, refletindo-se numa média de 0.64. No estudo da correlação inter-item, os valores variaram entre -0.02 e 0.73, apresentando uma média de 0.46. Todos os valores à exceção daqueles relativos aos itens 7, 13, 17, todos correspondentes à subescala das atitudes negativos são valores estatisticamente significativos para um $p < 0.001$ e revelam-se adequados a nível de magnitude. Estes valores estão representados na tabela 9.

Tabela 10 - Cargas fatoriais e correlação inter-item do QPG

Item	λ	Correlação inter-item
1	0.51	0.38
2	0.74	0.65
3	0.68	0.59
4	0.70	0.59
5	0.69	0.50
6	0.65	0.56
7	0.61	-0.02
8	0.67	0.32
9	0.53	0.62
10	0.55	0.31
11	0.45	0.39
12	0.71	0.49
13	0.72	0.12
14	0.75	0.66
15	0.71	0.59
16	0.59	0.65
17	0.65	0.01
18	0.60	0.51
19	0.68	0.73

Nota: (KMO= 0.814; Bartlett's Test of Sphericity: $\chi^2(171) = 1269.895, p < .001$)

16.3 Anexo C

		Postos		
		N	Posto médio	Soma de Classificações
QGT Média - QPG Média	Classificações Negativas	0 ^a	,00	,00
	Classificações Positivas	73 ^b	37,00	2701,00
	Empates	1 ^c		

Total	74		
-------	----	--	--

- a. QGTMédia < QPGTMédia
- b. QGTMédia > QPGTMédia
- c. QGTMédia = QPGTMédia

Postos

		N	Posto médio	Soma de Classificações
QGTMédia - QPGTMédia	Classificações Negativas	0 ^a	,00	,00
	Classificações Positivas	73 ^b	37,00	2701,00
	Empates	1 ^c		
	Total	74		

- a. QGTMédia < QPGTMédia
- b. QGTMédia > QPGTMédia
- c. QGTMédia = QPGTMédia

16.4 Anexo D

Resumo do modelo

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,102 ^a	,010	-,003	,934

- a. Preditores: (Constante), QPGTMédia

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	,656	1	,656	,753	,388 ^b
	Resíduo	62,749	72	,872		
	Total	63,405	73			

- a. Variável Dependente: QGTMédia
- b. Preditores: (Constante), QPGTMédia

Coefficientes^a

Modelo		Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados		Sig.
		B	Erro Erro	Beta	t	
1	(Constante)	5,149	,555		9,274	<,001
	QPGTMédia	,172	,198	,102	,868	,388

- a. Variável Dependente: QGTMédia