



Qualidade de Vida e Psicopatologia.

**Contributos para a validação do SCL-90 numa amostra clínica de adultos
portugueses.**

RITA ALEXANDRA DE SOUSA ALMEIDA

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR MIGUEL TRIGO

Professor de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR MIGUEL TRIGO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2024/2025

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

Agradecimentos

O meu profundo agradecimento:

Ao Professor Doutor Miguel Trigo, pela sua paciência e a forma como me guiou. A sua ajuda e conselhos, foram a base para que esta dissertação pudesse nascer e desenvolver-se.

Ao Doutor Afonso Paixão, pela sua ajuda na recolha de dados. As suas palavras de incentivo e o seu apoio fizeram toda a diferença.

À Professora Doutora Sandra Brito, por toda a sua preocupação e pelas palavras de apoio e força que sempre me deu.

À minha colega Mariana Silva, por teres partilhado esta aventura comigo. A nossa amizade e companheirismo, com uma a dar força à outra, tornaram este percurso mais leve e feliz.

À minha amiga Alice Manuel, por toda a ajuda durante este processo, as tuas palavras de incentivo, a tua preocupação constante, o teu apoio e a força que sempre me transmitiste foram simplesmente incríveis. Sem ti, sei que não teria sido possível!

Ao meu namorado, o meu eterno agradecimento por toda a paciência infinita, o teu incentivo diário, o teu amor e toda a força que me deste, mesmo quando eu achava que não ia conseguir. Foste o meu maior porto seguro.

Por fim, à minha família e amigos, um grande obrigada por todo o apoio, carinho e por estarem sempre lá.

“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza dos seus sonhos”

Eleanor Roosevelt.

Resumo

A presente investigação enquadrou-se num projeto mais alargado de validação do *Symptoms Checklist 90* (SCL-90) para a população adulta portuguesa, tendo como objetivo geral estudar a relação entre psicopatologia e a qualidade de vida. Para tal, a investigação foi dividida em três estudos. O primeiro focou-se na fase final da adaptação linguística e cultural do SCL-90. O segundo, avaliou a fiabilidade e a validade convergente e divergente do instrumento. O terceiro estudo avaliou a perceção da qualidade de vida nos indivíduos com diagnóstico de perturbação psicológica.

O Estudo 1 é de tipo qualitativo e centrou-se na realização de um grupo focal, composto por finalistas de Mestrado em Psicologia Clínica. O objetivo foi discutir um conjunto selecionado de itens para a versão final do SCL-90. Os Estudos 2 e 3, são de tipo quantitativo, observacional e transversal, envolveram uma amostra clínica de adultos portugueses, com diagnóstico de perturbação psicológica, recrutados na Unidade Local de Saúde de São José, em Lisboa. O Estudo 2 focou-se na análise da consistência interna do SCL-90, bem como na sua validade convergente com a *Perceived Stress Scale-10* (PSS-10) e na validade divergente com o *Mental Health Inventory* (MHI-38) e o *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref). O Estudo 3 centrou-se na comparação da perceção de qualidade de vida, em função dos diagnósticos clínicos e de características sociodemográficas.

Os resultados do Estudo 1 contribuíram para a versão final da adaptação linguística e cultural do SCL-90 para a população adulta portuguesa. O Estudo 2 disponibilizou dados preliminares acerca da qualidade psicométrica do instrumento, onde confirmou a fiabilidade interna do SCL-90 e a sua validade convergente (PSS-10) e divergente (MHI-38 e WHOQOL-Bref), indicando que uma maior sintomatologia está associada a níveis mais elevados de stresse e a menor bem-estar. O Estudo 3 contribuiu para compreender a relação entre a psicopatologia e a perceção da qualidade de vida, revelando diferenças significativas de género e entre grupos clínicos.

Palavras-Chave: Questionário de 90 Sintomas (SCL-90); Psicopatologia; Qualidade de vida; Validade Psicométrica; Saúde Mental.

Abstract

This research was part of a broader project to validate the Symptoms Checklist 90 (SCL-90) for the Portuguese adult population, with the overall objective of studying the relationship between psychopathology and quality of life. To this end, the research was divided into three studies. The first focused on the final stage of linguistic and cultural adaptation of the SCL-90. The second evaluated the reliability and convergent and divergent validity of the instrument. The third study evaluated the perception of quality of life in individuals diagnosed with psychological disorders.

Study 1 is qualitative and focused on conducting a focus group composed of final-year Master's students in Clinical Psychology. The objective was to discuss a selected set of items for the final version of the SCL-90. Studies 2 and 3 are quantitative, observational, and cross-sectional, involving a clinical sample of Portuguese participants diagnosed with psychological disorders, recruited at the São José Local Health Unit in Lisbon. Study 2 focused on analyzing the internal consistency of the SCL-90, as well as its convergent validity with the Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) and its divergent validity with the Mental Health Inventory (MHI-38) and the World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref). Study 3 focused on comparing perceptions of quality of life based on clinical diagnoses and sociodemographic characteristics.

The results of Study 1 contributed to the final version of the linguistic and cultural adaptation of the SCL-90 for the Portuguese population. Study 2 provided preliminary data on the psychometric quality of the instrument, confirming the internal reliability of the SCL-90 and its convergent (PSS-10) and divergent (MHI-38 and WHOQOL-Bref) validity, indicating that greater symptomatology is associated with higher levels of stress and lower well-being. Study 3 contributed to understanding the relationship between psychopathology and the perception of quality of life, revealing significant differences between genders and clinical groups.

Keywords: *Symptom Checklist-90* (SCL-90); Psychopathology; Quality of life; Psychometric Validity; Mental Health.

Índice

1. Introdução	1
2. Revisão de Literatura	2
2.1. Saúde mental e Qualidade de Vida	2
2.2. Psicopatologia e Qualidade de Vida	3
2.3. O Impacto da Psicopatologia na Qualidade de Vida.....	4
2.3.1. Perturbações do Neurodesenvolvimento.....	4
2.3.2. Psicoses	5
2.3.3. Perturbações Depressivas e Ansiosas.....	6
2.3.4. Perturbações de Stresse	7
2.3.5. Perturbações por uso de Substâncias.....	8
2.3.6. Perturbações da Personalidade	9
2.4. Instrumentos de Rastreio	9
3. Estudo 1. Adaptação Linguística e Cultural do SCL-90	11
3.1. Método	11
3.1.1. Objetivos	11
3.1.2. Plano de Estudo.....	11
3.1.3. Participantes	11
3.1.4. Critérios.....	12
3.1.5. Procedimento.....	12
3.1.6. Instrumento	14
3.2. Resultados	14
4. Estudo 2. Propriedades Psicométricas do SCL-90	16
4.1. Método	16
4.1.1. Objetivos	16
4.1.2. Hipóteses	17
4.1.3. Plano de Estudo.....	17
4.1.4. Participantes	17
4.1.5. Critérios.....	17
4.1.6. Procedimentos	17
4.1.7. Instrumentos	18
4.1.8. Ética.....	23
4.1.9. Análise de Dados.....	24

4.2.	Resultados	24
4.2.1.	Caracterização Sociodemográfica	24
4.2.2.	Caracterização dos Grupos Psicopatológicos.....	26
4.2.3.	Dados normativos para a População Clínica.....	27
4.2.4.	Diferenças entre Grupos Clínicos	29
4.2.5.	Estudo de Fiabilidade	30
4.2.6.	Estudo de Validade	31
5.	Estudo 3. Qualidade de Vida e Psicopatologia.....	34
5.1.	Método	34
5.1.1.	Objetivos	34
5.1.2.	Hipóteses	35
5.1.3.	Plano de Estudo.....	35
5.1.4.	Participantes	35
5.1.5.	Critérios de Inclusão e Exclusão	35
5.1.6.	Procedimentos	36
5.1.7.	Instrumentos	36
5.1.8.	Análise de Dados.....	36
5.2.	Resultados	36
5.2.1.	Estatísticas Descritivas das Variáveis em Estudo	36
5.2.2.	Diferenças nas dimensões psicológicas em função do género.....	36
5.2.3.	Diferenças na Qualidade de Vida Percecionada entre os diferentes diagnósticos clínicos	37
5.2.4.	Análises Correlacionais.....	41
5.2.5.	A Psicopatologia como preditora da Qualidade de Vida	42
6.	Discussão	44
7.	Limitações	52
8.	Conclusão	53
	Bibliografia.....	54
	ANEXOS	65

Índice de Tabelas

Tabela I. <i>Identificação dos Participantes do Grupo Focal</i>	12
Tabela II. <i>Redação dos Itens do SCL-90, Pré e Pós Grupo Focal</i>	15
Tabela III. <i>Distribuição sociodemográfica dos participantes (n= 202)</i>	25
Tabela IV. <i>Distribuição dos participantes por Grupos Clínicos (n=261)</i>	27
Tabela XVI. <i>Consistência Interna dos Instrumentos</i>	31
Tabela XXIII. <i>Diferenças de médias na percepção de Qualidade de Vida no grupo clínico com Perturbações do Stresse (n=15)</i>	38
Tabela XXIV. <i>Diferenças de médias na percepção de Qualidade de Vida no grupo clínico com Psicoses (n=38)</i>	38
Tabela XXV. <i>Diferenças de médias na percepção de Qualidade de Vida no grupo clínico com Perturbações Depressivas e Ansiosas (n=131)</i>	39
Tabela XXVI. <i>Diferenças de médias na percepção de Qualidade de Vida no grupo clínico com Dependências por uso de Substâncias (n=41)</i>	39
Tabela XXX. <i>Modelo de Regressão Linear Múltipla: para predição de Qualidade de Vida no grupo clínico das Psicoses (n=38)</i>	42
Tabela XXXI. <i>Modelo de Regressão Linear Múltipla: para predição de Qualidade de Vida no grupo clínico das Perturbações Depressivas e Ansiosas (n=131)</i>	43
Tabela XXXII. <i>Modelo de Regressão Linear Múltipla: para predição de qualidade de vida no grupo clínico das Dependências por uso de Substâncias (n=41)</i>	44

Índice de Anexos

Anexo A. <i>Transcrição do Grupo Focal</i>	66
Anexo B. <i>Consentimento Informado</i>	78
Anexo C. <i>Tabela de Codificação dos Perfis Recolhidos</i>	80
Anexo D. <i>Questionário de Dados Sociodemográficos</i>	81
Anexo E. <i>Questionário para Caracterização da amostra</i>	83
Anexo F. <i>Questionário de 90 Sintomas - SCL-90</i>	85
Anexo G. <i>Escala do Stresse Percecionado (PSS-10)</i>	90
Anexo H. <i>Inventário de Saúde Mental – (MHI)</i>	91
Anexo I. <i>Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)</i>	95
Anexo J. Tabela V. <i>Estatística Descritiva do SCL-90 no grupo clínico das Perturbações de Stresse (n=15)</i>	98
Anexo K. Tabela VI. <i>Estatística Descritiva do SCL-90 no grupo clínico das Queixas Emocionais (n=11) e Perturbações do Neurodesenvolvimento (n=6)</i>	99
Anexo L. Tabela VII. <i>Estatística Descritiva do SCL-90 no grupo clínico das Perturbações da Personalidade (n=19)</i>	100
Anexo M. Tabela VIII. <i>Estatística Descritiva do SCL-90 no grupo clínico das Psicoses (n=38)</i>	101
Anexo N. Tabela IX. <i>Estatística Descritiva do SCL-90 no grupo clínico das Perturbações Depressivas e Ansiosas (n=131)</i>	102
Anexo O. Tabela X. <i>Estatística Descritiva do SCL-90 no grupo clínico das Dependências por uso de Substâncias (n=41)</i>	103
Anexo P. Tabela XI. <i>Distribuição de género em cada grupo clínico (n=258)</i>	104
Anexo Q. Tabela XII. <i>Diferenças de Sintomatologia no SCL-90 em Função do Género, no Grupo Clínico das Psicoses (n=38)</i>	105
Anexo R. Tabela XIII. <i>Diferenças de Sintomatologia no SCL-90 em Função do Género, no Grupo Clínico das Perturbações Depressivas e Ansiosas (n=131)</i>	106
Anexo S. Tabela XV. <i>Diferenças de Sintomatologia no SCL-90 em Função do Género, no Grupo Clínico das Dependências por uso de Substâncias (n=41)</i>	107
Anexo T. Tabela XVII. <i>Matriz de Correlações Pearson entre o SCL-90 e PSS-10 (n=261)</i>	108

Anexo U. Tabela XVIII. <i>Matriz de Correlações Pearson entre o SCL-90 e do MHI-38 (n=261)</i>	109
Anexo V. Tabela XIX. <i>Matriz de Correlações Pearson entre o SCL- 90 e o WHOQOL-Bref (n=261)</i>	110
Anexo W. Tabela XX. <i>Estatísticas Descritivas das variáveis em estudo (n=261)</i>	111
Anexo X. Tabela XXI. <i>Diferenças de médias no SCL-90, por género (n=261)</i>	112
Anexo Y. Tabela XXII. <i>Diferenças de médias no WHOQOL-Bref, por género (261)</i> .	113
Anexo Z. Tabela XXVII. <i>Diferenças de médias na percepção de Qualidade de vida no grupo clínico com Queixas Emocionais (n=11)</i>	114
Anexo AA. Tabela XXVIII. <i>Diferenças de médias na percepção de Qualidade de vida no grupo clínico com Perturbações do Neurodesenvolvimento (n=6)</i>	115
Anexo BB. Tabela XXIX. <i>Diferenças de médias na percepção de Qualidade de vida no grupo clínico com Perturbações da Personalidade (n=19)</i>	116

Índice de Abreviaturas

CID-11: *International Classification of Diseases, 11th Revision*

DSM-V: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*

MHI-38: *Mental Health Inventory* (Inventário de Saúde Mental)

PSS-10: *Perceived Stress Scale* (*Escala do Stresse Percecionado*)

SCL-90: *Symptom Checklist-90* (Questionário de 90 Sintomas)

SCL-90-R: *Symptom Checklist-90-Revised*

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

WHOQOL-Bref: *World Health Organization Quality of Life – Bref* (Instrumento

Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde)

1. Introdução

A saúde mental e a qualidade de vida são componentes fundamentais do bem-estar humano (WHO, 2005). Contudo, o aumento global da psicopatologia tem gerado dificuldades nos sistemas de saúde e impactado a qualidade de vida, sendo que atualmente, a nível mundial, se estime que uma em cada oito pessoas viva com uma condição de doença mental (WHO, 2022). Em Portugal, a prevalência de psicopatologia também é uma preocupação significativa, visto que uma em cada cinco pessoas é afetada por uma condição psicológica, situando-se entre uma das maiores taxas da Europa (OPP, 2013).

A compreensão da qualidade de vida evoluiu para uma construção multidimensional que inclui o bem-estar físico, psicológico e social, superando a visão da saúde como mera ausência de doença (Pais-Ribeiro, 2009).

A relação entre psicopatologia e qualidade de vida tem sido estudada, revelando que a presença de doença mental apresenta um impacto significativo na perceção da qualidade de vida (Berghofer et al., 2020). Por exemplo, indivíduos com perturbação bipolar enfrentam dificuldades significativas nas atividades diárias e nas relações interpessoais (Gazalle et al., 2007). Já para quem apresente queixas de ansiedade excessiva, existe uma afetação no seu bem-estar psicológico e no funcionamento diário (Remes, et al., 2016).

Neste contexto, a utilização de instrumentos válidos, fiáveis e culturalmente adaptados é crucial para uma avaliação rigorosa da psicopatologia, pois permite realizar diagnósticos mais coerentes e desenvolver estratégias de acordo com a realidade cultural da população. A adaptação e validação do SCL-90 para o contexto português, surge assim, como uma mais-valia, tanto para a investigação, como para a prática clínica. Trata-se de um instrumento amplamente validado e utilizado a nível internacional, cuja adaptação permitirá, não só uma avaliação mais fidedigna do sofrimento psicológico em Portugal, como também a realização de comparações entre culturas.

Desta forma, o presente estudo foi dividido em três momentos. O primeiro estudo, dedicou-se à contribuição para a adaptação linguística e cultural do SCL-90 (*Symptom Checklist-90*) para a população portuguesa, visando garantir a adequada compreensão e enquadramento cultural dos itens do questionário. Posteriormente, o foco recaiu sobre a avaliação da sua fiabilidade e validade, aspetos psicométricos cruciais para a consistência

e a validade dos resultados obtidos. Por fim, procurou-se compreender a percepção da qualidade de vida, em indivíduos com diagnóstico de perturbação psicológica, o que é fundamental para o rigor do diagnóstico psicológico e da prática clínica. Assim, face ao aumento das perturbações psicológicas em Portugal (OPP, 2013) e considerando que a avaliação e o tratamento atualmente em vigor se focam na redução dos sintomas, sendo reconhecido na literatura que a mera ausência de sintomas não significa necessariamente o bem-estar pessoal (Pais-Ribeiro, 2009), é necessária uma melhor compreensão de como as queixas emocionais afetam a qualidade de vida.

A conjugação destes estudos permite contribuir para o avanço científico e para a construção de intervenções individualizadas, eficazes e sensíveis, ajudando a disponibilizar um novo instrumento para a avaliação psicológica, ajustado à realidade sociocultural do país.

2. Revisão de Literatura

2.1. Saúde mental e Qualidade de Vida

Para compreender a relação entre saúde mental e qualidade de vida, é essencial, num primeiro momento, clarificar cada um destes conceitos. A saúde mental é definida como uma condição de equilíbrio emocional, no qual o indivíduo possui a competência para lidar com o stresse da vida diária, adquirir conhecimento, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade, sendo assim um elemento-chave para a capacidade de tomada de decisões conscientes e o desenvolvimento de inter-relações (WHO, 2022; APA, 2018).

A qualidade de vida, possui uma essência pluridimensional que engloba a percepção de cada pessoa relativamente à sua posição nos vários domínios da vida. Esta percepção é influenciada por múltiplos fatores, como os níveis de energia ao longo do dia, a sua autoestima, o humor, a qualidade das relações interpessoais e a sua segurança financeira (WHOQOL, 1995). Assim, é a percepção individual nos domínios físico, psicológico, social e ambiental que constrói a ideia de que a qualidade de vida é uma experiência subjetiva.

Pais-Ribeiro (2009) reforça esta visão, defendendo que a qualidade de vida está relacionada com a satisfação e felicidade subjetivas e que a mesma ultrapassa a mera ausência de doença, abrangendo o prazer individual nas diferentes áreas da vida e a sua aptidão face aos desafios diários.

Apesar de ambos os conceitos estarem interligados ao bem-estar do indivíduo, é importante entender com clareza as suas divergências. A saúde mental relaciona-se com o estado psíquico, a resiliência perante o stresse e o adequado funcionamento mental sendo um dos pilares no qual se sustenta uma boa qualidade de vida (WHO, 2022). Assim, um indivíduo que apresente boa saúde mental deverá ter maior resiliência aos contratempos da vida e melhor autorregulação emocional. A combinação destes fatores contribui para uma visão mais positiva de bem-estar em todas as dimensões da qualidade de vida (Seligman, 2002). Inversamente, uma saúde mental mais fragilizada, mesmo que não represente uma perturbação, compromete o funcionamento do indivíduo, e conduz a uma diminuição da percepção da qualidade de vida (Keyes, 2002). Todavia, a qualidade de vida não é apenas afetada pela saúde mental, sendo que a satisfação global do indivíduo é uma avaliação mais abrangente, considerando a sua subjetividade nos vários domínios da vida (Pais-Ribeiro, 2009).

A promoção da saúde mental é, no entanto, essencial para atingir e preservar a qualidade de vida na sociedade. É crucial que a nossa compreensão sobre a qualidade de vida não se limite à população normativa. Pelo contrário, é cada vez mais importante estudar a globalidade do espectro “saúde-patologia”, reconhecendo assim a singularidade de cada caso. Somente deste modo, poderemos desenvolver e implementar intervenções verdadeiramente ajustadas e personalizadas às necessidades das pessoas. Com base neste conhecimento, é fundamental perceber como as perturbações mentais afetam a qualidade de vida.

2.2. Psicopatologia e Qualidade de Vida

A psicopatologia é definida como o estudo do comportamento e processos de pensamentos que são considerados desajustados (APA, 2010). A sua classificação evoluiu para uma perspetiva dimensional, na qual se defende que os sintomas variam em termos de intensidade. Por exemplo, a ansiedade pode variar entre níveis funcionais, a níveis patológicos e incapacitantes (Kotov et al., 2017).

Esta visão dimensional tem implicações significativas para a compreensão do impacto da psicopatologia na qualidade de vida. Uma vez que existe um espectro psicopatológico, há uma variação de disfunção e sofrimento, o que transparece na percepção subjetiva de bem-estar de cada um. Por exemplo, mesmo que uma pessoa não tenha um diagnóstico formal de depressão, a mesma pode sentir sintomas depressivos, como cansaço e falta de interesse por coisas que antes gostava, com prejuízo para a sua

vida diária (Bertha et al., 2013). O mesmo acontece com a ansiedade e mesmo não havendo um diagnóstico clínico, o sujeito pode experienciar níveis elevados de preocupação que influenciam negativamente o seu quotidiano (Ribeiro et al., 2020).

Tendo em conta que a psicopatologia é um campo complexo de heterogeneidade (Andersen & Bienvenu, 2011), a literatura tem distinguido vários grupos clínicos conforme os sintomas dominantes, fundados em documentos validados cientificamente como são os casos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-V) e do *International Classification of Diseases, 11th Revision* (CID-11). Assim, é possível interpretar de forma mais eficiente como cada perturbação afeta a qualidade de vida e a subjetividade de cada um em relação à mesma. No entanto, esta subjetividade é inerente a vários fatores externos, como vulnerabilidade social e económica a fatores culturais e de género, caracterizados como fatores de risco (Neugebauer, 1996; Gold, 1998). Contudo, o suporte social, autoestima elevada e o acesso a recursos de saúde mental, são considerados fatores de proteção que podem suavizar o efeito da psicopatologia e proporcionar uma melhor perceção da qualidade de vida, mesmo em indivíduos com diagnóstico clínico (Liu et al., 2021).

Assim, compreender o impacto da psicopatologia na qualidade de vida e formular intervenções eficazes, exige uma abordagem centrada no indivíduo que considere, tanto os fatores de risco, como os de proteção.

2.3. O Impacto da Psicopatologia na Qualidade de Vida

2.3.1. Perturbações do Neurodesenvolvimento

As perturbações do neurodesenvolvimento, tal como o nome indica, são condições que aparecem muito precocemente no desenvolvimento do indivíduo. Caracterizam-se por várias dificuldades, sejam elas a nível escolar, no controlo de funções executivas, habilidades sociais ou até mesmo inteligência. Neste grupo psicopatológico incluem-se as Perturbação do Desenvolvimento Intelectual; as Perturbação da Linguagem; as Perturbação do Espectro do Autismo; as Perturbação do Défice de Atenção e Hiperatividade e a Perturbação Específica da Aprendizagem (DSM-V, 2013).

