



**Psicopatologia e Qualidade de Vida: Contribuições para a Validação
do SCL-90 na População Portuguesa**

MARIANA FILIPA DA CONCEIÇÃO SILVA

31615

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ARTUR MIGUEL TRIGO

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ARTUR 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 Professor Doutor Miguel Trigo, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

*“I can do things you cannot, you can do things I
cannot; together we can do great things”*

Madre Teresa de Calcutá

Agradecimentos

A minha jornada no ISPA começou em setembro de 2023, quando decidi sair da minha zona de conforto em busca de maior crescimento pessoal e académico. Posso afirmar, com convicção, que foi uma das melhores decisões que já tomei. Esta instituição acolheu-me com profissionais de enorme qualidade e proporcionou-me experiências e aprendizagens que levarei para sempre comigo.

Ao meu orientador, Professor Doutor Miguel Trigo, um especial agradecimento. Obrigada pela oportunidade de integrar um estudo que tanto sentido me fez, pela confiança, pela orientação rigorosa, pelas palavras de incentivo e até pelo bom humor nos momentos certos. A sua orientação foi essencial para que acreditasse, até ao fim, que este caminho seria possível.

À Professora Doutora Sandra Brito, que desde o segundo semestre deste mestrado me fez apaixonar ainda mais por esta área que tanto me preenche. Agradeço pelas palavras de encorajamento e pelo entusiasmo contagiante, que impediram o desânimo em dias de recolha menos produtivos.

Ao Doutor Afonso Paixão, pela presença fundamental na recolha presencial, pela forma ágil e dedicada como conduziu cada etapa e pela confiança depositada no sucesso deste estudo.

À Unidade Local de Saúde de São José – Hospital Júlio de Matos, a todos os profissionais de saúde e a todos os colaboradores do projeto, que com total disponibilidade tornaram possível esta investigação. E, sobretudo, a cada participante que aceitou integrar este estudo, sem os quais nada disto seria possível.

Aos meus colegas de seminário de dissertação, por cada partilha, reflexão e entreajuda.

À minha mãe, por tornar possível este percurso académico.

Ao meu irmão, por desde sempre ser um exemplo que quero seguir. Obrigada por estares presente, por me inspirares e por me motivares a ser melhor.

Ao André, que estive ao meu lado em cada etapa, em cada momento de dúvida e também nas pequenas conquistas que pareciam invisíveis. Pela palavra certa no momento certo, pelas gargalhadas que aliviaram o carregar de dias mais pesados, e pela compreensão que dispensa explicações. Obrigada por nunca teres deixado que o desânimo ganhasse lugar, por acreditares em mim quando já nem eu acreditava, e por me mostrares que amizade também é paciência, presença e calma. Esta caminhada lado a lado foi uma das partes mais bonitas desta jornada. Sem ti, esta aventura não teria metade do significado.

A todos os amigos e amigas, pela paciência, pelo apoio e por nunca deixarem de estar presentes, nos dias bons e nos outros também. A vossa presença foi essencial para equilibrar o peso deste percurso.

A todos aqueles que, de alguma forma, passaram pela minha vida nestes vinte e dois anos e contribuíram, direta ou indiretamente, para que me tornasse quem sou hoje.

Por fim, dedico esta dissertação à pessoa mais importante da minha vida, que partiu antes de me ver chegar até aqui, o meu pai. O meu maior exemplo, o meu melhor amigo e a ausência que se transformou na presença mais constante na minha vida. Já se passaram dez anos, mas continuas a ser o colo que procuro nos dias difíceis e a força que me empurra para a frente quando tudo parece pesar. Estás em cada conquista, em cada escolha e em cada passo que dou, mesmo sem estares aqui para ver. Esta vitória é tanto minha quanto tua. A saudade é imensurável, mas o amor é ainda maior. Continuas comigo em tudo o que faço, em tudo o que sou e em tudo o que ainda ambiciono ser.