Sabe-se que os indivíduos com perturbação do défice de atenção e hiperatividade, passam por mais ansiedade, depressão e sonolência diurna, do que a população normativa. Sendo assim, apresentam menor nível de perceção de bem-estar geral e de qualidade de

vida. Para além disto, apresentam mais dificuldades laborais e nas relações interpessoais que surgem como amplificadores para o sofrimento geral (Agarwal et al., 2012).

É importante ressaltar que a investigação sobre a qualidade de vida em indivíduos com perturbações do neurodesenvolvimento tem sido bastante focada apenas na infância e na adolescência. No entanto, é fundamental reconhecer que estas perturbações persistem na idade adulta e que as suas características continuam a impactar a qualidade de vida e na funcionalidade dos indivíduos.

Considerando os desafios persistentes conhecidos nestas perturbações, é possível relatar que o mesmo acontece noutras psicopatologias, que embora se manifestem mais tarde, comprometem a perceção do bem-estar e da qualidade de vida, como as psicoses.

2.3.2. Psicoses

As perturbações psicóticas caracterizam-se por crenças fixas (delírios), alucinações, desorganização do pensamento, comportamento motor desorganizado e sintomas negativos (expressão emocional diminuída e avolia), que comprometem significativamente a perceção e o funcionamento do indivíduo. Nestas circunstâncias, os indivíduos podem perder o contacto com a realidade, emergindo comportamentos atípicos, colocando-se a si e aos outros em situações de risco. Podem surgir, sentimentos de medo, angústia, confusão e desespero diante da dificuldade em distinguir o real, do irreal, que impacta negativamente na qualidade de vida (Barbosa et al., 2024). Neste grupo inclui-se a Perturbação Psicótica Breve; a Perturbação Esquizofreniforme; a Esquizofrenia; a Perturbação Esquizoafetiva; a Perturbação Psicótica Induzida por Substância/Medicamento e a Perturbação Bipolar Tipo I e II (DSM-V, 2013).

Por exemplo, a perturbação bipolar é identificada pelas oscilações extremas de humor, que variam entre episódios de mania ou hipomania e episódios depressivos. Durante os episódios maníacos é recorrente a existência de comportamentos de risco, o que afeta as relações pessoais, o equilíbrio financeiro e a vida profissional (Calabrese et al., 2004). No entanto, é muito comum, que na fase maníaca, as pessoas relatem uma perceção positiva da qualidade de vida, o que não reflete necessariamente a realidade (Vojta et al., 2001; Michalak et al., 2005). Já nos episódios depressivos, há uma diminuição acentuada da funcionalidade, do bem-estar e da motivação, muitas vezes acompanhados de isolamento social (Post et al., 2018). Mesmo durante períodos onde o humor esteja estabilizado, a perceção de qualidade de vida tende a ser inferior à da população geral (Yatham et al., 2004).

A esquizofrenia, por sua vez, manifesta-se por sintomas positivos (como delírios e alucinações), sintomas negativos (insensibilização e apatia) e perturbações cognitivas (DSM-V, 2013). Estes sintomas afetam de várias maneiras a qualidade de vida dos sujeitos, existindo desconforto psicológico, isolamento, estigma, limitação da motivação e do envolvimento em atividades, o que, conseqüentemente, traduz-se em dificuldades nas interações sociais. Para além disto, a utilização de medicação agrava a sonolência diurna, prejudicando ainda mais a integração social e o seu desempenho funcional (Machado et al., 2021).

Embora cada uma destas perturbações apresente particularidades clínicas distintas, todas elas acarretam conseqüências relevantes para a qualidade de vida, afetando múltiplas dimensões do funcionamento físico, psicológico e social. No entanto, a nível global a carga da doença mental provém de condições de alta prevalência, sendo indicadores importantes na análise da perceção do bem-estar subjetivo destes sujeitos.

2.3.3. Perturbações Depressivas e Ansiosas

A nível mundial, as perturbações depressivas e ansiosas são as mais prevalentes, atingindo de forma relevante o bem-estar dos indivíduos. Estima-se que 280 milhões de pessoas sofram de depressão e 301 milhões de ansiedade, o que representa cerca de 4 a 5% da população mundial (WHO, 2022).

As perturbações da ansiedade são caracterizadas pelo medo, preocupação e/ou evitamento, regularmente seguidas por sintomas físicos como tensão muscular e palpitações. No entanto, diferenciam-se consoante as situações que provocam esses comportamentos. Classificam-se nesta categoria a Perturbação de Ansiedade de Separação; a Fobia Específica; a Perturbação de Ansiedade Social; a Perturbação de Pânico; a Agorafobia e a Perturbação de Ansiedade Generalizada (DSM-V, 2013).

As perturbações depressivas são definidas por humor depressivo, triste ou irritável, que habitualmente cursam com queixas somáticas e cognitivas. Os vários quadros clínicos podem diferir na duração, o momento em que surgem os sintomas e a sua possível etiologia (DSM-V). Estas perturbações englobam a: Perturbação Disruptiva da Desregulação do Humor; Perturbação Depressiva Major e a Perturbação Depressiva Persistente (Distímia) (DSM-V).

Estas condições psicopatológicas afetam significativamente a qualidade de vida nas dimensões psicológica (hipervigilância), social (dificuldade nas interações sociais) e física (fadiga) (Hohls et al., 2021). Por exemplo, a agorafobia impacta expressivamente

no cotidiano do indivíduo estando associado à baixa produtividade laboral, à retirada social, ao confinamento doméstico e à dependência de terceiros. Nestas circunstâncias, existe também mais risco para o consumo de substâncias e para apresentar comportamentos suicidários (Balaram & Marwaha, 2024). Na perturbação de ansiedade social, existe um comprometimento nas áreas social, educacional e profissional, com maior risco de insucesso escolar, adversidades laborais e conseqüentemente uma baixa percepção da qualidade de vida. Quando existe comorbilidade, há uma tendência a agravar estes acontecimentos (Dryman et al., 2016). Comparativamente com os homens, as mulheres são mais predispostas a vivenciar estas perturbações, pois relatam mais sintomas emocionais (McLean et al., 2011).

O impacto destas perturbações na qualidade de vida é bastante amplo. Por exemplo, a nível psicológico, existe um comprometimento na motivação, do sentido de controlo pessoal, devido ao humor deprimido e a baixa autoestima. A nível físico, existe uma desregulação no ciclo do sono, mudanças no apetite e sintomas somáticos bastante prevalentes. Observa-se ainda, um isolamento significativo que impacta nos vínculos afetivos, comprometendo o suporte social (Hohls et al., 2021). Mesmo após a diminuição dos sintomas, há uma tendência a manter uma percepção de qualidade de vida baixa, principalmente quando há uma comorbilidade com a ansiedade (Cuijpers et al., 2014).

Assim, a literatura comprova que tanto a ansiedade como a depressão, prejudicam o funcionamento global dos indivíduos, afetando a produtividade, as relações sociais e o bem-estar subjetivo (Hohls et al., 2021). No entanto, é importante reconhecer que, por vezes, a origem dos sintomas está relacionada a acontecimentos externos bastante marcantes.

2.3.4. Perturbações de Stresse

As perturbações de stresse evidenciam-se, por norma, quando há uma exposição a eventos adversos ou traumáticos. O stresse é uma resposta natural e adaptativa de todos os seres humanos, que nos ajuda a superar situações ou desafios. É um estado de preocupação ou tensão mental, em resposta a alguma ameaça. No entanto, se a experiência ao stresse for mal gerida, pode causar um sério impacto na saúde mental e na qualidade de vida do indivíduo (WHO, 2023). Assim, surgem as perturbações de stresse que incluem: a Perturbação do Apego Reativo; a Perturbação do Stresse Pós-Traumático e a Perturbação do Stresse Agudo (DSM-V, 2013).

A perturbação de stresse pós-traumático é caracterizada por sintomas como revivência intrusiva do trauma, sonhos angustiantes referentes ao acontecimento, reações dissociativas, evitação de estímulos associados e sofrimento psicológico intenso (DSM-V, 2013). Estes sintomas apresentam um impacto bastante significativo na perceção que o sujeito possui da sua qualidade de vida, levando ao isolamento social, a dificuldades em manter relacionamentos e a uma redução significativa na satisfação com a vida (Giacco et al., 2013).

Uma intervenção adequada é crucial para diminuir os impactos das perturbações de stresse na qualidade de vida. Estratégias como programas de *mindfulness* e apoio psicológico têm demonstrado eficácia na redução do stresse e melhoria do bem-estar subjetivo (Querstret et al., 2020). No entanto, uma procura excessiva e angustiada pela diminuição dos sintomas ou uma forma de lidar com o sofrimento pode, infelizmente, levar a padrões desajustados, com consequências igualmente graves para a qualidade de vida.

2.3.5. Perturbações por uso de Substâncias

De acordo com o DSM-V, as perturbações relacionadas com as substâncias e aditivas das dependências são caracterizadas por um padrão problemático de utilização em excesso que conduzem a um sofrimento significativo (DSM-V, 2013) e incluem o álcool, a cafeína, a *cannabis*, os alucinógenos, os inalantes, os opioides, os sedativos, os hipnóticos e ansiolíticos, os estimulantes e o tabaco.

Estas perturbações estão frequentemente associadas a várias comorbilidades, como doenças cardiovasculares, HIV e Hepatite C, perturbações do humor e da ansiedade, existindo um sofrimento emocional e uma disfunção cognitiva (Rehm et al., 2015). Estas condições contribuem para o isolamento, conflito familiar, instabilidade relacional, violência doméstica e dificuldade de reintegração no mercado de trabalho (Hasin & Kilcoyne, 2012)

Assim, mesmo após a abstinência, os indivíduos com dependências relatam uma qualidade de vida inferior à população geral, em todos os domínios, realçando o papel persistente dos seus padrões disfuncionais de vida dos mesmos (Armoon et al., 2022). No entanto, para uma compreensão completa da qualidade de vida nos vários quadros psicopatológicos, é essencial perceber os padrões de funcionamento mais enraizados e inflexíveis que influenciam de forma abrangente a perceção que o indivíduo tem de si e das suas interações com o mundo.

2.3.6. Perturbações da Personalidade

As perturbações da personalidade, caracterizam-se por padrões persistentes, inflexíveis e desadaptativos que causam disfuncionamento e sofrimento subjetivo no indivíduo (DSM-V, 2013). Estas perturbações podem designar-se por: Perturbação da Personalidade Paranoide; Perturbação da Personalidade Esquizoide; Perturbação da Personalidade Esquizotípica; Perturbação da Personalidade Antissocial; Perturbação da Personalidade Borderline; Perturbação da Personalidade Dependente e Borderline (DSM-V, 2013). No entanto, estas perturbações agrupam-se em três categorias (clusters), de acordo com características comuns. O Cluster A, inclui indivíduos excêntricos, envolvendo as perturbações paranoide, esquizoide e esquizotípica. O Cluster B, caracteriza-se por indivíduos com características mais emocionais ou impulsivos, como as perturbações antissocial, borderline e narcisista. Por fim, o Cluster C, é marcado por comportamentos de ansiedade e evitação, sendo composto pelas perturbações dependente, evitante e obsessivo-compulsiva (DSM-V, 2013).

Quem apresenta estas condições demonstram dificuldades recorrentes na gestão emocional, na estabilidade da identidade e na construção de relações saudáveis, o que leva a uma perceção baixa da qualidade de vida. Para além disto, é recorrente a instabilidade na perceção de si próprio, dos objetivos e dos valores pessoais, fatores que contribuem para sentimentos de vazio e falta de propósito. Os comportamentos de risco também estão bastante presentes na vida destes indivíduos que se traduzem nas áreas da saúde física, estabilidade financeira e relacionamentos interpessoais, piorando a perceção do bem-estar e da qualidade de vida (Warol et al., 2022).

Além disso o estigma associado representa um fator adicional de risco para o agravamento da sintomatologia e da exclusão social. A estigmatização pode comprometer o acesso a cuidados de saúde adequados, perpetuar sentimentos de inferioridade e contribuir para a autoestigmatização, impactando negativamente a autoestima e a motivação para o tratamento (Warol et al.,2022).

2.4. Instrumentos de Rastreio

Os instrumentos de rastreio são fundamentais na avaliação psicológica, visto que permitem reconhecer sinais e sintomas em fase preliminar, favorecendo a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas individualizadas (Baptista & Dias, 2003). É importante que estes instrumentos possuam uma boa fiabilidade e validade e que sejam

adaptados culturalmente ao público-alvo, garantindo uma avaliação fiável e cientificamente baseada (Cohen et al., 2018).

Existem dois tipos de instrumentos desta natureza, os monossintomáticos que se focam na avaliação de apenas uma dimensão, como é o caso do *Perceived Stress Scale* (PSS), que avalia o stress percebido em diversas situações da vida (Trigo et al., 2010) e os polissintomáticos que avaliam várias dimensões, como é o caso do *Symptom Checklist-90* (SCL-90) que avalia dimensões psicopatológicas (Derogatis, 1977) ou o *Mental Health Inventory* (MHI) que avalia simultaneamente o *distress* psicológico e o bem-estar psicológico (Veit & Ware, 1983). Estes instrumentos são úteis no rastreio atempado de sinais ou sintomas psicológicos possibilitando intervenções rápidas, diminuindo o impacto negativo das queixas emocionais. Para além disto, são importantes para controlar o desenvolvimento dos sintomas, monitorizar a eficiência das intervenções e diminuir o estigma associado à procura de apoio em saúde mental (Witehorn & Kopala, 2003; Fusar-Poli et al., 2020). Assim, é evidente que a ausência de um diagnóstico prévio, está relacionado com a diminuição da funcionalidade do indivíduo, levando a mais hospitalizações e a menor qualidade de vida, com perda na autonomia, na qualidade das relações interpessoais e no desempenho ocupacional (Beard et al., 2016).

Em Portugal, é notório que a utilização destes instrumentos é cada vez mais crescente e por isso a necessidade de existirem avaliações precisas e eficientes (Simões, 2024).

Neste contexto, a validação e a adaptação cultural de instrumentos como o SCL-90 para a população portuguesa constitui um contributo científico com interesse. A sua relevância vai ao encontro da necessidade de garantir rigor nos diagnósticos e eficiência nas intervenções. É necessário que haja uma consistência dos resultados quando aplicado nas mesmas condições, garantindo que é um instrumento fiável, sendo indispensável para a validade dos resultados obtidos (Cronbach, 1951).

3. Estudo 1. Adaptação Linguística e Cultural do SCL-90

3.1. Método

3.1.1. Objetivos

Objetivo Geral

- (1) Contribuir para a validação linguística e cultural do SCL-90, numa amostra clínica de adultos portugueses.

Objetivos Específicos

- (1) Avaliar a clareza de sete itens pré-selecionados em grupos focais anteriores, assegurando que a sua compreensão seja adequada à população portuguesa.
- (2) Assegurar a equivalência conceptual dos sete itens pré-selecionados, garantindo que avaliam as mesmas dimensões psicopatológicas da versão original do SCL-90.
- (3) Identificar e resolver potenciais ambiguidades ou interpretações culturais decorrentes da tradução dos sete itens pré-selecionados, melhorando a sua validade facial e de conteúdo para o contexto português.

3.1.2. Plano de Estudo

Estudo qualitativo, através de um grupo focal, por meio de uma entrevista estruturada e com base numa seleção prévia de sete itens que corresponderam a uma maior dificuldade na adaptação linguística e cultural em grupos focais anteriores.

3.1.3. Participantes

A amostra utilizada no grupo focal foi composta por oito finalistas do Mestrado em Psicologia Clínica, maioritariamente do sexo feminino com idades entre os 23 e os 25 anos. Trata-se de uma amostra não probabilística, recolhida por conveniência. O mesmo foi conduzido por dois investigadores principais do projeto de adaptação do SCL-90 e coadjuvado por duas investigadoras finalistas do Mestrado em Psicologia Clínica do ISPA (ver Tabela I).

Tabela I. *Identificação dos Participantes do Grupo Focal.*

Sexo	Idade	Faculdade
Feminino	23	ISPA
Feminino	23	ISPA
Feminino	23	ISPA
Feminino	24	ISPA
Feminino	25	ISPA
Feminino	23	Lusófona
Masculino	24	IUEM
Masculino	24	FP Coimbra

Nota. IUEM – Instituto Universitário Egas Moniz

3.1.4. Critérios

Critérios de Inclusão: (1) Nacionalidade portuguesa, (2) ser finalista de Mestrado em Psicologia e (3) consentimento informado.

Critérios de Exclusão: (1) Não ser fluente na Língua portuguesa e (2) não facultar o consentimento informado.

3.1.5. Procedimento

Estudo prévio de tradução retroversão e adaptação cultural

O processo de adaptação linguística e cultural do SCL-90 para a população portuguesa integra um projeto de investigação alargado, no qual o presente estudo se insere. A fase inicial da adaptação cultural está descrita na tese de Mestrado de Rodrigues (2024) e consistiu no processo de tradução e retroversão dos itens do SCL-90, através da realização de três grupos focais.

A tradução inicial do SCL-90, para português, foi realizada por dois tradutores portugueses, proficientes em inglês, que trabalharam de forma cega para garantir a independência das traduções. As versões resultantes foram posteriormente consensualizadas pela equipa principal que incluiu uma investigadora nascida no Canadá, com ascendência portuguesa e a viver há vários anos em Portugal. Desta forma chegou-se a uma versão traduzida que foi alvo de retroversão, efetuado por um nativo de inglês e fluente em português. Esta retroversão foi igualmente revista pela equipa de

investigadores visando aferir a equivalência semântica e conceptual entre as versões original e portuguesa do questionário.

Para validar a adequação linguístico-cultural das expressões e a clareza dos itens, a versão traduzida foi discutida em três grupos focais distintos.

No primeiro grupo focal, com “Finalistas de Psicologia Clínica”, avaliou-se a adequação do vocabulário e a compreensão das perguntas. Adicionalmente discutiu-se o questionário sociodemográfico e definiu-se como período temporal para avaliação de sintomas o “último mês”. Sugeriram ajustes linguísticos em vários itens, especificamente nos itens 8, 23, 24, 36, 49, 68 e 78.

O segundo grupo focal, com “Especialistas em Saúde Mental”, focou-se na clareza dos itens e no conteúdo clínico dos itens. Observou-se que alguns itens podiam criar a percepção de repetição de temas e que a extensão do questionário, aliada ao limite temporal (“último mês”), poderia exigir um esforço de atenção considerável aos participantes. Realizaram também algumas alterações na redação dos itens 21, 25 e 51, para melhorar o seu sentido clínico.

Por fim, o último grupo focal incluiu “Destinatários”, ou seja, utentes do Hospital Júlio de Matos, deram contribuições sobre a redação das questões, incluindo o questionário sociodemográfico, a categorização das profissões, o diagnóstico inicial, o historial clínico e a duração da toma de medicação. Surgiram ainda a necessidade de incluir novas categorias em hábitos tabágicos (cachimbo e tabaco aquecido) e questionaram a clareza da quantificação do consumo ocasional. Os resultados desses grupos focais foram importantes na identificação de sete itens (6, 10, 21, 22, 35, 36 e 68) que apresentaram maior dificuldade de compreensão linguística e cultural.

Com base nestes resultados, o presente estudo focou-se especificamente nesses sete itens do SCL-90. Estes itens foram discutidos num novo grupo focal, com estudantes finalistas de Mestrado em Psicologia Clínica, através de uma entrevista semiestruturada, centrada na interpretação e adequação cultural dos itens. O grupo teve a duração de uma hora e trinta minutos e foi gravado em áudio para posterior análise qualitativa (ver anexo A). No decorrer do grupo focal, entregou-se o questionário, contendo os sete itens e pediu-se o seu preenchimento. De seguida discutiu-se cada um dos itens, no sentido de identificar discrepâncias e consensos nas sugestões dos participantes. As alterações realizadas foram validadas pelos investigadores principais, de modo a assegurar a validade dos itens reformulados.

Este procedimento foi conduzido em conformidade com as normas éticas, sendo que todos os participantes foram informados previamente sobre os objetivos do estudo e acerca da gravação áudio, tendo sido obtido o consentimento informado.

3.1.6. Instrumento

Para conduzir o grupo focal, foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada que visou (a) explorar a interpretação e a adequação cultural dos sete itens selecionados e (b) determinar a sua validade facial. Para facilitar a discussão usaram-se as seguintes perguntas abertas: “Como interpreta este item?”; “Como é que este item poderia ser formulado para ser mais claro ou adequado?”; “Seria útil acrescentar ou especificar algum detalhe neste item?”, “Se sim, qual?” Avaliou-se a validade facial através de perguntas como: “Que dimensão da psicopatologia está a ser avaliada neste item?”, “O que está a ser avaliado?”; “Que sugestões de reformulação ou melhoria para este item?”.

Estas perguntas permitiram uma condução estruturada e ao mesmo tempo flexível, assegurando que cada item fosse analisado detalhadamente.

3.2. Resultados

Os principais resultados da discussão dos sete itens (6, 10, 21, 22, 35, 36 e 68) são apresentados de seguida:

Item 6 (“Sentir que sou crítico em relação aos outros”): Foi levantada a questão de que o termo “crítico” poderia ser interpretado, tanto de forma positiva, como negativa. As sugestões de reformulação focaram-se em clarificar a vertente negativa da expressão. Para evitar ambiguidades, introduziu-se o adjetivo “demasiado”, resultando na formulação final: “Sentir que sou demasiado crítico/a em relação aos outros.”

Item 10 (“Preocupação com o desleixo ou descuido”): Os participantes apresentaram diferentes interpretações relacionadas com a autoimagem, a autodisciplina e até a preocupação com o desleixo de outras pessoas. Com o objetivo de tornar mais específico o sentido semântico do item, foi acrescentado o termo “desorganização”, resultando na formulação final: “Preocupação com o desleixo, descuido ou desorganização”.

Item 21 (“Sentir timidez ou pouco à vontade na presença de alguém por quem me possa sentir atraído/a”): Foi considerada clara e adequada, não levantando dúvidas ou sugestões de alteração por parte dos participantes. Assim, não sofreu qualquer alteração na sua redação.

Item 22 (“Sentir-se encurralado ou preso”): Gerou dúvidas quanto ao contexto da pergunta e se era referente ao espaço físico, a pensamentos ou a emoções. Foram propostas reformulações para tornar o item mais específico e descritivo, de forma a evitar interpretações ambíguas. A formulação final ficou: “Sentir-se bloqueado/a ou incapaz de encontrar soluções”.

Item 35 (“Achar que os outros lêem os seus pensamentos”): Os participantes consideraram que a formulação atual era clara e que não necessitava de alterações. Por isso, a sua redação manteve-se inalterada.

Item 36 (“Sentir que os outros não são compreensivos comigo ou não são empáticos”): Levantou-se a questão de que o termo “empático” poderia não ser imediatamente compreendido por todas as pessoas, especialmente por aquelas sem formação em psicologia ou áreas relacionadas. A discussão centrou-se na necessidade de tornar a formulação mais acessível, sem comprometer o significado original da questão. Para minimizar o risco de ambiguidades e garantir uma compreensão consistente, a formulação final resultou em: “Sentir que os outros não são compreensivos ou não se importam comigo”.

Item 68 (“Ter ideias ou crenças que não são compartilhadas pelos outros”): Gerou debate quanto ao significado da palavra “crenças” e sobre a possibilidade de tornar o item mais associado à ideação paranoide. Após considerar as sugestões apresentadas pelos participantes, a formulação foi ajustada para: “Achar que ninguém penso como eu.”

De seguida (Ver Tabela II), apresentam-se as formulações, para cada um dos itens, pré e pós discussão do grupo focal.

Tabela II. *Redação dos itens do SCL-90 Pré e Pós Grupo Focal.*

Item 6	Pré	“Sentir que sou crítico em relação aos outros”.
	Pós	“Sentir que sou negativamente crítico/a em relação aos outros”.
Item 10	Pré	“Preocupação com o desleixo ou descuido”.
	Pós	“Preocupação com o desleixo, descuido ou desorganização”.
Item 21	Pré	“Sentir timidez ou pouco à vontade na presença de alguém por quem me possa sentir atraído/a”.

	Pós	“Sentir timidez ou pouco à vontade na presença de alguém por quem me possa sentir atraído/a”.
	Pré	“Sentir-se encurralado ou preso”.
Item 22	Pós	“Sentir-se bloqueado/a ou incapaz de encontrar soluções”.
	Pré	“Achar que os outros lêem os meus pensamentos”.
Item 35	Pós	“Achar que os outros lêem os meus pensamentos”.
	Pré	“Sentir que os outros não são compreensivos comigo ou não são empáticos”.
Item 36	Pós	“Sentir que os outros não são compreensivos ou não se importam comigo”.
	Pré	“Ter ideias ou crenças que não são compartilhadas pelos outros”.
Item 68	Pós	“Achar que ninguém pensa como eu.”

4. Estudo 2. Propriedades Psicométricas do SCL-90

4.1. Método

4.1.1. Objetivos

Objetivo Geral

- (1) Contribuir para a validação psicométrica do SCL-90, numa amostra clínica de adultos portugueses.

Objetivos Específicos

- (1) Estudo dos valores normativos em diferentes grupos clínicos.
- (2) Estudos de Validade:
 - Estudo de Fiabilidade do SCL-90;
 - Estudo da validade convergente e divergente do SCL-90, em conforto com o PSS-10, o WHOQOL-Bref e o MHI-38.

4.1.2. Hipóteses

H1: Existe uma correlação positiva entre o SCL-90 e a PSS-10.

H2: Existe uma correlação negativa entre o SCL-90 e as subescalas do *Distress* Psicológico do MHI-38.

H3: Existe uma correlação negativa entre o SCL-90 e o WHOQOL-Bref.

H4: Existe uma correlação negativa entre o SCL-90 e as subescalas do Bem-Estar Psicológico do MHI-38.

4.1.3. Plano de Estudo

Estudo quantitativo, de tipo correlacional e de corte transversal, com uma única observação.

4.1.4. Participantes

Este estudo utilizou uma amostra não probabilística, recolhida por conveniência, na Unidade Local de Saúde de São José, Hospital Júlio de Matos. A amostra foi composta por indivíduos com condições clínicas ou diagnósticos de perturbação mental. A recolha de dados realizou-se presencialmente, através de contacto direto com os participantes, nas instalações do hospital.

4.1.5. Critérios

Critérios de Inclusão: (1) Participantes maiores de idade (≥ 18), com nacionalidade portuguesa, (2) Diagnóstico de perturbação psicológica, (3) Consentimento Informado.

Critérios de Exclusão: (1) Menores de idade, (2) Estados clínicos agudos ou subagudos, (3) Deterioração mental significativa, (4) Incapacidade de dar consentimento informado.

4.1.6. Procedimentos

Os investigadores principais obtiveram a aprovação prévia da Unidade Local de Saúde de São José, Hospital Júlio de Matos, para a recolha da amostra e as devidas autorizações para a utilização dos instrumentos de avaliação psicológica. Foi pedido o consentimento informado (anexo B) a todos os participantes, antes de dar início ao preenchimento do questionário, garantindo-se também assim a confidencialidade dos dados e a participação voluntária.

A recolha de dados foi realizada em diversos serviços da Unidade Local de Saúde de São José, Hospital Júlio de Matos, visando assegurar a diversidade da amostra clínica. Os locais incluíram o Serviço de Psicologia do Pavilhão 15 (P15), Pavilhão 24A (P24A), Unidade de Terapia Ocupacional (TO), Serviço Partilhado para Adolescentes e Jovens Adultos (PEDO), Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA), e internamento, o Grupo Co-Dependência Emocional (GCODEP) e o Grupo para Gestão do Stresse Socio-Laboral.

Os instrumentos foram administrados por uma equipa devidamente qualificada e informada sobre os objetivos do estudo. Cada questionário recolhido foi codificado para fins de identificação e organização (ver Anexo C), contendo informações sobre o local da recolha, o aplicador do instrumento, o número sequencial da recolha e o ano em que foi realizada. Este processo garantiu a organização dos dados, bem como a privacidade e o anonimato dos participantes, em todas as fases do processo.

4.1.7. Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográficos (QSD)

Este questionário foi desenvolvido para recolher informações sociodemográficas, permitindo analisar a relação entre estas características e as restantes variáveis do estudo. Foi recolhida informação acerca da idade, sexo, escolaridade, situação laboral, estado civil, zona de residência e profissão, incluindo o setor de atividade ou o cargo (Anexo D).

Questionário para Caracterização Clínica

Foram recolhidas informações sobre os hábitos de saúde, o histórico psicológico e psiquiátrico, o consumo de substâncias, histórico de diagnósticos médicos, apoio psicológico e uso de medicação psiquiátrica. O objetivo foi a caracterização das condições de saúde mental (Anexo E).

Questionário de 90 Sintomas / Symptom Checklist-90 (SCL-90)

Desenvolvido por Leonard R. Derogatis, em 1973, o SCL-90 é um instrumento de autorrelato, criado com o objetivo de avaliar a presença e intensidade de sintomas psicopatológicos numa ampla gama de contextos clínicos e não clínicos (Anexo F). A sua estrutura é composta por 90 itens, distribuídos por nove dimensões psicopatológicas, além de fornecer três índices globais de avaliação da gravidade sintomática.

Derogatis (1973) definiu as seguintes nove clínicas:

- **Somatização - S**, (12 itens: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 e 58): Avalia sintomas físicos associados à percepção de disfunção corporal, como dores e náuseas.
- **Obsessões-Compulsões - OC**, (10 itens: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 e 65): Refere-se à presença de pensamentos intrusivos, comportamentos repetitivos e compulsões que causam desconforto.
- **Sensibilidade Interpessoal - SI**, (9 itens: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 e 73): Reflete sentimentos de inadequação, inferioridade, autocrítica e desconforto em situações sociais.
- **Depressão - D**, (13 itens: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79): Engloba sintomas, como humor deprimido, anedonia, desesperança, baixa energia vital e pensamentos suicidários.
- **Ansiedade - An**, (10 itens: 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 e 86): Inclui manifestações de tensão, nervosismo, ataques de pânico, sensação de terror iminente e episódios dissociativos.
- **Hostilidade - H**, (6 itens: 11, 24, 63, 67, 74 e 81): Inclui impulsos de raiva, irritabilidade, ressentimento e comportamentos agressivos verbais ou físicos.
- **Ansiedade Fóbica - AF**, (7 itens: 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82): Descreve reações intensas e desproporcionais de medo perante estímulos específicos, resultando frequentemente em comportamentos de evitamento.
- **Ideação Paranoide - IP**, (6 itens: 8, 18, 43, 68, 76, 83): Inclui desconfiança extrema, suspeita, grandiosidade, egocentrismo e receio de perda de autonomia.
- **Psicoticismo - P**, (10 itens: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90): Avalia isolamento social, esquizoidia e sintomas psicóticos mais severos, como alucinações ou delírios.

Os três índices globais permitem uma avaliação mais abrangente do sofrimento psicológico:

- **Índice Geral de Sintomas (IGS)**: Representa a média da intensidade sintomática geral. Calcula-se somando as pontuações de todos os itens da escala e divide-se o total por 90 (número total de itens).

- **Total de Sintomas Positivos (TSP):** Reflete o número de sintomas em que o sujeito indica algum nível de sofrimento. Corresponde assim ao número de itens marcados com uma pontuação superior a 0.
- **Índice de Sintomas Positivos (ISP):** É a medida da intensidade, ajustada para o número de sintomas presentes. Calcula-se através da soma das pontuações de todos os itens, dividida pelo número total de sintomas positivos.

Este instrumento utiliza uma escala de resposta do tipo *Likert* de 5 pontos, onde os participantes avaliam a frequência dos sintomas no último mês, com as seguintes opções: 0 – nada; 1 – pouco; 2 – moderadamente; 3 – bastante; 4 – extremamente. A pontuação total pode variar entre 0 (nenhum sintoma) e 360 (nível máximo de sintomas relatados).

A versão original do SCL-90 apresenta uma excelente consistência interna, com coeficientes Alfa de Cronbach entre 0,84 e 0,90 (Derogatis, 1983).

Escala do Stresse Percebido / *Perceived Stress Scale* (PSS-10)

A Escala do Stresse Percebido (anexo G) foi originalmente desenvolvida por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), com o objetivo de avaliar a percepção de stresse dos indivíduos. Esta escala é amplamente utilizada na avaliação global do stresse, em contextos clínicos, organizacionais e de investigação, devido à sua simplicidade e eficácia.

A PSS-10 é uma escala de autorrelato, composta por 10 itens que avaliam a frequência com que o indivíduo experienciou pensamentos e sentimentos relacionados com situações de stresse no último mês. As respostas são dadas numa escala de *Likert* de 5 pontos, variando entre 0 (nunca) e 4 (muito frequentemente).

Para o cálculo da pontuação total da escala, é necessário inverter a cotação dos itens com formulação positiva, os quais avaliam percepções de controlo pessoal e não de stresse (itens 4, 5, 7 e 8).

A soma das pontuações dos 10 itens (com os quatro itens invertidos) representa o nível de stresse percebido pelo indivíduo, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior stresse, considerando uma possível patologia aquelas que se situam acima do percentil 80 (Trigo et al., 2010).

Existem três versões da escala, a versão completa com 14 itens (PSS-14), com um alfa de Cronbach de 0,84, uma versão intermédia com 10 itens (PSS-10) e com um alfa de Cronbach de 0,78 e uma versão reduzida com 4 itens (PSS-4), com um alfa de

Cronbach de 0,60. Especialmente nas versões mais extensas, a consistência interna é aceitável. Caracterizando-se todas pela facilidade de aplicação e cotação. A PSS pode ser utilizada a partir dos 18 anos de idade.

A versão portuguesa da PSS-10 (Trigo et al., 2010), apresentou uma boa consistência interna, com um valor de alfa de Cronbach de 0,87.

O instrumento pode ser utilizado livremente em contextos académicos e de investigação, desde que não envolva fins comerciais (Cohen et al., 1983).

Inventário de Saúde Mental / *Mental Health Inventory* (MHI-38)

O Inventário de Saúde Mental (anexo H) é um instrumento de autorrelato, desenvolvido para avaliar a saúde mental, especialmente em termos de bem-estar psicológico e sofrimento emocional. A versão completa, o MHI-38 (Veit & Ware, 1983), é composta por 38 itens que avaliam múltiplas dimensões de saúde mental, distribuídas por cinco escalas:

- **Ansiedade** (10 itens: 3, 11, 13, 15, 22, 25, 29, 32, 33 e 35): Avalia sintomas de tensão, preocupação, medo e agitação.
- **Depressão** (5 itens: 9, 27, 30, 36 e 38): Mede sentimentos de tristeza, desesperança e desinteresse.
- **Perda de Controlo Emocional/Comportamental** (9 itens: 8, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 24 e 28): Refere-se à instabilidade emocional, impulsividade e dificuldade de regulação comportamental.
- **Afeto Positivo** (11 itens: 1, 4, 5, 6, 7, 12, 17, 26, 31, 34 e 37): Avalia emoções positivas, como alegria, bem-estar e otimismo.
- **Laços Emocionais** (3 itens: 2, 10 e 23): Mede sentimentos de conexão e proximidade afetiva com outras pessoas.

Esta ferramenta abrangente é amplamente utilizada em estudos populacionais e clínicos, para monitorizar a saúde mental e avaliar o impacto de intervenções.

Os itens são respondidos através de uma escala *Likert* que varia de 1 (nunca) a 6 (sempre) o que permite calcular pontuações totais para cada dimensão e obter uma medida global de saúde mental (Veit & Ware, 1983). Quanto maior for a pontuação obtida, melhor é o estado geral de saúde mental do indivíduo. Valores abaixo de aproximadamente 7,19 sugerem a possibilidade de sofrimento mental clínico, enquanto

valores acima indicam maior probabilidade de bem-estar psicológico (Santos & Novo, 2020).

Este instrumento é altamente confiável, com coeficientes de consistência interna que variam entre 0,81 e 0,96 (Veit & Ware, 1983). A versão portuguesa (Santos & Novo, 2019), demonstrou uma boa confiabilidade, com um alfa de Cronbach total de 0,96. As subescalas revelaram os seguintes valores: 0,95 (Afeto Positivo); 0,92 (Ansiedade); 0,89 (Depressão); 0,87 (Perda de Controlo Emocional/Comportamental) e 0,73 (Laços Emocionais).

Instrumento Abreviado de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde / *World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-Bref)*

O *WHOQOL-Bref* (Anexo I) foi desenvolvido pelo *WHOQOL Group* (1998) para oferecer uma medida ampla e aplicável a diferentes contextos culturais, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e o bem-estar em diversas situações. É uma variante reduzida do questionário original, com 26 itens, sendo que a versão completa (*WHOQOL-100*) contém 100 itens, cobrindo de forma mais detalhada os mesmos domínios da versão reduzida. Embora o *WHOQOL-100* forneça uma análise mais abrangente e detalhada da qualidade de vida, é menos prático para a aplicação em grandes amostras, devido ao número de itens.

Este instrumento pode ser utilizado tanto em contextos clínicos quanto de investigação, permitindo a identificação de áreas que necessitam de intervenção e a avaliação do impacto das condições de saúde na vida dos indivíduos.

O instrumento inclui 26 itens, distribuídos por quatro subescalas principais e uma dimensão geral que abordam diferentes domínios da qualidade de vida:

- **Domínio Físico** (7 itens: 3; 4; 10; 15; 16; 17 e 18): Avalia a percepção do indivíduo quanto à dor, energia, sono, mobilidade, capacidade de trabalho e dependência de medicação.
- **Domínio Psicológico** (6 itens: 5; 6; 7; 11; 19 e 26): Reflete aspetos emocionais e cognitivos, como autoestima, imagem corporal, sentimentos positivos e negativos e concentração.
- **Domínio Social** (3 itens: 20; 21 e 22): Avalia a qualidade das relações pessoais.

- **Domínio Ambiental** (8 itens: 8; 9; 12; 13; 14; 23; 24 e 25): Mede a percepção de segurança física, acesso a cuidados de saúde, oportunidades de lazer e recursos financeiros,
- **Faceta Geral de Qualidade de vida** (2 itens: 1 e 2): Reflete a percepção global da pessoa sobre a sua saúde e bem-estar.

A resposta é dada através de uma escala de resposta de *Likert* com 5 pontos, variando de 1 (nada) a 5 (completamente). Para calcular a pontuação, os itens são somados e convertidos numa escala de 0 a 100. A pontuação final para as pontuações de cada domínio é uma média das respostas dos itens, sendo possível observar separadamente os resultados, por domínio ou de forma agregada. Uma pontuação mais elevada reflete numa melhor qualidade de vida.

Para o cálculo correto das pontuações dos domínios, é importante notar que alguns itens são formulados de maneira negativa e requerem uma inversão na sua pontuação antes de serem agregados. O objetivo desta inversão é que, após a transformação, uma pontuação mais alta nesses itens (e conseqüentemente, na pontuação total do domínio) continue a indicar uma melhor qualidade de vida. Os itens invertidos são os itens 3, 4 e 26.

O projeto de adaptação e validação da versão original foi conduzido em vários países, o que lhe confere maior relevância e sensibilidade a diferentes populações. A versão original, com um alfa de Cronbach de 0,66 para o domínio social e 0,88 para o domínio físico foi adaptada para mais de vinte idiomas, incluindo o português, permitindo o uso global do instrumento.

A versão portuguesa apresenta boa validade e confiabilidade: 0,64 (domínio social); 0,71 (domínio ambiental); 0,76 (domínio físico) e 0,87 (domínio psicológico) (Canavarro, et al., 2007).

4.1.8. Ética

O presente estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos definidos no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2024).

Antes da sua inclusão, todos os participantes foram informados sobre os objetivos, procedimentos e natureza do estudo. A participação foi voluntária, garantindo-se que todos os participantes compreendiam as implicações da sua participação, incluindo o direito de desistir a qualquer momento, sem qualquer consequência negativa. A confidencialidade foi assegurada em todas as fases da investigação e recolheu-se o

consentimento informado escrito (ver Anexo B). Os dados coletados foram codificados através da atribuição de códigos individuais (Anexo C), impedindo qualquer associação direta aos participantes. O acesso aos dados foi restrito à equipa de investigação.

Para os instrumentos que estão protegidos por direitos de autor foram pedidas as devidas autorizações. A autorização para a recolha de dados em contexto clínico foi dada pelas Comissões competentes do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Os dados foram recolhidos presencialmente por investigadoras com formação na área da saúde mental, garantindo a competência técnica e deontológica durante todo o processo.

4.1.9. Análise de Dados

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de *Pearson*, o Teste t de *Student* para uma amostra, o Teste t de *Student* para amostras independentes, o teste de *Mann-Whitney* e a regressão linear múltipla. Nas situações em que a dimensão das amostras era superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. A homogeneidade de variâncias foi analisada com o teste de *Levene*. Os pressupostos da regressão linear múltipla, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de *Durbin-Watson*), normalidade dos resíduos (teste de *Kolmogorov-Smirnov*), multicolinearidade (VIF e *Tolerance*) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$.

A análise estatística foi efetuada com o *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 29 para *Windows*.

4.2. Resultados

4.2.1. Caracterização Sociodemográfica

A amostra foi constituída por um número total de 202 participantes (ver Tabela III), com uma média de idades de 44.2 anos ($DP=13.7$), variando entre 18 e 76 anos. No que diz respeito ao género, a amostra foi maioritariamente constituída por indivíduos do sexo masculino ($n= 113$; 55.7%), em comparação com os do sexo feminino ($n=87$; 42.9%), com 2 participantes a identificarem-se como “Outro” (1.0%). Em termos de escolaridade,

a maior proporção possuía o ensino secundário ou profissional (38.9%). Relativamente à situação laboral, os trabalhadores a tempo inteiro representaram a categoria mais frequente (29.1%), enquanto o estado civil predominante foi o de “solteiro” (53.7%).

Tabela III. *Distribuição sociodemográfica dos participantes (n=202)*

Dimensão	<i>n</i>	<i>%</i>
Género		
Feminino	87	42.9
Masculino	113	55.7
Outro	2	1.0
Total	202	100
Escolaridade		
≤ 3º ciclo	55	27.1
Ensino Secundário ou Profissional	79	38.9
Licenciatura	53	26.1
Mestrado	11	5.4
Doutoramento	5	2.5
Situação laboral		
Estudante	15	7.4
Trabalhador Estudante	4	2.0
Trabalhador a tempo inteiro	59	29.1
Trabalhador a tempo parcial	8	3.9
Empregado de baixa	16	7.9
Desempregado	32	15.8
Trabalho doméstico	8	3.9
Reformado	18	8.9
Estado civil		
Solteiro	109	53,7
Casado	40	19,7
União de facto	17	8,4
Divorciado ou separado	27	13,3
Viúvo	8	3,9

4.2.2. Caracterização dos Grupos Psicopatológicos

A amostra recolhida é constituída por participantes com várias condições clínicas. Para tornar a análise estatística mais sólida e os resultados mais claros, os diagnósticos individuais foram cuidadosamente agrupados em grupos clínicos mais abrangentes. Os grupos foram realizados tendo em conta as características comuns das condições, permitindo uma comparação mais eficiente entre grupos com características psicopatológicas similares.

Importa realçar que, dada a natureza dos dados, onde múltiplos diagnósticos podem coexistir num mesmo indivíduo (comorbilidades), a soma das frequências apresentadas por grupo clínico ultrapassa o número total de participantes da amostra. Consequentemente, a Tabela IV ilustra a distribuição das ocorrências de diagnósticos, num total de 261 registos.

Os grupos clínicos criados foram os seguintes:

- **Perturbações Depressivas e Ansiosas (n=131):** Inclui participantes com diagnóstico de Agorafobia; Depressão; Angodepressiva; Perturbação Depressiva com Ataques de Pânico; Ansiedade; Ansiedade Generalizada; Ansiedade Social; Fobia; Ataques de Pânico e Perturbação Obsessiva Compulsiva.
- **Dependências por uso de substâncias (n= 41):** Engloba participantes no espectro das perturbações pelo uso de substâncias como o Alcoolismo e outras Toxicodependências.
- **Psicoses (n=38):** Engloba indivíduos com uma maior desorganização cognitiva como a Psicose Não-Orgânica não Especificada (SOE); Psicose; Perturbação Afetivo-Bipolar; Perturbação Esquizoafetiva; Depressão Psicótica com Delírio Residual; Esquizofrenia Paranoide; Esquizofrenia e Perturbação Bipolar.
- **Perturbações da Personalidade (n= 19):** Inclui participantes com um padrão persistente como a Perturbação de Personalidade; Personalidade Dependente e *Borderline*.
- **Perturbações do Stresse (n= 15):** Agrupa diagnósticos com base em experiências traumáticas como a Perturbação do Stresse Pós-Traumático; Stresse-Traumático; Stresse Laboral; Stresse e *Burnout*.

- **Queixas Emocionais (n= 11):** Inclui participantes com Perturbação do Sono; Perturbação de Ajustamento e Queixa Psicológica sem Especificação, não são enquadráveis em outro diagnóstico clínico.
- **Perturbações do Neurodesenvolvimento (n=6):** Integra participantes com Perturbação do Espectro do Autismo; Asperger; Perturbação do Défice de Atenção, Hiperatividade e Dislexia.

O grupo das Perturbações Depressivas e Ansiosas foi o mais representativo, englobando a maioria dos participantes (n= 131; 65,2%). Seguem-se as Dependências por uso de Substâncias (n= 41; 20,4%), as Psicoses (n= 38; 18,9%), as Perturbações da Personalidade (n= 19; 9,5%), as Perturbações do Stresse (n= 15; 7,5%), as Queixas Emocionais (n= 11; 5,5%) e, por fim as Perturbações do Neurodesenvolvimento (n= 6; 3,0%). Esta diversidade de diagnósticos reflete o perfil heterogéneo da população clínica atendida na Unidade Local de Saúde de São José, Hospital Júlio de Matos e é uma contribuição relevante para validação do SCL-90.

Tabela IV. *Distribuição dos participantes por Grupos Clínicos (n=261)*

	<i>n</i>	%
Perturbações Depressivas e Ansiosas	131	65,2%
Dependências por uso de Substâncias	41	20,4%
Psicoses	38	18,9%
Perturbação da Personalidade	19	9,5%
Perturbações do Stresse	15	7,5%
Queixas Emocionais	11	5,5%
Perturbações do Neurodesenvolvimento	6	3,0%
Total	261	100%

4.2.3. Dados normativos para a população clínica

De acordo com o objetivo de apresentar os valores normativos do SCL-90, para os diferentes grupos clínicos da amostra, foram calculadas as estatísticas descritivas.

No grupo das Perturbações de Stresse (Anexo J), as dimensões com as médias mais elevadas foram a Depressão ($M = 2,57$; $DP = ,96$) e Obsessões-Compulsões ($M = 2,56$; $DP = ,88$), sugerindo que estas são as áreas de maior intensidade sintomática percebida pelos indivíduos com perturbações de stresse na amostra. Por outro lado, a Hostilidade ($M = 1,42$; $DP = ,90$) e a Ansiedade Fóbica ($M = 1,46$; $DP = ,99$) apresentam as médias mais baixas, indicando uma menor prevalência ou intensidade destas queixas.

No grupo das Queixas Emocionais e do Neurodesenvolvimento (Anexo K), as dimensões com as médias mais elevadas foram as Obsessões-Compulsões ($M = 1,35$; $DP = ,81$) e Depressão ($M = 1,31$; $DP = ,58$), indicando que estas são as áreas de sintomatologia mais notáveis. As dimensões com as médias mais baixas foram a Ansiedade Fóbica ($M = ,32$; $DP = ,39$) e a Hostilidade ($M = ,53$; $DP = ,21$), sugerindo uma menor intensidade destas queixas.

No grupo das Perturbações da Personalidade (Anexo L), as áreas de sintomatologia mais acentuadas percebida pelos indivíduos com perturbações da personalidade são a Depressão ($M = 2,02$; $DP = 1,01$), seguida pelas Obsessões-Compulsões ($M = 1,91$; $DP = 1,07$). Por outro lado, a Ansiedade Fóbica ($M = ,74$; $DP = ,82$) e o Psicoticismo ($M = ,86$; $DP = ,65$) apresentaram as médias mais baixas, sugerindo uma menor intensidade destas queixas.

No grupo das Psicoses (Anexo M), as médias elevadas foram observadas nas dimensões de Obsessões-Compulsões ($M = 1,58$; $DP = 1,03$) e Depressão ($M = 1,58$; $DP = 1,03$). Em contraste, a Hostilidade ($M = ,71$; $DP = ,82$) e a Ansiedade Fóbica ($M = ,80$; $DP = 1,01$) apresentaram as médias mais baixas.

No grupo das Perturbações Depressivas e Ansiosas (Anexo N), a dimensão com a pontuação média mais elevada foi a Depressão ($M = 1,97$; $DP = ,88$), como seria de esperar, seguida das Obsessões-Compulsões ($M = 1,90$; $DP = ,83$). Já as dimensões da Ansiedade Fóbica ($M = ,98$; $DP = ,91$) e Hostilidade ($M = 1,00$; $DP = ,80$) apresentaram as médias mais baixas.

No grupo das Dependências por uso de Substâncias (Anexo O) as pontuações médias mais elevadas foram nas dimensões da Depressão ($M = 1,97$; $DP = ,88$) e Obsessões-Compulsões ($M = 1,90$; $DP = ,83$). Por outro lado, as dimensões que apresentaram as médias mais baixas foram a Ansiedade Fóbica ($M = ,98$; $DP = ,91$) e a Hostilidade ($M = 1,00$; $DP = ,80$).

4.2.4. Diferenças entre grupos clínicos

No contexto da análise da sintomatologia psicopatológica por grupo clínico e atendendo à distribuição da amostra por género, dentro de cada grupo (ver Anexo P), considerou-se pertinente explorar as possíveis diferenças na sintomatologia psicopatológica do SCL-90, em função do género, para os grupos com um número de participantes suficiente que permitisse tal análise. Foram assim realizadas comparações para os grupos das Psicoses, Perturbações Depressivas e Ansiosas e Dependências por uso de Substâncias.

Psicoses

No grupo das Psicoses [$t(35) = -2.711, p = .010, ES = -0.894$], observou-se que as mulheres apresentaram uma pontuação significativamente mais elevada na dimensão Hostilidade ($M = 1.08, DP = 1.00$) comparativamente aos homens ($M = 0.40, DP = 0.47$). Nas restantes dimensões, embora as médias possam variar, não se registaram diferenças significativas entre géneros (ver Anexo Q).

Perturbações Depressivas e Ansiosas

No grupo das Perturbações Depressivas e Ansiosas [$t(112) = -2.815, p = .006, ES = -0.895$], as mulheres apresentaram pontuações significativamente mais elevadas na dimensão da Somatização ($M = 1.54, DP = 0.84$), em comparação com os homens ($M = 1.12, DP = 0.74$). Não foram encontradas outras diferenças estatisticamente significativas entre géneros nas outras dimensões do SCL-90 neste grupo (ver Anexo R).

Dependências por uso de Substâncias

No grupo das Dependências por uso de Substâncias (ver Anexo S), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões do SCL-90, entre o sexo masculino e feminino. Embora existam variações nas médias, estas não atingiram significância estatística.

Estes dados complementam a compreensão da sintomatologia psicopatológica em cada grupo, evidenciando que, em algumas condições, o género pode influenciar a expressão dos sintomas, nomeadamente na Hostilidade, nas Psicoses e na Somatização, nas Perturbações Depressivas e Ansiosas.

4.2.5. Estudo de Fiabilidade

A consistência interna das dimensões de todas as escalas utilizadas no presente estudo foi avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach. Os resultados (ver Tabela XVI), indicam que a fiabilidade das escalas e subescalas variou de aceitável a excelente, de acordo com os critérios de referência de Marôco (2013).

Em relação ao SCL-90, os resultados mostram valores obtidos que variam entre .718 (Escala Adicional) e .903 (Depressão), o que indicam uma consistência interna que se situa entre boa e excelente em todas as suas dimensões. Principalmente, as dimensões da Depressão ($\alpha = .903$), Somatização ($\alpha = .891$), Ansiedade ($\alpha = .887$), Sensibilidade Interpessoal ($\alpha = .861$) e Psicoticismo ($\alpha = .853$), apresentam valores de consistência interna de muito bons a excelentes. As dimensões Obsessões-Compulsões ($\alpha = .857$), Ansiedade Fóbica ($\alpha = .842$) e Hostilidade ($\alpha = .827$), também revelaram uma boa consistência interna. Embora a Escala Adicional apresente o valor mais baixo ($\alpha = .718$), este ainda é considerado aceitável e bom.

Os domínios do WHOQOL-Bref apresentam valores de Alfa de Cronbach que variam entre $\alpha = .614$ (Psicológico) e $\alpha = .757$ (Ambiental). Embora o domínio Psicológico esteja no limite inferior do aceitável, os restantes domínios (Social [$\alpha = .617$] e Ambiental) demonstram consistência interna adequada.

No que diz respeito ao MHI-38, as suas dimensões também apresentaram boa a excelente fiabilidade, com valores que variam entre $\alpha = .663$ (Laços Emocionais) e $\alpha = .925$ (Afetos Positivos). A dimensão de Ansiedade (MHI-38) obteve um $\alpha = .800$, a Depressão (MHI-38) um $\alpha = .826$ e a Perda de Controlo Emocional/Comportamental (MHI-38) um $\alpha = .726$.

Por fim, a Escala do Stresse Percebido (PSS-10), revelou um bom nível de fiabilidade, com um Alfa de Cronbach de $\alpha = .783$.

Estes resultados comprovam que todos os instrumentos utilizados no estudo possuem níveis de consistência interna adequados para a população clínica da amostra.

Tabela XVI. *Consistência interna dos Instrumentos.*

	<i>N de itens</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
SCL-90		
Somatização	12	.891
Obsessões - Compulsões	10	.857
Sensibilidade Interpessoal	9	.861
Depressão	13	.903
Ansiedade	10	.887
Hostilidade	6	.827
Ansiedade Fóbica	7	.842
Ideação Paranoide	6	.807
Psicoticismo	10	.853
Escala Adicional	10	.718
PSS-10	10	.783
MHI-38		
Ansiedade	10	.800
Depressão	5	.826
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	8	.726
Afeto Positivo	11	.925
Laços Emocionais	3	.663
WHOQOL-Bref		
Físico	7	.690
Psicológico	6	.614
Social	3	.617
Ambiental	8	.757

4.2.6. Estudo de Validade

A validade convergente do SCL-90 foi analisada através de correlações de *Pearson*, com a Escala do Stresse Percebido (PSS-10). A validade divergente foi avaliada através do Inventário de Saúde Mental (MHI-38) e do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).

Escala de Stresse Percebido (PSS-10)

Os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as dimensões do SCL-90 e do PSS-10 apresentam coeficientes estatisticamente significativos ($p \leq .01$) e positivos em todas as dimensões, com magnitudes que variam de moderada a elevada (ver Anexo T).

Particularmente, as dimensões da Depressão ($r = .69$), Obsessões – Compulsões ($r = .65$) e Ansiedade ($r = .64$) do SCL-90, exibiram as correlações mais elevadas com o stresse percebido. O Índice de Sintomas Positivos ($r = .69$) e o Índice Global de Sintomas ($r = .63$) também revelaram correlações fortes com o PSS-10. Todas as outras dimensões apresentam correlações entre $r = .41$ e $r = .58$, reforçando a consistência da relação direta entre os sintomas psicopatológicos e o stresse percebido.

Assim, os resultados confirmam que existe uma relação direta e significativa entre a gravidade da sintomatologia avaliada pelo SCL-90 e os níveis de stresse percebido, avaliado pelo PSS-10. Desta forma, existe uma validade convergente forte entre estes dois instrumentos, com correlações significativas e coerentes em todas as dimensões, demonstrando que quanto maior a sintomatologia, maior o stresse percebido. Este resultado confirma a Hipótese 1 que afirmava existir uma correlação positiva entre o SCL-90 e a PSS-10.

Inventário de Saúde Mental (MHI-38)

O objetivo foi analisar a validade divergente do SCL-90, através das correlações *Pearson* com MHI-38, especificamente nas subescalas que avaliam o sofrimento psicológico, com a medida final “*Distress* Psicológico” e as suas subescalas: Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental.

Os coeficientes de correlação entre as dimensões do SCL-90 e os domínios do MHI-38 são todos negativos e estatisticamente significativos ($p < .01$), com magnitudes que variam de moderadas a elevadas (ver Anexo U). É de se notar que as correlações são negativas visto que valores mais altos no MHI-38 revelam uma melhor saúde mental, maior bem-estar psicológico e menor sintomatologia, enquanto valores mais altos no SCL-90 indicam uma elevada sintomatologia psicopatológica.

No que diz respeito às dimensões de bem-estar do MHI-38, as correlações com o SCL-90 foram igualmente negativas e significativas ($p < 0.1$). As correlações mais notáveis foram observadas com a subescala Depressão do SCL-90, no Afeto Positivo ($r = -.63$) nos Laços Emocionais ($r = -.54$) e no Bem-estar Psicológico, com valores até $r = -.66$ (Anexo Q).

Os principais resultados destacam-se na dimensão Depressão do SCL-90, com quatro dimensões do MHI-38: *Distress* Psicológico ($r = -.80$), Perda de Controlo Emocional/Comportamental ($r = -.77$), Ansiedade ($r = -.75$) e Depressão ($r = -.73$).

A dimensão Obsessões – Compulsões também mostrou correlações negativas elevadas com o *Distress* Psicológico ($r = -.72$) e com as subescalas do mesmo (Ansiedade [$r = -.71$], Perda de Controlo Emocional/Comportamental [$r = -.67$] e Depressão [$r = -.63$]).

A dimensão geral do SCL-90 (Sintomas Positivos) apresentou correlações elevadas na medida final *Distress* Psicológico ($r = -.77$) e em todas as suas subescalas.

De acordo com a natureza dos instrumentos de avaliação, a Hipótese H2 que afirma a existência de uma correlação negativa entre a sintomatologia psicopatológica (SCL-90) e as subescalas de sofrimento psicológico do MHI-38, foi claramente confirmada. Esta direção negativa na correção é justificável pela forma como as escalas são estruturadas e interpretadas. O SCL-90 é um instrumento que quantifica a intensidade e a frequência de sintomas psicopatológicos, o que significa que pontuações mais elevadas refletem uma maior gravidade emocional. Por outro lado, o MHI-38, após a devida inversão de itens, é concebido de modo que pontuações mais elevadas indiquem melhor saúde mental e maior bem-estar psicológico.

Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) e Inventário de Saúde Mental (MHI-38)

Através das correlações de *Pearson*, foi analisada a validade divergente do SCL-90 com os domínios do WHOQOL-Bref (Geral, Físico, Psicológico, Social e Ambiental) e ainda com as dimensões de saúde e bem-estar do MHI-38 (Afeto Positivo, Laços Emocionais e Bem-estar Psicológico).

Os coeficientes de correlação entre as dimensões do SCL-90 e os domínios da qualidade de vida do WHOQOL-Bref revelaram-se negativos e estatisticamente significativos ($p < .01$), com magnitudes moderadas (ver Anexo V). Estes resultados indicam que quanto mais elevada a sintomatologia psicopatológica (SCL-90), menor a perceção da qualidade de vida (WHOQOL-Bref).

Os resultados mostram que a subescala Depressão do SCL-90 apresenta a correlação mais elevada com o domínio Psicológico do WHOQOL-Bref ($r = -.75$). O Total de Sintomas Positivos do SCL-90 e o Índice de Sintomas Positivos do SCL-90, correlacionam-se fortemente com o domínio Psicológico ($r = -.65$) e com os domínios Físico ($r = -.55$) e Social ($r = -.51$). A Ansiedade, as Obsessões – Compulsões e a Hostilidade também revelaram correlações consistentes e significativas com todos os domínios da qualidade de vida.

Estes resultados reforçam a noção de que o aumento de sintomatologia psicopatológica tem impacto direto e negativo, não apenas sobre o sofrimento percecionado, mas também sobre os aspetos positivos da saúde mental e a perceção de bem-estar.

Assim, as Hipóteses 3 e 4 sugerindo que existe uma correlação negativa entre o SCL-90, o WHOQOL-Bref e as subescalas do Bem-Estar Psicológico do MHI-38 é claramente confirmada. Esta conclusão é suportada tanto pelas correlações com os domínios do WHOQOL-Bref, como pelas dimensões de bem-estar psicológico do MHI-38. Estes dados sustentam fortemente a validade divergente do SCL-90, enfatizando que esta escala avalia dimensões opostas à qualidade de vida e ao bem-estar.

5. Estudo 3. Qualidade de Vida e Psicopatologia

5.1. Método

5.1.1. Objetivos

Objetivo Geral

- (1) Avaliar a qualidade de vida percecionada numa amostra clínica de adultos da população portuguesa de adultos.

Objetivos Específicos

- (1) Avaliar se existem diferenças entre as várias dimensões psicológicas do SCL-90 e a perceção da qualidade de vida, em função do género.
- (2) Analisar as diferenças na qualidade de vida percecionada, entre os diferentes diagnósticos clínicos.
- (3) Estudar a correlação entre a qualidade de vida percecionada e a intensidade da sintomatologia psicopatológica.
- (4) Fazer um estudo correlacional nas várias dimensões psicopatológicas (SCL-90, PSS-10, WHOQOL-Bref e MHI-38).
- (5) Fazer um estudo de regressão estatística, com finalidade de determinar as variáveis explicativas mais significativas para a qualidade de vida percecionada.

5.1.2. Hipóteses

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida percecionada, entre o género dos participantes, com os homens a reportam níveis mais elevados de qualidade de vida, em comparação com as mulheres.

H2: Existem diferenças significativas na qualidade de vida percecionada, entre os grupos com diferentes diagnósticos clínicos.

H3: Existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões psicológicas avaliadas, entre o género dos participantes, com as mulheres a reportem níveis mais elevados de sintomatologia, em comparação com os homens.

H4: Existe uma correlação negativa entre a qualidade de vida percecionada e a gravidade dos sintomas psicopatológicos (SCL-90).

H5: Existe uma correlação significativa entre os domínios da qualidade de vida avaliados pelo WHOQOL-Bref e as diferentes dimensões da sintomatologia psicopatológica, avaliadas pelo SCL-90.

H6: As variáveis psicopatológicas predizem negativamente a qualidade de vida percecionada em indivíduos com diagnóstico de psicopatologia.

5.1.3. Plano de Estudo

O plano de estudo foi o mesmo utilizado no Estudo 2 (consultar a secção 4.1.3., página 17).

5.1.4. Participantes

Os participantes equivalem à mesma amostra descrita e caracterizada no Estudo 2 (consultar a secção 4.1.4., página 17).

5.1.5. Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão aplicados foram os mesmos estabelecidos no Estudo 2 (consultar a secção 4.1.5., página 17).

5.1.6. Procedimentos

Os procedimentos realizados seguiram as diretrizes estabelecidas e detalhadas no Estudo 2 (consultar secção 4.1.6., página 17).

5.1.7. Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram os mesmos estabelecidos e detalhados no Estudo 2 (consultar secção 4.1.7., página 18).

5.1.8. Análise de Dados

A análise de dados foram os mesmos estabelecidos e detalhados no Estudo 2 (consultar a secção 4.1.9, página 24).

5.2. Resultados

5.2.1. Estatísticas Descritivas das Variáveis em Estudo

Antes de proceder às análises correlacionais e preditivas para testar as hipóteses do estudo, foram calculadas as estatísticas descritivas para todas as variáveis em análise: Sintomatologia Psicopatológica (SCL-90), Saúde Mental (MHI-38), Qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e Stresse Percebido (PSS-10).

Os participantes da amostra clínica obtiveram (ver Anexo W), os valores mais baixos no domínio Social da Qualidade de Vida ($M = 49.91$, $DP = 21.44$) e os mais elevados no domínio Físico ($M = 58.04$, $DP = 17.45$). Relativamente à sintomatologia psicopatológica, as médias do SCL-90 variam entre 1.42 (Hostilidade) e 2.56 (Obsessões-Compulsões). Para o MHI-38, a média total de bem-estar foi de 100.29 ($DP = 32.32$), e o stresse percebido (PSS-10) apresentou uma média de 27.87 ($DP = 6.66$).

5.2.2. Diferenças entre géneros

Com o intuito de avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões psicológicas, em função do género dos participantes, foram comparadas as médias obtidas no SCL-90 e no WHOQOL-Bref, através do teste t de *Student* para amostras independentes.

SCL-90

Como podemos verificar na Anexo X, a análise dos resultados indica que as mulheres apresentam pontuações significativamente mais elevadas nas dimensões da Somatização

[$t(189) = -4.432, p < .001$], Sensibilidade Interpessoal [$t(193) = -1.968, p = .050$], Depressão [$t(192) = -2.396, p = .018$], Ansiedade [$t(192) = -2.867, p = .005$], Hostilidade [$t(195) = -3.213, p = .002$], Sintomas positivos [$t(176) = -2.153, p = .033$] e Índice sintomas positivos [$t(176) = -2.153, p = .033$].

Estes dados sugerem que nesta amostra clínica, as mulheres relatam níveis mais elevados de sofrimento psicológico em várias áreas relevantes da saúde mental, o que confirma a Hipótese H3 que afirmava existirem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões psicológicas avaliadas, entre o género dos participantes.

WHOQOL-Bref

A comparação entre géneros, relativamente aos domínios do WHOQOL-Bref (ver Anexo Y) permite observar que a única dimensão em que se verificam diferenças estatisticamente significativas é no Domínio Psicológico [$t(196) = 2.184, p = .030$], no qual os homens reportam níveis mais elevados de qualidade de vida ($M = 57.12, DP = 21.12$), comparativamente às mulheres ($M = 50.52, DP = 21.05$). Estes resultados confirmam parcialmente a Hipótese H1, segundo a qual o género também influencia a forma como a qualidade de vida é percecionada.

5.2.3. Diferenças na Qualidade de Vida Percecionada entre grupos clínicos

Para compreender as diferenças na perceção da qualidade de vida, entre os diferentes grupos clínicos, as médias e distribuições obtidas nos domínios do WHOQOL-Bref foram comparadas entre cada grupo clínico e os restantes participantes da amostra. Os domínios avaliados incluíram a qualidade de vida geral, como o bem-estar e funcionamento global do indivíduo, o domínio físico (referente à saúde física), o domínio psicológico (autoestima, funcionamento cognitivo), o domínio social (relações interpessoais) e o domínio ambiental (segurança, acessibilidade aos serviços). A distribuição e caracterização detalhada destes grupos clínicos podem ser consultados na secção “Participantes” do Estudo 2 (consultar 4.3.1., página 29).

As análises estatísticas comparativas, realizadas através do Teste t de *Student* para amostras independentes e do Teste de *Mann-Whitney*, revelaram padrões distintos na perceção da qualidade de vida entre os diferentes grupos clínicos.

Os participantes diagnosticados com Perturbações do Stresse apresentaram níveis significativamente mais baixos de qualidade de vida, em comparação com os restantes participantes da amostra (ver Tabela XXIII). Esta diferença foi estatisticamente

significativa, não apenas na qualidade de vida geral ($U = 795.500$, $p = .006$), indicando um comprometimento global do bem-estar, com um tamanho de efeito grande (D Cohen = .800), mas também nos domínios físico ($U = 806.000$, $p = .009$), psicológico ($U = 828.500$, $p = .011$) e social ($U = 857.500$, $p = .017$).

Tabela XXIII. Diferenças de médias na percepção de *Qualidade de vida*, no grupo clínico com *Perturbações do Stresse* ($n=15$)

<i>WHOQOL-Bref</i>	Não		Sim		<i>U</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Geral	53,98	20,51	37,50	21,65	795,500	,006**	.800
Domínio Físico	59,23	17,13	46,67	16,39	806,000	,009**	.735
Domínio Psicológico	54,35	21,28	39,44	18,76	828,500	,011*	.706
Domínio Social	51,20	21,05	35,56	23,46	857,500	,017*	.737
Domínio Ambiental	57,54	15,99	52,71	16,66	1114,500	,274	.301

Nota. As colunas “*Não*” e “*Sim*” indicam, respetivamente, os participantes sem e com diagnóstico de *Perturbação de Stresse*; *U* = Estatística de Mann-Whitney; *ES* = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Já o grupo clínico das *Psicoses* (ver Tabela XXIV) apresentou valores significativamente mais elevados na qualidade de vida geral [$t(197) = -2.634$, $p = .009$], no domínio físico [$t(195) = -2.225$, $p = .027$] e no domínio Psicológico [$t(197) = -3.182$, $p = .002$].

Tabela XXIV. Diferenças de médias na percepção de *Qualidade de vida* no grupo clínico com *Psicoses* ($n= 38$)

<i>WHOQOL-Bref</i>	Não		Sim		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Geral	50,70	20,60	60,53	21,06	-2,634	0,009**	-.475
Domínio Físico	56,67	16,80	63,63	19,38	-2,225	0,027*	-.402
Domínio Psicológico	50,83	20,17	62,83	23,87	-3,182	0,002**	-.574
Domínio Social	49,53	21,13	52,25	23,29	-0,692	0,490	-.126
Domínio Ambiental	55,95	15,91	61,60	16,50	-1,948	0,053	-.352

Nota. As colunas “*Não*” e “*Sim*” indicam, respetivamente, os participantes sem e com diagnóstico de *Psicoses*; *t* = *t-student*; *ES* = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

O grupo das Perturbações Depressivas e Ansiosas (ver Tabela XXV) mostrou valores significativamente mais baixos na qualidade de vida geral [$t(197) = 3.797, p < .000$], no domínio físico [$t(195) = 3.340, p < .001$], no domínio psicológico [$t(197) = 4.610, p = .000$] e no domínio social [$t(196) = 2.436, p = .016$], com exceção do domínio ambiental.

Tabela XXV. Diferenças de médias na percepção de Qualidade de vida no grupo clínico com Perturbações Depressivas e Ansiosas ($n = 131$)

WHOQOL-Bref	Não		Sim		<i>t</i>	<i>p</i>	ES
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Geral	60,00	20,81	48,55	20,05	3,797	0,000***	.564
Domínio Físico	63,60	17,67	55,07	16,72	3,340	0,001***	.501
Domínio Psicológico	62,26	21,26	48,27	19,89	4,610	0,000***	.687
Domínio Social	55,07	20,82	47,35	21,47	2,436	0,016*	.363
Domínio Ambiental	59,24	17,28	55,83	15,41	1,422	0,157	.21

Nota. As colunas “Não” e “Sim” indicam, respectivamente, os participantes sem e com diagnóstico de Perturbações Depressivas e Ansiosas; *t* = *t-student*; ES = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

O grupo das Dependências por uso de Substâncias (ver Tabela XXVI) apresentou uma qualidade de vida significativamente elevada no domínio psicológico [$t(197) = -2.430, p = .016$].

Tabela XXVI. Diferenças de médias na percepção de Qualidade de vida no grupo clínico com Dependências por uso de Substâncias ($n = 41$)

WHOQOL-Bref	Não		Sim		<i>t</i>	<i>p</i>	ES
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Geral	52,69	20,70	52,13	22,34	0,151	,880	,026
Domínio Físico	57,85	17,04	58,66	19,37	-0,262	,794	-,046
Domínio Psicológico	51,27	21,29	60,26	20,48	-2,430	,016*	-,426
Domínio Social	49,26	21,48	53,05	21,63	-1,005	,316	-,176
Domínio Ambiental	57,29	15,99	56,09	16,92	0,413	,680	,074

Nota. As colunas “Não” e “Sim” indicam, respectivamente, os participantes sem e com diagnóstico de Perturbações das Dependências; *t* = *t-student* y; ES = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Por fim, nos grupos clínicos das Queixas Emocionais (ver Anexo Z), das Perturbações do Neurodesenvolvimento (ver Anexo AA) e das Perturbações da Personalidade (ver Anexo BB), não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de qualidade de vida ($p > .05$).

Assim, os resultados obtidos confirmam parcialmente a hipótese H2, que postula a existência de diferenças significativas na qualidade de vida percebida entre os grupos com diferentes diagnósticos clínicos. De facto, foram observadas diferenças estatisticamente significativas em vários domínios da qualidade de vida, o que indica que o tipo de diagnóstico clínico influencia a percepção da qualidade de vida. As diferenças mais marcantes foram observadas entre os participantes do grupo clínico das Perturbações Depressiva e Ansiosas, que reportaram a pior percepção de qualidade de vida entre todos os grupos analisados. Estes participantes reportaram valores significativamente mais baixa em múltiplos domínios (geral, físico, psicológico e social), com tamanhos de efeito médios a grandes. Similarmente, os participantes com Perturbações do Stresse apresentaram uma qualidade de vida reduzida nos mesmos domínios (geral, físico, psicológico e social), embora de forma menos intensa.

Em contrapartida, o grupo das Psicoses apresentou uma percepção de qualidade de vida mais elevada em domínios como o geral, físico e psicológico, com tamanhos de efeito médios. Esta observação, embora aparentemente contraintuitiva face à severidade frequentemente associada a estes quadros clínicos, sugere a necessidade de uma interpretação cuidadosa. Poderá refletir uma menor capacidade de juízo crítico ou de insight sobre a própria condição por parte destes participantes, ou estar relacionada com especificidade dos domínios avaliados em que a percepção é mais favorável, o que exige uma análise mais aprofundada da sua vivência real e das implicações destas percepções.

Por outro lado, é relevante notar que nos grupos das Queixas Emocionais, Perturbações do Neurodesenvolvimento e Perturbações da Personalidade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida percebida em qualquer dos domínios avaliados, sendo os tamanhos de efeito consistentemente pequenos. Por fim, o grupo das Dependências por uso de Substâncias revelou uma qualidade de vida significativamente mais elevada apenas no domínio psicológico, com um tamanho de efeito médio.

Esta heterogeneidade de resultados na percepção da qualidade de vida entre os diferentes grupos de diagnóstico sublinha a complexidade da relação entre a patologia e

o bem-estar subjetivo, e a importância de considerar as especificidades de cada condição clínica na intervenção.

5.2.4. Análises Correlacionais

Com o objetivo de analisar as relações entre as variáveis em estudo foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson* entre o SCL-90 e o PSS-10, o MHI-39 e o WHOQOL-Bref.

Os coeficientes de correlação entre as dimensões psicopatológicas e os domínios da qualidade de vida foram todos estatisticamente significativos ($p < .01$), negativos e de magnitude moderada (ver Anexo V).

Estes resultados indicam que, como esperado, quanto mais elevada a sintomatologia psicopatológica percebida, menor a qualidade de vida percebida nos diversos domínios. Esta evidência confirma a Hipótese H4 que postula uma correlação negativa entre a qualidade de vida percebida e a gravidade dos sintomas psicopatológicos nos indivíduos com diagnóstico de psicopatologia.

Adicionalmente, as correlações entre as dimensões do SCL-90 e as subescalas do MHI-38 (ver Anexo U), revelaram-se todas estatisticamente significativas ($p < .01$), negativos e de magnitude moderada a elevada. Estes resultados indicam que uma maior sintomatologia psicopatológica está associada a uma menor percepção de saúde mental e bem-estar psicológico.

Por sua vez, a análise do coeficiente de correlação entre as dimensões do SCL-90 e o Stresse Percebido (PSS-10), mostrou que todas as correlações são estatisticamente significativas ($p < .01$) e positivas, com magnitudes que variam de moderada a elevada (ver Anexo T). Tal sugere que quanto mais elevada a sintomatologia psicopatológica, maiores são os níveis de stresse percebido.

Ambos os conjuntos de resultados (SCL-90 com o MHI-38 e SCL-90 com o PSS-10) fornecem suporte para a Hipótese H5. Mais especificamente, a correlação negativa entre a sintomatologia psicopatológica e a saúde mental (MHI-38), bem como a correlação positiva entre a sintomatologia psicopatológica e o stresse percebido (PSS-10), confirmam a existência de relações significativas entre as dimensões da sintomatologia psicopatológica e a saúde mental/stresse, tal como formulado na hipótese.

5.2.5. A Psicopatologia como preditora da Qualidade de Vida

Com o objetivo de determinar as variáveis psicopatológicas mais significativas na predição da qualidade de vida percebida, foi realizado um modelo de regressão linear múltipla. Estas análises foram feitas de forma independente, em três grupos específicos da amostra clínica, como o grupo das Psicoses, Perturbações Depressivas e Ansiosas e Dependências por uso de Substâncias, devido ao tamanho da amostra de cada um (ver Tabela IV).

No grupo clínico das Psicoses, o modelo de regressão linear múltipla, utilizando as dimensões do SCL-90 como variáveis independentes e o WHOQOL-Bref como variável dependente, revelou-se estatisticamente significativo, explicando uma porção substancial da variância total na qualidade de vida ($R = .787$; $R^2 = .619$; R^2 ajustado = $.476$) da variância na qualidade de vida [$F(9,24) = 4.325$, $p = .002$]. A variável Depressão ($B = -10.208$, $p = .006$) revelou ser um preditor significativo e negativo da qualidade de vida. Isto indica que, para este grupo, quanto mais elevados os níveis de sintomatologia depressiva, mais baixos os níveis de qualidade de vida percebida (ver Tabela XXX). As restantes dimensões incluídas não apresentam contribuições estatisticamente significativas na predição da qualidade de vida neste grupo.

Tabela XXX. Modelo de Regressão Linear Múltipla: para predição de qualidade de vida no grupo clínico das Psicoses ($n=38$)

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes não estandardizados		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SCL-90					
(Constante)	80,766	4,410		18,315	,000
Somatização	-3,617	3,048	-,207	-1,187	,246
Depressão	-10,208	3,399	-,602	-3,003	,006**
Hostilidade	-1,322	3,430	-,056	-,385	,703
Ansiedade Fóbica	-,522	3,534	-,030	-,148	,884
Ideação Paranoide	,499	2,698	,033	,185	,855
Psicoticismo	,374	3,936	,019	,095	,925

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; $R = .787$; $R^2 = .619$; R^2 ajustado = $.476$

Para o grupo das Perturbações Depressivas e Ansiosas, o modelo de regressão linear múltipla, tendo a sintomatologia psicopatológica do SCL-90 como variáveis independentes e o WHOQOL-Bref como variável dependente, também se mostrou

estatisticamente significativo e demonstrou um forte poder de predição ($R = .757$; $R^2 = .574$; R ajustado = $.536$). Este modelo explicou 57,4% da variância na qualidade de vida [$F(9,102) = 15.247$, $p < .001$]. A variável Depressão ($B = -10.062$, $p < .001$) foi o único predito significativo da qualidade de vida (ver Tabela XXXI). Semelhante ao grupo das Psicoses, o coeficiente de regressão negativo indica que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, estão associados a níveis mais baixos de qualidade de vida percebida neste grupo.

Tabela XXXI. Modelo de Regressão Linear Múltipla: para predição de qualidade de vida no grupo das Perturbações Depressivas e Ansiosas ($n = 131$)

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes não estandardizados		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SCL-90					
(Constante)	76,043	2,784		27,312	,000
Somatização	-1,228	1,545	-,071	-,795	,428
Obsessões - Compulsões	-,841	2,095	-,048	-,401	,689
Depressão	-10,062	1,907	-,608	-5,275	,000***
Hostilidade	1,131	1,613	,063	,701	,485
Ansiedade Fóbica	,010	1,419	,001	,007	,994
Ideação Paranoide	-1,152	1,580	-,071	-,729	,468
Psicoticismo	-,889	2,209	-,048	-,403	,688

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; $R = .757$; $R^2 = .574$; R ajustado = $.536$

No grupo das Dependências por uso de Substâncias, o modelo de regressão linear múltipla para a predição da qualidade de vida revelou-se igualmente significativo e com um forte poder de predição ($R = .826$; $R^2 = .682$; R ajustado = $.572$). Este modelo explicou 55.4% da variância [$F(9,26) = 6.193$, $p < .001$]. A variável Ansiedade Fóbica ($B = -9.024$, $p = .007$) foi o único predito significativo da qualidade de vida neste grupo (ver Tabela XXXII). O coeficiente negativo indica que níveis mais elevados de ansiedade fóbica, estão associados a níveis mais baixos de qualidade de vida para os indivíduos com dependências por uso de Substâncias.

Tabela XXXII. Modelo de Regressão Linear Múltipla: para predição de qualidade de vida no grupo clínico das Dependências por uso de Substâncias (n=41)

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes não estandardizados		
	B	SE	Beta	t	p
SCL-90					
(Constante)	72,017	3,441		20,927	,000
Somatização	-3,455	3,163	-,162	-1,092	,283
Hostilidade	-4,037	2,909	-,191	-1,388	,175
Ansiedade Fóbica	-9,024	3,118	-,459	-2,894	,007**
Ideação Paranoide	-2,629	3,464	-,135	-,759	,454

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; R= .826; R²= .682; R ajustado= 572

Assim, os resultados obtidos confirmam a Hipótese 6, de que as variáveis psicopatológicas predizem significativamente a qualidade de vida percebida em indivíduos com diagnóstico de psicopatologia. Isto demonstra que, de facto, a sintomatologia psicopatológica exerce uma influência preditiva considerável sobre o bem-estar subjetivo, embora os preditores específicos possam variar consoante o grupo clínico considerado.

6. Discussão

A presente dissertação, embora com um foco principal na perceção da qualidade de vida em adultos portugueses, com diagnóstico clínico, desenvolveu-se ao longo de três estudos interligados. Os estudos 1 e 2 foram cruciais para garantir a qualidade metodológica da investigação, tendo contribuído para a contextualização cultural e validação do SCL-90, sendo uma condição prévia indispensável para garantir que a escala utilizada para caracterizar perfis psicopatológicos era fiável e válida para a população portuguesa. Para os fins circunstanciais desta tese de mestrado, o estudo 3 foi central e beneficiou da consistência dos dados recolhidos através dos instrumentos validados, permitindo uma análise mais rigorosa da relação entre psicopatologia e qualidade de vida.

Neste contexto, é fundamental reconhecer que a saúde mental se refere ao estado psicológico e emocional de um indivíduo, à sua capacidade de funcionamento cognitivo e à sua resiliência perante o stresse (APA, 2018; WHO, 2022). Contudo, fatores como o desemprego, o isolamento, a pobreza, as desigualdades socioeconómicas e o stresse crónico, têm sido propostos como fatores importantes no desenvolvimento de psicopatologia e na qualidade de vida percebida (Neugebauer, 1996).

O primeiro estudo dedicou-se à adaptação linguística e cultural de sete itens pré-selecionados do SCL-90. Através de um grupo focal, estudou-se a sua validade facial, evidenciando que a mera tradução literal de instrumentos não é suficiente para garantir a equivalência semântica e cultural. Tal como defendido por Hambleton e associados (2004), a adaptação transcultural de instrumentos exige mais do que uma tradução linguística, exige a consideração da perspectiva cultural. Exemplos disso foram os termos “encurrulado” ou “preso” (item 22) e “crenças” (item 68), que refletiram incerteza e diversificadas interpretações entre os participantes, o que poderia prejudicar a validade do instrumento. A contribuição dos estudantes de Mestrado em Psicologia Clínica, enquanto futuros utilizadores desta escala, foi determinante para garantir uma formulação mais clara e culturalmente adequada dos itens, promovendo a facilidade de compreensão.

A literatura sugere que a adequada adaptação linguística adequada de instrumentos como o SCL-90 pode aumentar significativamente a fiabilidade e a validade dos resultados em contextos clínicos (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). No estudo 2, efetuou-se uma análise psicométrica preliminar do SCL-90, numa amostra clínica de adultos portugueses.

Assim, no segundo estudo, os resultados confirmaram a fiabilidade interna do SCL-90 e a sua validade convergente e divergente, através da comparação com o PSS-10, o MHI-38, o WHOQOL-Bref. Os coeficientes de alfa de Cronbach que variaram entre aceitáveis a excelentes, confirmam a consistência interna dos instrumentos utilizados, sugerindo o seu valor no contexto clínico. Estes dados são consistentes com investigações anteriores que apontam para alfas superiores a 0.70 como indicativos de boa fiabilidade (Marôco & Garcia-Marques, 2013). O SCL-90 demonstrou uma fiabilidade entre boa a excelente, em todas as suas dimensões, com valores de Alfa de Cronbach que variam entre $\alpha = .903$ (Depressão) a $\alpha = .718$ (Escala Adicional). As subescalas do WHOQOL-Bref (variando entre $\alpha = .614$ a $\alpha = .757$), do MHI-38 (entre $\alpha = .663$ e $\alpha = .925$) e o PSS-10 ($\alpha = .783$) também demonstraram fiabilidade aceitável. Estes resultados confirmam que a maioria dos instrumentos utilizados possuem níveis de consistência interna adequados. Contudo, é importante destacar que algumas dimensões apresentaram valores no limite inferior do considerado aceitável (>0.70), ou abaixo, sendo estas, os domínios Físico ($\alpha = .690$), Psicológico ($\alpha = .614$) e Social ($\alpha = .617$) do WHOQOL-Bref, bem como a dimensão Laços Emocionais ($\alpha = .663$) do MHI-38.

No domínio da validade convergente, as correlações significativas e elevadas entre as dimensões do SCL-90 e o stresse percebido (PSS-10) confirmam que o SCL-90 avalia adequadamente o mal-estar emocional e a intensidade da sintomatologia psicopatológica. Adicionalmente, as correlações negativas e significativas observadas entre as dimensões do SCL-90 e as subescalas de sofrimento psicológico e as subescalas do bem-estar do MHI-38, reforçam esta conclusão. Estes padrões de correlação demonstram que, tal como esperado, uma maior sintomatologia psicopatológica está consistentemente associada a níveis mais elevados de stresse e a uma menor saúde mental e bem-estar psicológico. De igual modo, a validade divergente foi fundamentada por correlações negativas entre o SCL-90 e indicadores de bem-estar e qualidade de vida, revelando que uma maior gravidade psicopatológica está associada a um menor bem-estar subjetivo, confirmando a literatura existente (Hohls et al., 2021; Cuijpers et al., 2014; Keyes, 2002).

O terceiro estudo aprofundou a análise da relação entre psicopatologia e a perceção da qualidade de vida, reconhecendo diferenças significativas entre géneros e grupos clínicos e explorando preditores relevantes. Os resultados mostraram que as mulheres reportam níveis mais elevados de sintomatologia, em especial nas dimensões da Depressão, Ansiedade, Sensibilidade Interpessoal, Hostilidade e Somatização, enquanto os homens relataram melhor qualidade de vida no domínio psicológico. Estas diferenças de género são amplamente sustentadas na literatura, que apontam para uma maior prevalência de perturbações do humor e de ansiedade entre as mulheres, influenciada por fatores biológicos, socioculturais e psicossociais (Kuehner, 2017; McLean et al., 2011). É importante destacar que em 2019, Portugal registou uma prevalência superior à da União Europeia no diagnóstico de depressão, com uma disparidade de género expressiva, onde as mulheres apresentam uma taxa 2,2, vezes superior à dos homens (OECD, 2023). Adicionalmente, uma análise mais aprofundada revelou informações importantes na expressão da sintomatologia entre géneros dentro de grupos clínicos específicos. Por exemplo, no grupo das Psicoses, as mulheres apresentaram níveis significativamente mais elevados de Hostilidade em comparação com os homens. Este resultado sugere que possam existir diferenças de género na expressão emocional. De acordo com a literatura, é possível que as mulheres internalizem os sentimentos ou que os expressem de forma que sejam mais identificadas por questionários de autorrelato, como o SCL-90, enquanto os homens podem manifestar a sua agressividade de maneira mais externalizada, através de comportamentos observáveis

ou até ter uma maior dificuldade em reconhecer e relatar essa emoção (Chaplin, 2015). Para além disso, diversos estudos têm evidenciado que sintomas de hostilidade, depressão e ansiedade tendem a apresentar elevadas intercorrelações, formando um padrão sintomático frequentemente descrito como uma “tríade emocional” (Asberg, 2013; Ko et al., 2014). Assim, é plausível que os níveis mais elevados de hostilidade encontrados nas mulheres estejam associados a um conjunto mais amplo de sintomas internalizantes, contribuindo para um perfil de sofrimento psicológico mais intenso e consistente. Similarmente, no grupo das Perturbações Depressivas e Ansiosas, as mulheres reportaram maior Somatização. Assim, sabemos que o género não só influencia a prevalência geral de certas queixas psicopatológicas, mas também pode modificar a sua apresentação e intensidade em diagnósticos específicos. Esta especificidade sublinha a necessidade de abordagens terapêuticas e de avaliação que considerem tanto as tendências de género gerais quanto as particularidades da manifestação sintomática em diferentes quadros clínicos.

Em relação aos grupos clínicos, nas Perturbações do Stresse, os indivíduos apresentaram níveis mais baixos de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social, bem como na avaliação geral. Estes resultados são consistentes com a literatura que associa o stresse crónico a deteriorações significativas do funcionamento global, comprometendo o bem-estar emocional, a capacidade funcional (Cohen et al., 2016), o isolamento social, as dificuldades relacionais e a satisfação com a vida, como observado na perturbação de stresse pós-traumático (Giacco et al., 2013).

As Perturbações Depressivas e Ansiosas, demonstraram níveis significativamente mais baixos de qualidade de vida em quase todos os domínios, o que é amplamente sustentado pela literatura. Estas perturbações afetam o funcionamento emocional, social, profissional e físico, interferindo negativamente na perceção de bem-estar e satisfação com a vida (Hohls et al., 2021). Exemplos como a agorafobia, que pode levar a um confinamento doméstico e dependência (Balaram & Marwaha, 2024) ou a ansiedade social que compromete áreas sociais e profissionais (Dryman et al., 2016), ilustram este impacto. Mesmo após a diminuição dos sintomas, há tendência para manter uma perceção de qualidade de vida baixa, principalmente na comorbilidade com a ansiedade (Cuijpers et al., 2014).

As Dependências por uso de substâncias, de forma interessante, apresentaram valores significativamente mais elevados no domínio psicológico da qualidade de vida. Embora a literatura aponte para que estas perturbações estejam associadas a múltiplas

comorbilidades (Rehm et al., 2015), isolamento social e instabilidade relacional (Hasin & Kilcoyne, 2012), resultando numa qualidade de vida inferior à da população geral, mesmo após a abstinência (Armoon et al., 2022), a percepção mais positiva na presente amostra pode prender-se com o facto de muitos participantes se encontrarem numa fase de recuperação ou abstinência. Este período é frequentemente marcado por alívio emocional, sentimento de superação e maior envolvimento em programas e apoio social, promovendo uma percepção subjetiva de bem-estar (Laudet, 2011). É plausível que esta melhoria se deva ao facto de os participantes estarem internados na Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA) ou a ser seguidos regularmente no regime ambulatorio. Neste ambiente, o controlo rigoroso (testagem diária de consumo), o sentimento de pertença, a partilha de experiências com pares em tratamento e o envolvimento em diversas atividades terapêuticas podem promover uma rede de suporte e um otimismo em relação ao futuro, contribuindo assim para esta percepção mais elevada de bem-estar psicológico.

O grupo das psicoses apresentou valores significativamente mais elevados nos domínios geral, físico e psicológico da qualidade de vida. Este resultado, que podem parecer incomuns, dada a gravidade dos sintomas psicóticos como delírios, alucinações ou desorganização (Barbosa et al., 2024; Machado et al., 2021), encontra suporte na literatura. Vários autores (Bobes et al., 2007; Priebe et al., 2010), apontam que indivíduos com psicoses crónicas, especialmente em fases estáveis da doença, podem desenvolver formas de *coping* adaptativas, redefinindo expectativas e valorizando aspetos simples da vida quotidiana. A falta de *insight* também pode explicar parte destes resultados, já que uma percepção reduzida da gravidade da condição pode levar a uma avaliação mais positiva da própria qualidade de vida (Lysaker et al., 2008). Este fenómeno pode estar, em parte, relacionado com défices em processos de mentalização ou com a presença de alexitimia, ou seja, dificuldades em identificar emoções e dificuldade em comunicar as mesmas, o que dificulta a identificação e a expressão das próprias emoções e estados mentais (Taylor et al., 1997). Por exemplo, sabe-se que indivíduos com perturbação bipolar, na fase maníaca, é comum relatarem uma percepção positiva da qualidade de vida, que nem sempre reflete a realidade (Vojta et al., 2001; Michalak et al., 2005). É fundamental sublinhar que embora esta percepção subjetiva da qualidade de vida seja um indicador válido e importante da experiência do paciente, ela não anula a gravidade objetiva da doença psicótica, realçando a complexidade da sua vivência e a importância de uma abordagem que valorize a perspectiva do próprio indivíduo.

Nas Perturbações da Personalidade, do Neurodesenvolvimento e das Queixas Emocionais não se verificaram diferenças significativas na qualidade de vida. Para as Perturbações do Neurodesenvolvimento, embora a literatura (Agarwal et al., 2012) aponte para um impacto significativo da qualidade de vida como ansiedade, depressão, dificuldades laborais e sociais em adultos, a ausência de significância pode ser atribuída ao pequeno tamanho da amostra. Nas Perturbações da Personalidade, que se caracterizam por padrões inflexíveis e desadaptativos, com impacto na gestão emocional, identidade e relações (Warol et al., 2022) e que a literatura geralmente associa a uma perceção de baixa qualidade de vida, a ausência de diferenças significativas no presente estudo também pode ser justificada devido ao tamanho da amostra.

Estes resultados demonstram que a perceção da qualidade de vida é altamente influenciada pelo tipo de psicopatologia, pelo seu impacto funcional e pela fase em que a pessoa se encontra no estado clínico. É neste ponto que o papel da adaptação psicossocial se torna particularmente relevante para compreender a variabilidade observada. Indivíduos com psicopatologia enfrentam frequentemente desafios adicionais que impactam negativamente a sua qualidade de vida. Para além dos sintomas primários da sua condição, limitações na adaptação a novas exigências, na gestão do stresse e no uso de habilidades essenciais de vida podem intensificar o sofrimento e restringir a funcionalidade (APA, 2023).

No contexto da psicopatologia, a adaptação implica não só ajustar-se a mudanças contextuais, mas também desenvolver estratégias eficazes para lidar com sintomas persistentes e limitações funcionais (APA, 2023). Esta competência pode estar comprometida por fatores como ansiedade elevada, humor deprimido ou défices cognitivos, dificultando a resposta eficaz a situações quotidianas, como relações interpessoais, desafios laborais ou académicos. A perceção do stresse tende a aumentar em indivíduos com baixa capacidade adaptativa, reduzindo a perceção de controlo sobre a vida e, conseqüentemente, a qualidade de vida (Cohen et al., 1983).

A capacidade adaptativa está intimamente relacionada com um conjunto de competências, frequentemente designadas por habilidades de vida, como a comunicação assertiva, o pensamento crítico, a regulação emocional e a resolução de problemas, que são determinantes para lidar com as exigências quotidianas (WHO, 2022). Défices nestas competências, limitam a procura de apoio, dificultam a gestão emocional e aumentam o isolamento social (Sirey et al., 2001; Stack et al., 2021). O estigma percebido e internalizado pode agravar estes efeitos, ao dificultar o acesso a suporte formal e o

envolvimento social, perpetuando um ciclo de exclusão e deterioração da qualidade de vida (Alonso et al., 2008). Por outro lado, o desenvolvimento e o fortalecimento destas competências, atua como um fator protetor, promovendo maior bem-estar, funcionalidade e satisfação com a vida (Defar et al., 2023). É por isso que intervenções psicoterapêuticas e de competências sociais se mostram eficazes na promoção da qualidade de vida em indivíduos com psicopatologia (OPP, 2013).

As análises correlacionais mostraram padrões consistentes com os principais modelos teóricos da saúde mental. A psicopatologia (SCL-90) correlacionou-se positivamente com o stresse percebido (PSS-10) e negativamente com o bem-estar psicológico (MHI-38) ou com a qualidade de vida (WHOQOL-Bref). Estes resultados confirmam a hipótese H4, que afirma uma correlação negativa entre a qualidade de vida percebida e a gravidade dos sintomas psicopatológicos, e a Hipótese H5, que previa uma correlação significativa entre as dimensões da sintomatologia psicopatológica e os domínios da qualidade de vida/bem-estar psicológico/stresse percebido. Estes resultados reforçaram a ligação entre sofrimento psicológico, stresse e qualidade de vida. Especificamente, a correlação positiva entre psicopatologia e o stresse percebido é explicado pelo modelo diátese (Zubin & Spring, 1997), onde propõe que a doença mental surge da interação ente uma vulnerabilidade individual e fatores de stresse. Assim, a presença de uma maior psicopatologia tende a estar associada a um maior nível de stresse percebido, o que pode intensificar os sintomas. Adicionalmente, as correlações negativas entre a psicopatologia, o bem-estar e a qualidade de vida são explicadas pelo modelo do duplo contínuo de Keyes (2002). Este modelo explica que a saúde mental e a doença mental são duas dimensões distintas, mas correlacionadas, em vez de polos opostos. Assim, estes resultados mostram que embora a sintomatologia psicopatológica comprometa o bem-estar e a qualidade de vida, a ausência de sintomas não garante a presença de saúde mental, sublinhando a importância de promover ativamente o bem-estar, para além da mera redução dos sintomas.

Através da análise de regressão linear múltipla, foram identificados preditores significativos de qualidade de vida. Sintomas depressivos e níveis elevados de stresse revelaram-se os maiores preditores negativos da perceção de bem-estar, enquanto a presença de bem-estar emocional, laços afetivos e menor sintomatologia global correlacionam-se positivamente com uma melhor perceção da qualidade de vida. Estes dados demonstram que embora a psicopatologia seja um preditor geral da qualidade de vida, os domínios mais relevantes variam consoante o diagnóstico clínico. Assim, é

reforçada a necessidade de intervenções diferenciadas, adaptadas ao perfil psicopatológico dominante em cada grupo clínico, otimizando o impacto terapêutico na percepção da qualidade de vida.

Por fim, os resultados obtidos nesta dissertação apresentam um conjunto de implicações teóricas e práticas relevantes. Do ponto de vista teórico, os dados contribuem para o avanço do conhecimento sobre a relação entre psicopatologia e a percepção da qualidade de vida em populações clínicas, confirmando pressupostos de modelos, que reconhecem o impacto de fatores emocionais como o stresse, a ansiedade e a depressão na saúde mental e bem-estar. A confirmação de padrões diferenciados de percepção da qualidade de vida entre grupos clínicos, como nas Psicoses e nas Dependências por uso de substâncias, assinala a necessidade de integrar variáveis subjetivas, como o *insight*, o *coping* e o estágio da doença, na compreensão da experiência do sofrimento psíquico. No plano prático, demonstra a importância de intervenções personalizadas. A percepção da qualidade de vida revelou-se altamente influenciada não apenas pela presença de psicopatologia, mas também pelo tipo de diagnóstico e pela fase em que o indivíduo se encontra na sua jornada clínica. Esta descoberta é crucial, pois demonstra que a experiência de sofrimento psicológico não é uniforme entre os diferentes quadros clínicos, o que exige uma reconsideração das estratégias de intervenção. Os resultados sugerem um novo paradigma. Enquanto para as Perturbações Depressivas e Ansiosas a prioridade clínica deve ser a redução direta da sintomatologia, uma vez que a sua baixa qualidade de vida está intrinsecamente ligada à intensidade dos sintomas, a abordagem para outros grupos deve ser mais holística. No grupo das Psicoses, por exemplo, a percepção de uma qualidade de vida elevada, apesar da gravidade objetiva da doença, aponta para a importância de variáveis subjetivas como mecanismos de coping ou redefinição de expectativas. Tal resultado desafia a prática clínica a ir além da mera avaliação sintomática, valorizando a experiência e as estratégias de adaptação do paciente. De forma similar, a percepção de um bem-estar psicológico mais elevado no grupo das Dependências por uso de Substâncias é uma evidência prática de que o contexto de tratamento e o apoio social são fatores tão cruciais quanto a abstinência, sugerindo que as intervenções terapêuticas devem ser adaptadas à fase de recuperação, focando no fortalecimento de competências de vida e na capitalização do sentimento de superação. No plano prático, a validação do SCL-90 à população portuguesa, representa um contributo valioso para a prática clínica, oferecendo um instrumento sólido, culturalmente sensível e ajustado à realidade portuguesa. A sua aplicação permite caracterizar perfis

psicopatológicos com maior precisão e fiabilidade, contribuindo para o diagnóstico e planeamento de intervenções.

Em suma, este estudo é particularmente importante porque fornece uma visão abrangente e comparativa sobre a forma como diferentes psicopatologias afetam a qualidade de vida, algo que até agora era pouco desenvolvido no contexto português. Esta perspetiva permite aos clínicos ir além da simples medição de sintomas, entendendo o que realmente compromete o bem-estar de cada grupo. Do ponto de vista científico, abre novas linhas de investigação sobre os mecanismos que explicam porque alguns indivíduos, mesmo com sintomatologia grave, conseguem manter uma perceção positiva da sua vida, enquanto outros, com quadros clínicos menos severos, reportam baixa qualidade de vida. No plano clínico, os resultados mostram de forma clara que não existe uma única intervenção que sirva para todos. Por fim, este trabalho tem um impacto direto na prevenção da morbilidade psíquica. Ao identificar os fatores que mais afetam a qualidade de vida, como o stresse percebido, a depressão e a ausência de laços afetivos, cria-se a possibilidade de desenhar programas de intervenção precoce em escolas, locais de trabalho e centros de saúde, visando reduzir o impacto do stresse, ensinar estratégias de coping e fortalecer redes de suporte social. Esta abordagem preventiva pode contribuir para diminuir a incidência de perturbações mentais, reduzir custos em saúde pública e melhorar o bem-estar global da população.

7. Limitações

Ainda assim, este estudo apresenta limitações. O tamanho reduzido da amostra em alguns dos grupos clínicos analisados, em particular, a baixa representatividade de indivíduos com Perturbações do Neurodesenvolvimento ($n=6$), Queixas Emocionais ($n=11$), Perturbações do Stresse ($n=15$) e Perturbações da Personalidade ($n=19$) pode ter afetado o poder estatístico para detetar diferenças significativas na perceção da qualidade de vida nestes grupos. Desta forma, investigações futuras, deveriam procurar expandir a amostra nestes grupos clínicos, com finalidade de confirmar os padrões observados e obter uma melhor compreensão da qualidade de vida percecionada nestas condições clínicas. Outra limitação reside na utilização de escalas de autorrelato. Embora estas escalas sejam amplamente validadas, a recolha de dados por autorrelato pode ser suscetível a viéses como a desejabilidade social, onde os participantes reportam aquilo que consideram socialmente mais aceitável. Adicionalmente, a capacidade de *insight* pode variar entre os grupos clínicos, influenciando a credibilidade das respostas em certas

populações. Por fim, a ausência de um grupo de indivíduos sem diagnóstico clínico limita a capacidade de comparação direta da percepção da qualidade de vida.

8. Conclusão

A presente dissertação atingiu o seu principal objetivo de investigar a percepção da qualidade de vida em adultos portugueses com diagnóstico clínico e contribuiu ainda para o processo de adaptação e validação do SCL-90. Os resultados sugerem existir a fidelidade psicométrica do SCL-90 na população portuguesa e revelaram diferenças significativas na percepção da qualidade de vida, entre géneros e distintos grupos clínicos.

Destaca-se que a depressão e o stresse são os maiores preditores da percepção da qualidade de vida, enquanto o bem-estar emocional (evidenciado por maiores níveis de Afeto Positivo no MHI-38) e os laços afetivos (demonstrados pela subescala Laços Emocionais do MHI-38), os quais se correlacionam negativamente com a sintomatologia psicopatológica, associam-se a uma percepção mais positiva da qualidade de vida. Por outro lado, os resultados que indicam uma percepção mais elevada de bem-estar em grupos como as Dependências por uso de Substâncias e as Psicoses sublinham a complexidade na avaliação da qualidade de vida e a importância da experiência subjetiva.

Num contexto em que a saúde mental dos portugueses enfrenta vários desafios, este estudo contribui com dados importantes para uma intervenção mais informada e sensível.

Bibliografia

- Agarwal, R., Goldenberg, M., Perry, R., & IsHak, W. W. (2012). The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(5-6), 10–21. PMCID: [PMC3398685](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23398685/)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2010). *Dicionário de Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychological Association. (2018, April 19). *APA Dictionary of Psychology*. Dictionary.apa.org; American Psychological Association. <https://dictionary.apa.org/mental-health>
- American Psychological Association. *APA Dictionary of Psychology*. (2023, November 15). Dictionary.apa.org. <https://dictionary.apa.org/adaptive-behavior>
- Andersen, A. M., & Bienvenu, O. J. (2011). Personality and psychopathology. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 234–247. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588692>
- Armoon, B., Fleury, M.-J., Bayat, A.-H., Bayani, A., Mohammadi, R., & Griffiths, M. D. (2022). Quality of life and its correlated factors among patients with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health*, 80(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00940-0>
- Asberg K. (2013). Hostility/anger as a mediator between college students' emotion regulation abilities and symptoms of depression, social anxiety, and generalized anxiety. *The Journal of psychology*, 147(5), 469–490. <https://doi.org/10.1080/00223980.2012.715601>
- Balaram, K., & Marwaha, R. (2023). *Agoraphobia*. National Library of Medicine; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554387/>

- Baptista, M.N., & Dias, R. R. (Orgs). (2003). *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Barbosa, T. M. S., Souza, A. J. S. de, Amaral, A. S. do, Augusto, A. L., Silva, M. B. da, Santos, C. A. F. dos, Berwig, D., Souza, J. S. dos S., Amaral, L. S., Silveira, R. E. da, Santos, R. O. da S., & Ramos, S. F. (2024). *Impacto Dos Transtornos Psicóticos na Qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(1), 683–694. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p683-694>
- Beard, C., Millner, A. J., Forgeard, M. J. C., Fried, E. I., Hsu, K. J., Treadway, M. T., Leonard, C. V., Kertz, S. J., & Björgvinsson, T. (2016). Network analysis of depression and anxiety symptom relationships in a psychiatric sample. *Psychological Medicine*, 46(16), 3359–3369. <https://doi.org/10.1017/s0033291716002300>
- Berghöfer, A., Martin, L., Hense, S., Weinmann, S., & Roll, S. (2020). Quality of life in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *Quality of Life Research*, 29. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02470-0>
- Bertha, E. A., & Balázs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(10), 589–603. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0411-0>
- Bobes, J., Garcia-Portilla, M. P., Bascaran, M. T., Saiz, P. A., & Bousoño, M. (2007). Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9(2), 215–226. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2007.9.2/jbobes>
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R. M. A., Frye, M. A., & Reed, M. L. (2004). Impact of Depressive Symptoms Compared With Manic Symptoms in Bipolar Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(11), 1499–1504. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n1109>
- Chaplin T. M. (2015). Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emotion review: journal of the International Society for Research on Emotion*, 7(1), 14–21. <https://doi.org/10.1177/1754073914544408>

- Cohen, S., Gianaros, P. J., & Manuck, S. B. (2016). A Stage Model of Stress and Disease. *Perspectives on Psychological Science*, *11*(4), 456–463. <https://doi.org/10.1177/1745691616646305>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*(3), 297–334.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *159*(159), 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- Defar, S., Abraham, Y., Reta, Y., Deribe, B., Jisso, M., Yeheyis, T., Kebede, K. M., Beyene, B., & Ayalew, M. (2023). Health related quality of life among people with mental illness: The role of socio-clinical characteristics and level of functional disability. *Frontiers in Public Health*, *11*(1134032). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1134032>
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual for the revised version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Derogatis, L. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual II for the revised version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, *19*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Dryman, M. T., Gardner, S., Weeks, J. W., & Heimberg, R. G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific

domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 1–8.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.003>

Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., Correll, C. U., Meyer-Lindenberg, A., Millan, M. J., Borgwardt, S., Galderisi, S., Bechdolf, A., Pfennig, A., Kessing, L. V., van Amelsvoort, T., Nieman, D. H., Domschke, K., Krebs, M.-O., Koutsouleris, N., McGuire, P., Do, K. Q., & Arango, C. (2020). Prevention of Psychosis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 755.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4779>

Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Andreazza, A. C., Frey, B. N., Kauer-Sant'Anna, M., Weyne, F., da Costa, S. C., Santin, A., & Kapczinski, F. (2007). Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 153(1), 33–38.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.07.007>

Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2013). Symptoms and Subjective Quality of Life in Post-Traumatic Stress Disorder: A Longitudinal Study. *PLoS ONE*, 8(4), e60991.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060991>

GOLD, J. H. (1998). Gender Differences in Psychiatric Illness and Treatments. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 186(12), 769–775. <https://doi.org/10.1097/00005053-199812000-00005>

Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2004). *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment*. New York. Psychology Press.

Hasin, D., & Kilcoyne, B. (2012). Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(3), 165–171.
<https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e3283523dcc>

Hohls, J. K., König, H.-H., Quirke, E., & Hajek, A. (2021). Anxiety, Depression and Quality of Life—A Systematic Review of Evidence from Longitudinal Observational Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12022. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212022>

- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Ko, C. H., Liu, T. L., Wang, P. W., Chen, C. S., Yen, C. F., & Yen, J. Y. (2014). The exacerbation of depression, hostility, and social anxiety in the course of Internet addiction among adolescents: a prospective study. *Comprehensive psychiatry*, 55(6), 1377–1384. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.003>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., & Miller, J. D. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146–158. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30263-2)
- Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6(1), 44–55. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22003421/>
- Liu, Q., Jiang, M., Li, S., & Yang, Y. (2021). Social support, resilience, and self-esteem protect against common mental health problems in early adolescence. *Medicine*, 100(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7850671/>
- Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 194–200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.035>
- Machado, F. P., Soares, M. H., Francisquini, P. D., Luis, M. A. V., & Martins, J. T. (2021). Factors related to psychological impairment and quality of life in patients with

schizophrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0060>

Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1). <https://doi.org/10.14417/lp.763>

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>

Michalak, E. E., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(1), 72. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-72>

Neugebauer, R. (1996). Review: World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries. *American Journal of Public Health*, 86(11), 1654. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1380710/>

Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP]. (2024). https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico_regulamento_nao_898_2024.pdf

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *ResearchGate*, 31–49. https://www.researchgate.net/publication/40005733_A_importancia_da_qualidade_de_vida_para_a_psicologia_da_saude

Portugal: Perfil de Saúde do País 2023. (2023). Doi.org. <https://doi.org/10.1787/6be7d83c-pt>

Post, F., Pardeller, S., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Sondermann, C., Hausmann, A., Fleischhacker, W. W., Mizuno, Y., Uchida, H., & Hofer, A. (2018). Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized

stigma, and residual symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 238, 399–404.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.055>

Priebe, S., Reininghaus, U., McCabe, R., Burns, T., Eklund, M., Hansson, L., Junghan, U., Kallert, T., van Nieuwenhuizen, C., Ruggeri, M., Slade, M., & Wang, D. (2010). Factors influencing subjective quality of life in patients with schizophrenia and other mental disorders: A pooled analysis. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 251–258.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.12.020>

Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Cropley, M., & John, M. (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4). <https://doi.org/10.1037/str0000165>

Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171–1178.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171>

Rehm, J., Anderson, P., Barry, J., Dimitrov, P., Elekes, Z., Feijão, F., Frick, U., Gual, A., Gmel, Jr., G., Kraus, L., Marmet, S., Raninen, J., Rehm, M. X., Scafato, E., Shield, K. D., Trapencieris, M., & Gmel, G. (2014). Prevalence of and Potential Influencing Factors for Alcohol Dependence in Europe. *European Addiction Research*, 21(1), 6–18.
<https://doi.org/10.1159/000365284>

OPP (2017). *Relatório Investir na Saúde Mental através da Intervenção Psicológica*. Ordemospsicologos.pt.
<https://recursos.ordemospsicologos.pt/repositorio/estudo/relatorio-investir-na-saude-mental-atraves-da-intervencao-psicologica>

Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7). <https://doi.org/10.1002/brb3.497>

- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., Rodríguez-Blázquez, C., Calderón-Larrañaga, A., & Forjaz, M. J. (2020). Anxiety, Depression and Quality of Life in Older Adults: Trajectories of Influence across Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9039. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239039>
- Rodrigues, C. (2024). *Adaptação linguística do Questionário de 90 sintomas / Symptom Checklist 90 (SCL-90) e estudo de fiabilidade (teste-reteste) numa amostra universitária da população portuguesa*. Lisboa: Tese de Mestrado apresentada no ISPA-Instituto Universitário.
- Ronald Jay Cohen, Swerdlik, M. E., & Sturman, E. (2013). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement*. McGraw-Hill.
- Santos, A. M. S., & Novo, R. F. (2020). Mental Health Inventory: Sensitivity and Specificity of the Portuguese Version of the MHI-38 and MHI-5. *Psychological Reports*, 123(4), 1452–1469. <https://doi.org/10.1177/0033294119850490>
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness : Using the New Positive Psychology to Realise Your Potential for Lasting Fulfilment*. New York. Nicholas Brealey Pub.
- Simões, M. R., Seabra-Santos, M. J., Armelim Almiro, P., & S. Almeida, L. (2024). Testes Psicológicos mais Usados em Portugal: Resultados de um Inquérito a Psicólogos Portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación – E Avaliação Psicológica*, 72(2), 91. <https://doi.org/10.21865/ridep72.2.07>
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Stigma as a Barrier to Recovery: Perceived Stigma and Patient-Rated Severity of Illness as Predictors of Antidepressant Drug Adherence. *Psychiatric Services*, 52(12), 1615–1620. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1615>
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). 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*, 17(2), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>

- Stack, E., Leichtling, G., Larsen, J. E., Gray, M., Pope, J., Leahy, J. M., Gelberg, L., Seaman, A., & Korthuis, P. T. (2020). The Impacts of COVID-19 on Mental Health, Substance Use, and Overdose Concerns of People Who Use Drugs in Rural Communities. *Journal of Addiction Medicine, Publish Ahead of Print*. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000770>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Grotstein, J. (1997). *Disorders of Affect Regulation*. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511526831>
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569–1585. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4)
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, (53), p. 353-378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). *Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal*. Estudogeral.uc.pt. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/21539>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). *Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal*. Estudogeral.uc.pt. <https://hdl.handle.net/10316/21539>
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730–742. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.5.730>

- Vojta, C., Kinosian, B., Glick, H., Altshuler, L., & Bauer, M. S. (2001). Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(3), 190–195. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.23143>
- Warol, P. H. A., Cerqueira, J. P. F., Fonseca, T. S. de P., Gomes, D. S., Sousa, M. R. de, & Siqueira, E. C. de. (2022). Uma análise acerca das características do transtorno de personalidade borderline: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(3), e9871. <https://doi.org/10.25248/reas.e9871.2022>
- Whitehorn, D. D., & Kopala, D. L. (2003). The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 12(1), 28. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2538470/>
- WHO. (2022, June 16). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Www.who.int; World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization (WHO). (2022, June 8). *Mental Disorders*. World Health Organization; World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (2005, January 1). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Www.who.int. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>
- World Health Organization. (2022). *Mental Health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2023, February 21). *Stress*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- Yatham, L. N., Lecrubier, Y., Fieve, R. R., Davis, K. H., Harris, S. D., & Krishnan, A. A. (2004). Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disorders*, 6(5), 379–385. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00134.x>

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a New View of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

ANEXOS

Anexo A

Transcrição do Grupo Focal.

O grupo focal foi realizado a 14 de novembro de 2024, com duração de 1h30, na Unidade Local de Saúde de São José, Hospital Júlio de Matos. Participaram oito finalistas do Mestrado em Psicologia Clínica (maioritariamente do sexo feminino, 23-25 anos). O objetivo foi discutir a interpretação e adequação cultural de sete itens do SCL-90, através de uma entrevista semiestruturada. Foi obtido o consentimento informado para gravação do grupo focal. Transcreveu-se apenas a parte relativa aos itens em discussão.

Foram atribuídos os códigos “MT” para identificar Miguel Trigo e “SB” para Sandra Brito.

MT – Vamos começar com a pergunta seis: “Sentir que sou crítico em relação aos outros”. Inês, o que é que está a ser perguntado?

Inês – A mim o que está a ser perguntado é se o facto de eu ser ou ter sido neste último mês ou mesmo hoje, eu ter sido uma pessoa crítica incisivamente crítica em relação aos outros, se isso para mim é um problema ou se isso causa desconforto, stress ou incómodo. Se eu consigo ter essa autoperceção.

MT – Hm Hm. Não levanta dúvidas?

Inês – A mim não.

MT – Rita? Que pergunta é esta? O que está a ser perguntado?

Rita – A mim também não me levanta dúvidas. Na minha ótica é eu ter a noção que sou muito rígida com os outros, em relação aos seus comportamentos. Para mim é uma questão clara.

MT – Ok. Mariana.

Mariana S. – Acredito que seja muito a minha interpretação de aquela pessoa como um todo e eu ver coisas negativas e arranjar muitos detalhes pejorativos ou não em relação àquela pessoa. Mas é claro, para mim, o objetivo da pergunta.

MT – Ana.

Ana – Sim, a minha interpretação vai muito no sentido do que a Mariana e a Rita partilharam e não me levanta dúvidas. Significa que eu consigo perceber o que é que está mal nos outros ou o que está bem. Eu conseguir ser crítica em relação a isso.

MT – Ou o que está bem?

Ana – Sim.

MT – Hm hm. Mónica.

Mónica – Eu quando li a pergunta nem pensei na parte do que está bem, só pensei com uma pessoa ser crítico é só uma pessoa que apanha muito os aspetos negativos e espera muito das outras pessoas, não pensei que fosse crítico do género aspetos bons e aspetos maus.

Rita – Sim, por acaso agora que a Ana referiu o bem, eu também não levei para esse lado, levei só para o lado mau.

Mónica – Sim, porque acho que no geral quando dizem que aquela pessoa é crítica, nós estamos a pensar só “aquela pessoa arranja muitos defeitos”, não é “aquela pessoa está a avaliar-nos tanto no bom como no mau”.

Inês – Mas eu acho que isso também vem da palavra “problema” aqui nas instruções. Porque acho que quando se pensa em problema não se pensa em crítica positiva. Eu pensei logo em crítica negativa por haver a palavra problema.

Mónica – Nem sei se é tanto pelo problema, mas mais porque no quotidiano, pensamos “ah aquele é crítico” e não estás a pensar no que ele avalia.

MT – Ok. Duarte.

Duarte – A mim foi um pouco como a Inês disse, ou seja, eu aqui vejo essa capacidade de ser crítico em relação aos outros, eu percecionar aspetos negativos em relação aos outros também com a tendência negativa. E a escala de resposta indica o quanto eu me senti incomodado por estes pensamentos que me surgem na cabeça críticos em relação aos outros. Por exemplo surge-me um pensamento negativo e eu “não gosto que este pensamento me surja e fico muito incomodado com isto” então ponho “extremamente” se eu estiver tranquilo com isso ponho “nada”.

MT – Portanto, a escala de Likert também leva um bocadinho a essa ideia de que são os aspetos negativos.

Duarte – Hm hm. O quanto incomodado eu me sinto por os aspetos negativos me aparecerem na cabeça. Não é o quantos aspetos negativos é que me passam pela cabeça. Podem aparecer muitos, mas eu estar confortável com isso, então eu ponho “nada”.

Inês – É egossintónico, o que ele está a dizer faz todo o sentido. Mas por outro lado a pessoa também pode “eu não me sinto que sou uma pessoa crítica” então eu posso por “0”, porque eu não acho que seja uma pessoa crítica. Pode ser porque te incomoda, eu acho, mas também pode ser porque ou sou ou não sou. Porque se eu não sou, não consigo dizer que me incomoda porque eu acho que não sou.

Duarte – Certo. E eu até posso não ser uma pessoa crítica e ficar incomodado por não criticar.

Inês – Verdade.

Duarte – Porque ele diz “o quanto este problema causa stress ou incomodo”. Não é se este problema acontece frequentemente é se me incomoda a maneira como acontece.

Inês – Faço a pergunta de outra forma. Se não fosse um problema que existisse na tua vida onde é que responderias?

Duarte – Se não existisse na minha vida? Sendo um problema e não está presente na minha vida, eu acho que não me sinto incomodado.

Inês – Não te sentias incomodado. Era isso que eu estava a dizer.

Duarte – Sim.

MT – Daniel.

Daniel – Eu fui um bocado a mesma perspetiva do resto. Senti que é os juízos de valor, senti que consegue ter juízo de valor em determinados aspetos, numa perspetiva um bocado mais ampla, consegue julgar o outro.

MT – Juízos de valor é uma crítica negativa. É isso que estás a dizer?

Daniel – Sim.

PD – Juízo de valor negativo, um moralismo. É isso? Ou não é bem um moralismo?

Daniel – Não diria moralismo, mas julgar no sentido mais negativo, não se calhar de contar com aspetos positivos.

MT – Ok. Mariana.

Mariana – Eu também levei para a crítica negativa e que impacto é que teria em mim o ser crítico. Mas acho que está bom.

MT – Mariana, como é que isto se escreve em português?

Mariana – Como está, está bastante perçetível.

MT – E tu Daniel?

Daniel – Sim, como está, também acho que está bom.

MT – Mónica.

Mónica – Depende se querem falar só do negativo ou não. Imagine, pode dizer “Sentir que critico negativamente os outros”.

Mariana – Ou então acrescentar se calhar antes do crítico “sentir que sou demasiado crítico em relação aos outros”.

Mónica – Depende do que querem perguntar.

MT – Duarte, como é que escreverias esta questão?

Duarte – Assim como está.

MT – Punhas demasiado?

Duarte – Sim, realça a parte do desconforto do sentimento.

MT – Ok. Ana.

Ana – Eu acho que punha no sentido da Mariana. Acho que acrescentaria o demasiado se fosse para o lado negativo. Se fosse como eu, que levei para o lado negativo e positivo acho que manteria assim.

Duarte – Também pode acontecer o demasiado retirar uma parte da valência, não é? Se eu por acaso me senti desconfortável por ser crítico a menos, só estamos a pôr a parte do demasiado.

MT – Gere uma tendência muito grande. “Não, não sou demasiado, sou suficiente”. Pode ser mais difícil responder.

Duarte – Certo.

MT – Mariana.

Mariana S. – Eu sinto que com o demasiado ia ser mais difícil quantificar aquilo que a pessoa efetivamente sentiria. Então manteria a frase inicial.

MT – Certo. Rita.

Rita – Para mim a frase está boa. No entanto, se for mesmo preciso a pessoa pensar no crítico negativamente, eu acho que poderíamos acrescentar a parte negativa. Mas se não for algo específico, acho que está bom assim.

SB – De qualquer forma ser crítica implica uma atitude, não é? Independentemente do que estamos a criticar e do que estamos a valorizar ou desvalorizar estamos numa determinada atitude muito focada no outro, muito avaliativa. Portanto, se calhar é para os dois lados sendo que o que incomodará as pessoas no seu global é a crítica negativa.

Duarte – Pois, neste contexto em específico acho que sim.

MT – Inês.

Inês – Sinceramente, com tudo o que já foi dito, acho que não mudava nada porque deixa em aberto.

MT – É uma pergunta de sensibilidade interpessoal. Em inglês “Feeling critical of others”. E em castelhano dizem assim “Ver la gente de maneira negativa e encontrar siempre faltas”.

Duarte – Não é nada ambíguo.

Mariana – Foi tal e qual como eu interpretei a frase.

Mónica – Pois eu também. Só quando falaram nos aspetos positivos é que eu fiquei a pensar nisso.

MT – Bom, ok. Mais algum comentário sobre esta questão? Ficaste elucidada Sandra?

SB – Não, fiquei mais confusa.

MT – Temos de pensar. Depois a dez: “Preocupação com o desleixo ou descuido”. Mariana o que é que entendeste com esta pergunta?

Mariana – Eu acho que aqui tem haver com a forma como nos vemos e a preocupação que temos com a nossa imagem.

MT – O que é que está a ser perguntado?

Mariana – Preocupação com o desleixo ou descuido.

MT – O que é que é o desleixo? Desleixo em que sentido?

Mariana – Autocuidado.

MT – Com o que?

Mariana – Para mim é no geral. Podemos ser desleixados e descuidados com muita coisa.

MT – É o desleixo em geral e o descuido em geral ok. Daniel.

Daniel – Eu acho que tem haver com a autoimagem da pessoa. Ou seja, desleixo ou descuido associo mesmo à imagem da pessoa que se apresenta aos outros. Não numa perspetiva geral a tudo o resto.

MT – Autoimagem como?

Daniel – Não sei, talvez física.

MT – Duarte.

Duarte – A mim não me ocorreu nada de autoimagem. Acho que instantaneamente pensei em questões de autodisciplina de estudo e de trabalho porque é o que mais me afeta a mim. Ou seja, pensei logo no ser preguiçoso com os estudos, procrastinar. Mas acho que a questão está feita de um modo geral que a pessoa pode adaptar aquilo que sente que é uma dificuldade.

MT – Pois isso pode ser uma vantagem. Mónica.

Mónica – Eu também fui para a autoimagem, autocuidado, higiene, aparência. Não pensei no geral.

MT – Ana.

Ana – Eu pensei na autoimagem e na forma como eu me apresento.

MT – O que é a autoimagem?

Ana – Ou seja, a forma como eu me apresento, como eu me visto, como me arranjo, o meu cabelo, por aí.

MT – Hm hm. Mariana.

Mariana S. – Eu interpretei os dois de forma diferente. O descuido com o autocuidado e aparência física e o desleixo com o desempenhar de tarefas.

MT – Um problema. Rita.

Rita – Eu por acaso não achei esta clara. Porque eu li e pensei “desleixo com o quê? descuido com o quê?” e depois levei para a parte da faculdade que é o que mais me afeta e acho a pergunta muito subjetiva e cada um leva para a realidade que tem. Eu levei para o desleixo académico e pensei logo na tese.

MT – Ok. Inês.

Inês – Tive de ler a pergunta várias vezes porque eu levei para a questão do autocuidado e depois para questões relacionadas com o outro, ou seja, preocupar-me com o descuido e desleixo do outro.

MT – Como assim? Com o cuidado ao outro?

Inês – Não, por exemplo, eu não consigo ter a cozinha suja e isso preocupa-me e irrita-me. Foi a única que eu meti “1” porque eu levei para mim, o meu desleixo e o meu descuido e também levei para questões mais académicas neste momento e depois levei para o outro, de que forma o desleixo e o descuido do outro me preocupam.

MT – Alguém que deixa a cozinha desarrumada isso preocupa-me a mim?

Inês – Não, não. O meu marido deixa a cozinha desarrumada e isso preocupa-me.

MT – O outro ser desleixado e isso afeta-a.

Inês – Sim.

Rita – Porque acaso agora que dizes isso, eu quando li a primeira vez também pensei: “desleixo meu ou do outro?”.

MT – Então Inês, como é que isto se escreve?

Inês – Não sei, não sei qual é o objetivo. É o meu 100% meu desleixo e descuido? Se for só isso e se for numa vertente geral que abrange a autoimagem e tudo mais eu colocaria só “preocupação com o meu desleixo ou descuido” era só a única diferença que colocaria aqui.

MT – Bem, eu vou ler em inglês: “Worried about sloppiness or carelessness”. Pois, ele não diz de quem. Em castelhano: “Preocupacion acerca de desaceo y descuido o la desorganizacion”.

SB – Se calhar a parte da desorganização acaba por introduzir um elemento muito importante de clarificação.

MT – É um item que avalia o quê? O que é que acham?

Inês – POC.

MT – Sim, pode ser. Formulação possível Inês?

Inês – Preocupação com o desleixo e descuidado e concordo que aqui se avalia traços mais obsessivos e por isso a desorganização também devia estar aqui.

Ana e Mónica saíram.

Duarte – E não sei se faz muita diferença do próprio ou do outro.

Inês – Não, não faz.

Rita – Eu também fiquei com uma questão. Eu quando li preocupação com o desleixo ou descuido, eu sei que eu não sou desleixada então eu não tenho essa preocupação, ou seja, eu não sabia o que responder. Eu meti “1”, porque posso ficar com medo de ficar desleixada, mas eu não sou. Percebe?

Mariana – Mas preocupaste.

MT – Isto não é uma autodescrição da pessoa, é a perceção que a pessoa tem de si.

SB – Porque não é, mas não quero ser.

MT – Mariana, comentários.

Mariana S. – Eu acrescentaria a desorganização também. Vinha introduzir o moderador.

MT – Bom, vamos lá ver mais uma que é a vinte um. “Sentir timidez, ou pouco à vontade na presença de alguém por quem me possa sentir atraído(a)”. Inês o que é que é isto?

Inês – Não tive dúvidas nenhuma desta. É sentir-me de alguma forma retraída ou mais tímida ou menos eu na presença de alguém por quem possa sentir atração, seja ela emocional, física.

MT – Rita.

Rita – Também não tive dúvidas. Estar ao pé de alguém por quem me sentia atraída faz-me ficar retraída, se calhar não falo tanto, fico mais tímida. Acho que esta está clara.

MT – Mariana.

Mariana – Acho que também é claro para mim. Que é por exemplo a mudança comportamental da nossa parte mediante a presença de alguém por quem nos sentimos atraídos.

MT – É uma coisa que é fácil identificarmos porque muitos de nós podem sentir isto. Duarte.

Duarte – É um bocadinho a mesma coisa. Portanto, eu descreveria da mesma forma como está, sentir-me mais retraído, mais calado, mas é mesmo isto, timidez e pouco à vontade.

Daniel – Ou seja, a pessoa ficar mais consciente daquilo que está a dizer e decidir “se calhar não vou dizer nada”, por isso sim, eu acho que esta está clara.

MT – Mariana.

Mariana – Concordo. Falar menos, pouco à vontade, alterar a forma como somos normalmente.

MT – Ok. Alguma alteração Mariana?

Mariana – Não. Acho que está claro.

MT – Daniel?

Daniel – Não alterava nada.

MT – Duarte.

Duarte – Também não alterava nada.

MT – Mariana.

Mariana – Eu acho que é das mais claras que estão aqui.

MT – Rita.

Rita – Por mim também não mudava nada, acho que é das poucas que para mim é 100% clara.

MT – Ok. Pergunta vinte e dois: “Sentir-se encurralado ou preso”. Mariana.

Mariana – Sobre o quê? Foi a primeira coisa que pensei quando li isto. Preso e encurralado sobre o quê? Estamos a falar de espaços? Para mim esta é um bocado ambígua.

MT – Ok.

Daniel – Esta também me deixou um pouco mais confuso contextualmente. Encurralado e preso em que contexto?

MT – Duarte.

Duarte – Para esta precisei de um pouco mais de esforço para operacionalizar em concreto em que contexto é que me sentiria preso, mas depois avaliei com base naquele sentimento de que quando uma pessoa está perante uma situação e o que quer que faça possa estar um bocadinho entre a espada e a parede.

MT – Mariana.

Mariana S. – Eu não saberia responder a esta pergunta. Inicialmente quando li foi na perspetiva da Mariana de ser num espaço, mas agora a ouvir a perspetiva do Duarte percebo e sinto que é mais na direção do ponto de vista dele.

MT – Rita.

Rita – Olhe eu não percebi também. Eu assinalei “0” porque eu pensei logo no sentir-me encurralada nos meus próprios pensamentos, eu não sei se era esse o suposto, mas eu só

levei para esse lado, não levei para o lado físico nem por exemplo situações embaraçosas que me deixassem presa.

MT – Ok. Inês.

Inês – Então, vou pôr isto de uma forma leve. Eu já senti isto por isso esta para mim foi das mais claras. Eu caracterizo isto como uma sensação de sentirmos na nossa mente e no nosso íntimo que não conseguimos escapar a uma determinada situação. Seja um determinado contexto profissional que é muito negativo, seja uma situação de vida pessoal, uma doença ou morte de alguém próximo e que nós não conseguimos escapar do nosso sentimento de vazio/tristeza/solidão. Portanto, foi para aí que eu levei, sentir-me encurralada e presa quase a mim mesma no meu contexto, na minha vivência, na minha situação e sentir que não tenho alternativas. Não ter força para pensar nelas ou todo o contexto é demasiado complexo e tem demasiadas nuances e eu não consigo ver a saída.

Mariana – Essa foi outra das interpretações, mas lá está para mim não está claro. Pode ser isso como pode ser de espaço, pode ser de várias coisas.

MT – Inês, como é que escreveria isso?

Inês – Exatamente desta forma.

MT – Rita.

Rita – Vamos mais uma vez à mesma questão. Estamos a falar do quê?

Inês – Isto avalia sintomas depressivos?

MT – Mariana.

Mariana – Pois não sei.

Inês – Acho que esta é difícil para quem não tenha nunca sentido.

MT – Então, em castelhano está: “La sensación de estar atrapado o como encerrado”. Em inglês: “Feeling of being trapped or caught”. Podíamos por “sentir-se encurralado ou preso em mim”. Porque não é bem ansiedade fóbica é mais parecido com o vazio. Inês, alguma coisa ajudaria para os outros perceberem essa vivência?

Inês – Estamos a falar de um questionário de sintomas e acho que a Mariana respondeu muito bem porque respondeu “0” porque não lhe fez sentido nenhum. Quem sente ou sentiu vai saber responder.

SB – Sim, estava a pensar que se calhar para a maioria de vocês é estranho os sintomas descritos porque nunca sentiram e não há nenhum problema com isso.

MT – Então e se metêssemos “Sentir-me emocionalmente ou psicologicamente encurralado ou preso”. Psicologicamente inclui cognitivo e emocional se for emocionalmente tende a excluir o bloqueio cognitivo.

Rita – Faz sentido para ti Inês?

Inês – Não, porque exclui a dimensão de não conseguir olhar mais além da perspetiva de alternativas.

MT – Então, sinto-me sem perspetivas? Sem esperança?

Inês – É a incapacidade cognitiva e psicológica de encontrares ferramentas e estratégias para encontrares uma solução para o teu problema. É um bloqueio.

MT – Então, “sentir-se incapaz de encontrar soluções ou ter esperança”.

Inês – Para mim é muito isso.

MT – Inês como é que se põe?

Inês – Eu poria assim: “sentir-se incapaz de encontrar soluções ou ter esperança”.

MT – Ok.

Inês sai.

MT – Vamos ver mais uma que é a trinta e cinco: “Achar que os outros lêem os meus pensamentos”. Mariana.

Mariana – Achar que as outras pessoas conseguem ler o que estou a pensar. Foi isto que eu interpretei.

MT – Daniel.

Daniel – Eu achei o mesmo. Os outros conseguem aceder aos meus pensamentos.

MT – Mariana.

Mariana S. – Eu interpretei da mesma forma. Acreditar que os outros têm acesso ao que estamos a pensar naquele momento e interpretei numa linha mais do psicoticismo.

MT – Rita.

Rita – Está claro.

MT – É estranho?

Rita – Eu acho que não é porque eu estudo sobre isso. Mas eu acho que as outras pessoas conseguem interpretar perfeitamente o que está escrito.

MT – Como é que isto se escreve?

Rita – Como está. Acho que está bem.

MT – Ok. Então próxima. Trinta e seis: “Sentir que os outros não são compreensivos comigo ou não são empáticos”. Rita.

Rita – Para mim também está bastante claro. Ou seja, eu acho que também vai um pouco porque eu identifico-me com o que está escrito, tenho medo de falar e as pessoas não me compreenderem o meu ponto de vista. A capacidade de perceber se a pessoa está a ser empática comigo ou não.

MT – Ok. Mariana.

Mariana S. – Também está claro para mim. É muito no sentido de acreditar que as pessoas não estão dispostas a compreender aquilo que nós dizemos e sentimos e não conseguem pôr-se no nosso lugar.

MT – Duarte.

Duarte – Sentir que sou ouvido, que as minhas opiniões não são julgadas e as pessoas compreendem e apoiam e suportam. Não é que concordam sempre comigo, mas que ouvem e que não julgam.

MT – Daniel.

Daniel – Sentir que as pessoas não julgam no sentido mais pejorativo, que podem ser compreensivas.

Mariana – Eu não colocava a palavra empático. Nós somos todos estudantes de psicológica e sabemos que é colocar-nos no lugar do outro, acho que uma pessoa que não tenha esta formação pode não ter esta interpretação. Se calhar substituí-a por “incapacidade de colocar no lugar”.

Rita – Por acaso a ideia que eu tenho é que hoje em dia já é muito falado então acho que a maioria saberia o que é empatia.

Daniel – Pois também estava a pensar no mesmo. Até que ponto é que é tão técnico assim.

MT – Em inglês dizem: “Feeling others do not understand you or are unsympathetic”. Não é empático. Em castelhano: “La sensación dos demais no comprendem o no hacen caso”.

Mariana – Não são capazes de se pôr no meu lugar.

MT – Pôr ou colocar?

SB – Pôr.

MT – “Ter pensamentos que não são seus”. Rita.

Rita – Para mim está claro.

MT – Mariana.

Mariana – Eu acredito que para uma pessoa que pontue “0” é estranho, mas para uma pessoa que pontua “4” é adaptativo porque passa pela situação.

MT – Duarte.

Duarte – Também acho que é claro.

MT – Daniel.

Daniel – Também acho que está claro.

Mariana – Acho que está claro e escreveria tal e qual como está.

MT – A última que é a sessenta e oito: “Ter ideias ou crenças que não são compartilhadas pelos outros”. Mariana.

Mariana – Estamos a falar de que tipo de crença? Acredito muito numa coisa e as pessoas não conseguem perceber aquilo em que eu acredito, por exemplo a espiritualidade? Ou estamos a falar de um esquema?

MT – Daniel.

Daniel – Eu interpretei como tendo certas ideias ou pensamentos que não são propriamente partilhados pelos outros, ou seja, que as outras pessoas não acreditam e não partilham da mesma opinião.

MT – Duarte.

Duarte – Esta pergunta para mim está obviamente a medir se me sinto integrado culturalmente a nível dos meus valores, da maneira como vejo o mundo.

MT – Mariana.

Mariana S. – Eu acho que se percebe e é mais ou menos medir se as minhas ideias e crenças são díspares das outras pessoas.

MT – Rita.

Rita – Eu não sei se percebi bem. Quando eu li isto a minha mente foi logo para o julgamento dos outros. A forma como eu interpretei, até porque eu coloquei “1” foi o meu medo de dizer alguma coisa e as pessoas julgarem-me porque não têm o mesmo pensamento ou não percebem.

MT – Isto avalia ideação paranoide. Em castelhano está: “Tener ideas o crenças que los demais no compartem”. Em inglês está: “Having ideas or beliefs that others do not share”.

Duarte – Eu não interpretei nada como paranoide.

MT – Como é que pomos isto mais paranoide? Vamos ter de pensar.

Mariana – Eu colocaria: “Tenho sempre ideias ou crenças que os outros não compartilham”.

Daniel – Eu pensei: “Tenho ideias ou crenças que não são compartilhadas pelos outros recorrentemente”

Mariana – E se fosse: “Ter ideias ou crenças que apenas são partilhadas por mim”.

MT – Vamos ter de repensar nessa, já não temos tempo. Agradecemos imenso o vosso tempo e paciência. Obrigado!

Todos – Obrigado!

Anexo B

Consentimento Informado.

Instrumento retirado devido a proteção de cópia do autor.

Anexo C

Tabela de Codificação dos Perfis Recolhidos

	Serviço de Psicologia do Pavilhão 15: P15 Pavilhão 24A: P24A Unidade de Terapia Ocupacional: TO Serviço Partilhado para Adolescentes e Jovens Adultos – PEDO: PEDO Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica: UTRA Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (Internamento): UTRA-INTERNAMENTO Grupo Co-Dependência Emocional: GCODEP Comunidade: COM Equipa de Tratamento de Almada: ET-ALMADA
Local de Recolha	
	Rita Almeida: RA Mariana Silva: MS Miguel Trigo: MT Sandra Brito: SB Outros.
Identificação do Aplicador dos Instrumentos	
	Recolha 1: 001 Recolha 2: 002
Número de Recolha	
	2024: 24 2025: 25
Ano de Recolha	

Anexo D

Questionário de Dados Sociodemográficos

Instrumento retirado devido a proteção de cópia do autor.

Anexo E

Questionário para Caracterização da amostra

Instrumento retirado devido a proteção de cópia do autor.

Anexo F

Questionário de 90 Sintomas - SCL-90

Instrumento retirado devido a proteção de cópia do autor.

Anexo G

Escala do Stresse Percecionado (PSS-10)

Instrumento retirado devido a proteção de cópia do autor.

Anexo H

Inventário de Saúde Mental - MHI

Instrumento retirado devido a proteção de cópia do autor.

Anexo I

Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)

Instrumento retirado devido a proteção de cópia do autor.

Anexo J

Tabela V. *Estatística Descritiva do SCL-90 no grupo clínico das Perturbações de Stresse (n= 15)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Somatização	1,96	,94	1,25	1,83	2,58
Obsessões-Compulsões	2,56	,88	2,10	2,50	3,00
Sensibilidade Interpessoal	1,88	,84	1,11	1,89	2,67
Depressão	2,57	,96	1,62	2,88	3,38
Ansiedade	2,19	,99	1,50	2,20	3,00
Hostilidade	1,42	,90	,83	1,33	1,67
Ansiedade Fóbica	1,46	,99	,43	1,57	2,43
Ideação Paranoide	1,93	1,00	1,17	2,00	2,50
Psicoticismo	1,56	,92	,60	1,50	2,30
Escala Adicional	2,21	,86	1,86	2,43	2,86
Índice Geral de Sintomas	2	1	1	2	3
Total Sintomas Positivos	67	18	53	76	79
Índice de Sintomas Positivos	,75	,20	,59	,84	,88

Anexo K

Tabela VI. Estatística Descritiva do SCL-90 no grupo clínico das Queixas Emocionais (n= 11) e Perturbações do Neurodesenvolvimento (n=6)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Somatização	1,17	,73	,67	1,13	1,75
Obsessões-Compulsões	1,35	,81	,70	1,30	1,50
Sensibilidade Interpessoal	,95	,72	,33	,78	1,33
Depressão	1,31	,58	1,08	1,23	1,69
Ansiedade	1,01	,68	,50	,90	1,20
Hostilidade	,53	,21	,33	,50	,67
Ansiedade Fóbica	,32	,39	,00	,14	,43
Ideação Paranoide	1,17	,81	,50	1,00	1,83
Psicoticismo	,54	,48	,10	,50	,80
Escala Adicional	1,17	,59	,86	1,14	1,57
Índice Geral de Sintomas	1	0	0	1	1
Total de Sintomas Positivos	49	16	34	51	61
Índice de Sintomas Positivos	,54	,17	,38	,56	,68

Anexo L

Tabela VII. *Estatística Descritiva do SCL-90 no grupo clínico das Perturbações da Personalidade (n=19)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Somatização	1,33	,90	,50	1,25	2,08
Obsessões-Compulsões	1,91	1,07	1,00	1,80	2,60
Sensibilidade Interpessoal	1,38	,82	,78	1,61	1,89
Depressão	2,02	1,01	1,00	2,23	2,77
Ansiedade	1,37	1,03	,50	1,20	2,10
Hostilidade	1,29	1,00	,33	1,17	2,17
Ansiedade Fóbica	,74	,82	,14	,36	1,14
Ideação Paranoide	1,46	,87	,83	1,50	2,00
Psicoticismo	,86	,65	,30	,70	1,50
Escala Adicional	1,62	,83	1,14	1,57	2,29
Índice Geral de Sintomas	1	1	1	1	2
Total de Sintomas Positivos	58	24	49	65	76
Índice de Sintomas Positivos	,64	,26	,54	,72	,84

Anexo M

Tabela VIII. *Estatística Descritiva do SCL-90 no grupo clínico das Psicoses (n=38)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Somatização	1,14	,97	,42	,75	2,17
Obsessões-Compulsões	1,58	1,03	,90	1,40	2,20
Sensibilidade Interpessoal	1,21	,85	,56	1,11	1,56
Depressão	1,58	1,03	,77	1,31	2,38
Ansiedade	1,21	1,06	,40	,80	1,50
Hostilidade	,71	,82	,17	,33	1,17
Ansiedade Fóbica	,80	1,01	,14	,43	,86
Ideação Paranoide	1,56	1,09	,75	1,50	2,33
Psicoticismo	,92	,91	,30	,60	1,20
Escala Adicional	1,52	1,10	,86	1,29	2,29
Índice Geral de Sintomas	1	1	0	1	1
Total de Sintomas Positivos	46	21	30	46	65
Índice de Sintomas Positivos	,51	,23	,33	,51	,72

Anexo N

Tabela IX. Estatística Descritiva do SCL-90 no grupo clínico das Perturbações Depressivas e Ansiosas (n=131)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Somatização	1,37	,83	,67	1,25	1,92
Obsessões-Compulsões	1,90	,83	1,30	2,00	2,40
Sensibilidade Interpessoal	1,51	,90	,78	1,44	2,22
Depressão	1,97	,88	1,31	2,00	2,69
Ansiedade	1,54	,88	,80	1,30	2,10
Hostilidade	1,00	,80	,33	,83	1,33
Ansiedade Fóbica	,98	,91	,14	,71	1,43
Ideação Paranoide	1,40	,89	,67	1,33	2,00
Psicoticismo	,99	,78	,40	,80	1,50
Escala Adicional	1,72	,84	1,00	1,71	2,43
Índice Geral de Sintomas	1	1	1	1	2
Total de Sintomas Positivos	58	18	45	60	75
Índice de Sintomas Positivos	,65	,20	,50	,67	,83

Anexo O

Tabela X. *Estatísticas Descritivas do SCL-90 no grupo clínico das Dependências por uso de Substâncias (n=41)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Somatização	1,09	,78	,50	,75	1,58
Obsessões-Compulsões	1,50	,95	,60	1,50	2,20
Sensibilidade Interpessoal	1,09	,95	,33	,78	1,33
Depressão	1,56	,97	,77	1,31	2,31
Ansiedade	1,18	,98	,50	,90	1,90
Hostilidade	,79	,73	,33	,50	1,33
Ansiedade Fóbica	,74	,83	,07	,43	1,29
Ideação Paranoide	1,28	,87	,50	1,00	1,67
Psicoticismo	,91	,88	,20	,80	1,30
Escala Adicional	1,44	,84	,71	1,43	2,00
Índice Geral de Sintomas	1	1	0	1	2
Total de Sintomas Positivos	49	22	28	50	70
Índice de Sintomas Positivos	,55	,24	,31	,55	,78

Anexo P

Tabela XI. *Distribuição de gênero em cada grupo clínico (n=258)*

	Masculino	Feminino
Perturbações do Stresse	7	8
Queixas Psicopatológicas	6	5
Perturbações do Neurodesenvolvimento	3	3
Perturbações da Personalidade	8	11
Psicoses	20	18
Perturbações Depressivas e Ansiosas	48	80
Dependências por uso de Substâncias	27	14

Anexo Q

Tabela XII. Diferenças de Sintomatologia no SCL-90 em Função do Género, no Grupo Clínico das Psicoses ($n=38$)

	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Somatização	,88	,79	1,48	1,08	-1,866	,071	-0,645
Obsessões-Compulsões	1,49	,88	1,70	1,20	-0,628	,534	-0,207
Sensibilidade interpessoal	1,13	,91	1,31	,80	-0,613	,544	-0,202
Depressão	1,40	,86	1,80	1,20	-1,157	,255	-0,382
Ansiedade	,91	,82	1,56	1,22	-1,956	,058	-0,645
Hostilidade	,40	,47	1,08	1,00	-2,711	,010*	-0,894
Ansiedade Fóbica	,74	,98	,87	1,07	-0,409	,685	-0,135
Ideação Paranoide	1,48	1,15	1,66	1,02	-0,469	,642	-0,157
Psicoticismo	,74	,81	1,14	1,00	-1,347	,186	-0,445
Escala Adicional	1,36	1,08	1,71	1,12	-0,942	,353	-0,311
Índice Geral de Sintomas	1	1	1	1	-0,837	,409	-0,289
Total de Sintomas Positivos	41	19	51	23	-1,346	,188	-0,465
Índice de Sintomas Positivos	,46	,21	,57	,25	-1,346	,188	-0,465

Nota. *t* = Estatística de teste *t-student*; *ES* = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$

** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Anexo R

Tabela XIII. Diferenças de Sintomatologia no SCL-90 em Função do Género, no Grupo Clínico das Perturbações Depressivas e Ansiosas ($n=131$)

	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Somatização	1,12	,74	1,54	,84	-2,815	,006	-0,895
Obsessões-Compulsões	1,88	,75	1,90	,89	-0,128	,898	-0,389
Sensibilidade interpessoal	1,42	,88	1,55	,92	-0,821	,413	-0,517
Depressão	1,86	,90	2,03	,88	-1,024	,308	-0,559
Ansiedade	1,45	,76	1,59	,95	-0,875	,384	-0,528
Hostilidade	,85	,65	1,10	,87	-1,703	,091	-0,676
Ansiedade Fóbica	1,01	,90	,97	,91	0,249	,804	-0,315
Ideação Paranoide	1,33	,84	1,43	,93	-0,591	,556	-0,467
Psicoticismo	1,01	,82	,98	,77	0,224	,823	-0,322
Escala Adicional	1,65	,85	1,77	,84	-0,743	,459	-0,501
Índice Geral de Sintomas	1	1	1	1	0,198	,843	-0,347
Total de Sintomas Positivos	57	16	59	19	-0,681	,497	-0,519
Índice de Sintomas Positivos	,63	,18	,66	,21	-0,681	,497	-0,519

Nota. *t* = Estatística de teste *t-student*; *ES* = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$

** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Anexo S

Tabela XV. Diferenças de Sintomatologia no SCL-90 em Função do Género, no Grupo Clínico das Dependências por uso de Substâncias ($n=41$)

	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Somatização	1,05	,74	1,17	,88	-0,429	,670	-0,143
Obsessões-Compulsões	1,60	,89	1,31	1,07	0,898	,375	0,296
Sensibilidade interpessoal	1,14	,90	,99	1,07	0,455	,652	0,150
Depressão	1,62	,92	1,46	1,10	0,494	,624	0,163
Ansiedade	1,24	,78	1,07	1,31	0,516	,609	0,175
Hostilidade	,80	,62	,79	,93	0,044	,966	0,014
Ansiedade Fóbica	,86	,81	,52	,85	1,235	,224	0,409
Ideação Paranoide	1,33	,85	1,19	,94	0,471	,640	0,155
Psicoticismo	,96	,87	,83	,93	0,434	,667	0,143
Escala Adicional	1,53	,82	1,24	,88	1,045	,302	0,344
Índice Geral de Sintomas	1	1	1	1	1,450	,156	0,496
Total de Sintomas Positivos	53	21	41	22	1,666	,104	0,570
Índice de Sintomas Positivos	,59	,23	,46	,24	1,666	,104	0,570

Nota. *t* = Estatística de teste *t-student*; *ES* = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$

** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Anexo T

Tabela XVII. *Matriz de Correlações de Pearson entre o SCL-90 e PSS-10 (n=261)*

	PSS-10
Somatização	.48**
Obsessões - Compulsões	.65**
Sensibilidade Interpessoal	.56**
Depressão	.69**
Ansiedade	.64**
Hostilidade	.53**
Ansiedade Fóbica	.41**
Ideação Paranoide	.42**
Psicoticismo	.46**
Escala Adicional	.58**
Índice Geral de Sintomas	.63**
Total de Sintomas Positivos	.69**
Índice de Sintomas Positivos	.69**

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Anexo U

Tabela XVIII. Matriz de Correlações de Pearson entre o SCL-90 e do MHI-38
(n=261)

	1	2	3	4	5	6	7	8
Som	-,58**	-,53**	-,50**	-,58**	-,42**	-,33**	-,43**	-,56**
Obs	-,71**	-,63**	-,67**	-,72**	-,52**	-,40**	-,54**	-,70**
SI	-,65**	-,59**	-,60**	-,66**	-,42**	-,43**	-,45**	-,62**
Dep	-,75**	-,73**	-,77**	-,80**	-,63**	-,54**	-,66**	-,81**
Ans	-,75**	-,66**	-,65**	-,73**	-,47**	-,43**	-,50**	-,69**
Hos	-,56**	-,56**	-,51**	-,58**	-,38**	-,27**	-,38**	-,54**
AF	-,48**	-,43**	-,49**	-,49**	-,32**	-,31**	-,34**	-,46**
IP	-,54**	-,51**	-,51**	-,56**	-,22**	-,39**	-,28**	-,48**
Psi	-,62**	-,55**	-,59**	-,63**	-,30**	-,40**	-,35**	-,56**
EA	-,67**	-,65**	-,68**	-,71**	-,52**	-,44**	-,55**	-,70**
IGS	-,75**	-,68**	-,72**	-,76**	-,43**	-,44**	-,47**	-,70**
TSP	-,76**	-,70**	-,71**	-,77**	-,55**	-,44**	-,57**	-,75**
ISP	-,76**	-,70**	-,71**	-,77**	-,55**	-,44**	-,57**	-,75**

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; 1= Ansiedade; 2= Depressão; 3= Perda de Controle; 4= Distress Psicológico; 5= Afeto Positivo; 6= Laços Emocionais; 7= Bem-estar Psicológico; 8= Total; Som= Somatização; Obs= Obsessões-Compulsões; SI= Sensibilidade Interpessoal; Dep= Depressão; Ans= Ansiedade; Hos= Hostilidade; AF= Ansiedade Fóbica; IP= Ideação Paranoide; Psi=Psicoticismo; EA= Escala Adicional; IGS= Índice Geral de Sintomas; TSP= Total de Sintomas Positivos; ISP= índice de Sintomas Positivos

Anexo V

Tabela XIX. *Matriz de Correlações Pearson entre o SCL- 90 e o WHOQOL-Bref*
(*n= 261*)

	Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Somatização	-,46**	-,46**	-,47**	-,40**	-,30**
Obsessões – Compulsões	-,43**	-,54**	-,65**	-,50**	-,36**
Sensibilidade Interpessoal	-,36**	-,39**	-,58**	-,46**	-,35**
Depressão	-,48**	-,57**	-,75**	-,60**	-,39**
Ansiedade	-,48**	-,56**	-,59**	-,48**	-,39**
Hostilidade	-,33**	-,31**	-,47**	-,35**	-,34**
Ansiedade Fóbica	-,34**	-,42**	-,47**	-,27**	-,33**
Ideação Paranoide	-,30**	-,34**	-,37**	-,41**	-,35**
Psicoticismo	-,36**	-,45**	-,46**	-,46**	-,36**
Escala Adicional	-,46**	-,57**	-,62**	-,50**	-,35**
Índice Geral de Sintomas	-,45**	-,53**	-,61**	-,51**	-,42**
Total de Sintomas Positivos	-,43**	-,55**	-,65**	-,51**	-,39**
Índice de Sintomas Positivos	-,43**	-,55**	-,65**	-,51**	-,39**

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Anexo W

Tabela XX. Estatísticas descritivas das variáveis em estudo (n=161)

	<i>M</i>	<i>DP</i>
SCL 90		
Somatização	1,96	00,94
Obsessões-Compulsões	2,56	0,88
Sensibilidade interpessoal	1,88	0,84
Depressão	1,79	,94
Ansiedade	1,36	,90
Hostilidade	1,42	0,90
Ansiedade Fóbica	1,46	0,99
Ideação Paranoide	1,93	1,00
Psicoticismo	1,56	0,92
Escala Adicional	2,21	0,86
Índice Geral de Sintomas	2,00	1,00
Total de Sintomas Positivos	67	18
Índice de Sintomas Positivos	0,75	0,20
PSS-10	27,87	6,66
MHI-38		
Total	100,29	32,32
Ansiedade	27,87	8,68
Depressão	13,40	5,15
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	23,79	9,53
Distress Psicológico	65,93	22,14
Afetos Positivos	26,33	9,71
Laços Emocionais	7,47	3,60
Bem-estar Psicológico	33,80	12,73
WHOQOL-Bref		
<i>Geral</i>	52,67	20,95
Físico	58,04	17,45
Psicológico	53,27	21,33
Social	49,91	21,44
Ambiental	57,18	16,17

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Anexo X

Tabela XXI. Diferença de médias no SCL-90, por género (n=261)

	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Somatização	,98	,72	1,49	,88	-4,325	0,000***	-0,630
Obsessões-Compulsões	1,64	,83	1,83	,96	-1,503	0,135	-0,217
Sensibilidade interpessoal	1,20	,85	1,45	,92	-1,968	0,050*	-0,284
Depressão	1,61	,91	1,93	,95	-2,396	0,018**	-0,347
Ansiedade	1,17	,76	1,52	,97	-2,785	0,006**	-0,403
Hostilidade	,73	,66	1,09	,90	-3,090	0,002**	-0,444
Ansiedade Fóbica	,77	,82	,92	,93	-1,140	0,256	-0,164
Ideação Paranoide	1,32	,89	1,43	,97	-0,787	0,432	-0,113
Psicoticismo	,89	,79	,97	,81	-0,713	0,477	-0,103
Escala Adicional	1,47	,83	1,70	,87	-1,888	0,061	-0,272
Índice Geral de Sintomas	1,07	,74	1,19	,80	-1,076	0,283	-0,162
Total de Sintomas Positivos	49,89	19,62	56,42	20,53	-2,153	0,033*	-0,325
Índice de Sintomas Positivos	,55	,22	,63	,23	-2,153	0,033*	-0,325

Nota. *t* = Estatística de teste *t-student*; *ES* = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$

** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Anexo Y

Tabela XXII. Diferenças de médias no WHOQOL-Bref, por género (n=261)

	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Geral	54,65	21,44	51,00	20,70	1,210	0,228	0,173
Domínio Físico	58,76	17,89	57,40	17,18	0,537	0,592	0,078
Domínio Psicológico	57,12	21,12	50,52	21,05	2,184	0,030*	0,313
Domínio Social	52,30	21,74	48,11	21,35	1,358	0,176	0,195
Domínio Ambiental	58,61	16,47	56,36	15,88	0,965	0,336	0,139

Nota. *t* = Estatística de teste *t-student*; *ES* = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$

** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Anexo Z

Tabela XXVII. Diferenças de médias na percepção de Qualidade de vida no grupo clínico com Queixas Emocionais (n= 11)

<i>WHOQOL-Bref</i>	Não		Sim		<i>U</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Geral	52,78	21,35	48,75	12,43	811,500	.444	.192
Domínio Físico	58,08	17,73	56,79	12,87	900,000	.842	.074
Domínio Psicológico	52,89	21,79	57,50	11,25	797,000	.403	-.215
Domínio Social	50,04	21,69	50,00	18,84	931,500	.961	.002
Domínio Ambiental	57,04	16,38	57,19	11,32	929,000	.995	-.009

Nota. As colunas “*Não*” e “*Sim*” indicam, respectivamente, os participantes sem e com diagnóstico de Queixas Emocionais; *U* = Estatística de Mann-Whitney; *ES* = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Anexo AA

Tabela XXVIII. Diferenças de médias na percepção de Qualidade de vida no grupo clínico com Perturbações do Neurodesenvolvimento (n= 6)

<i>WHOQOL-Bref</i>	Não		Sim		<i>U</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Geral	52,78	20,76	45,83	29,23	460,500	,386	.331
Domínio Físico	58,15	17,46	53,57	19,43	481,500	,505	.262
Domínio Psicológico	53,43	21,40	43,06	20,01	411,000	,226	.486
Domínio Social	50,35	21,35	40,28	26,57	445,000	,340	.468
Domínio Ambiental	56,94	16,17	60,42	16,14	509,000	,655	-.215

Nota. As colunas “*Não*” e “*Sim*” indicam, respetivamente, os participantes sem e com diagnóstico de Perturbação do Neurodesenvolvimento; *U* = Estatística de Mann-Whitney; *ES* = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Anexo BB

Tabela XXIX. Diferenças de médias na percepção de Qualidade de vida no grupo clínico com Perturbações da Personalidade (n=19)

<i>WHOQOL-Bref</i>	Não		Sim		<i>U</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Geral	52,36	21,09	54,61	20,50	1606,000	,658	-,107
Domínio Físico	57,92	17,54	58,93	17,42	1598,500	,957	-,057
Domínio Psicológico	53,45	21,17	49,77	23,89	1449,500	,440	,172
Domínio Social	50,84	21,37	42,54	22,03	1351,000	,138	,387
Domínio Ambiental	57,08	15,65	56,74	20,71	1645,000	,876	,021

Nota. As colunas “*Não*” e “*Sim*” indicam, respectivamente, os participantes sem e com diagnóstico de Perturbação da Personalidade; *U* = Estatística de Mann-Whitney; *ES* = Tamanho do Efeito (D de Cohen); * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$