Resumo

Âmbito: As perturbações psicológicas envolvem alterações do pensamento, do comportamento e das emoções, gerando sofrimento psicológico e impacto significativo no funcionamento global dos indivíduos. Estas alterações manifestam-se frequentemente em dificuldades emocionais, relacionais, académicas e laborais, comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar. Em Portugal, mais de um quinto da população apresenta uma perturbação do foro mental, situação muitas das vezes subdiagnosticada devido ao estigma, à baixa literacia em saúde mental e à subnotificação de sintomas. **Objetivo:** Estudo 1. Realização da revisão final da tradução e adaptação linguística do Questionário de 90 Sintomas (SCL-90). Estudo 2. Comparar o relato de queixas psicopatológicas e a perceção de qualidade de vida em três amostras: comunitária com e sem queixa psicológica e clínica. **Plano:** O estudo 1 é qualitativo e exploratório, consistindo num grupo focal com oito participantes finalistas do Mestrado em Psicologia Clínica, com a finalidade de adaptar linguística e culturalmente a versão portuguesa do SCL-90. O estudo 2 é quantitativo, de natureza correlacional e transversal, com uma única observação. Participaram 774 adultos portugueses, distribuídos em três grupos: amostra comunitária sem queixa psicológica ($n = 433$), amostra comunitária com queixa psicológica ($n = 138$) e amostra clínica ($n = 203$). A recolha de dados decorreu em formato *online* e presencialmente na ULS de São José, Hospital Júlio de Matos. O protocolo incluiu um questionário de dados sociodemográficos e clínicos, o Questionário de 90 Sintomas, a Escala de Stresse Percebido, o Inventário de Saúde Mental e o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. **Resultados:** Verificaram-se diferenças significativas entre os três grupos, tanto na expressão psicopatológica, como na perceção de qualidade de vida. A amostra clínica apresentou níveis mais elevados de sintomatologia e menor perceção de qualidade de vida, seguida da amostra comunitária com queixa psicológica e, por último, da amostra sem queixa. As correlações entre sintomas e qualidade de vida foram negativas e significativas em todos os domínios. Foram ainda observadas diferenças entre géneros, com tendência para sintomas mais internalizantes nas mulheres e externalizantes nos homens. **Conclusão:** A sintomatologia psicopatológica compromete de forma significativa a perceção de qualidade de vida, reforçando a importância do rastreio psicológico e da implementação de estratégias de intervenção precoce em contextos clínicos e comunitários.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida; Escala de 90 Sintomas; Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – versão abreviada; Sintomas Psicopatológicos; Perturbação Mental.

Abstract

Scope: Psychological disorders involve alterations in thought, behavior, and emotions that generate psychological distress and significantly impair overall functioning. These alterations often result in emotional, relational, academic and occupational difficulties, compromising quality of life and well-being. In Portugal, more than one-fifth of the population presents with a psychological disorder, a situation often underdiagnosed due to stigma, low mental health literacy, and underreporting of symptoms. **Objective:** Study 1. Conduct the final revision of the linguistic and cultural adaptation of the Symptom Checklist-90 (SCL-90). Study 2. To compare the report of psychopathological complaints and perceived quality of life across three samples: a community sample without psychological complaints, a community sample with psychological complaints, and a clinical sample. **Methods:** Study 1 employed a qualitative, exploratory design using a focus group composed of eight final-year Master's students in Clinical Psychology, with the purpose of linguistically and culturally adapting the Portuguese version of the SCL-90. Study 2 adopted a quantitative, correlational, cross-sectional design, involving a single observation. A total of 774 portuguese adults participated, distributed into three groups: community sample without psychological complaints ($n = 433$), community sample with psychological complaints ($n = 138$), and clinical sample ($n = 203$). Data collection took place both online and in person at ULS São José – Hospital Júlio de Matos. The assessment protocol included a sociodemographic and clinical questionnaire, the Symptom Checklist – 90 (SCL-90), the Perceived Stress Scale (PSS-10), the Mental Health Inventory (MHI), and the World Health Organization Quality of Life Instrument – Abbreviated Version (WHOQOL-Bref). **Results:** Significant differences were found among the three groups in both psychopathological expression and perceived quality of life. The clinical sample presented the highest levels of symptomatology and the lowest perception of quality of life, followed by the community sample with psychological complaints, and finally the sample without complaints. Negative and significant correlations were observed between psychopathological symptoms and all domains of quality of life. Gender differences were also found, with women showing a tendency toward more internalizing symptoms and men toward more externalizing symptoms. **Conclusion:** Psychopathological symptomatology significantly compromises perceived quality of life, underscoring the importance of psychological screening and early intervention strategies in both clinical and community contexts.

Key-words: Quality of Life, Symptoms Checklist-90; World Health Organization Quality of Life Instrument – Abbreviated Version; Psychopathological Symptoms; Psychological Disorder.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Revisão de Literatura	2
2.1. Saúde Mental e Psicopatologia	2
2.1.1. O Lugar da Psicopatologia	2
2.1.2. Modelo Biopsicossocial	4
2.1.3. Epidemiologia e Psicopatologia	6
2.1.4. Rastreio Psicopatológico na Comunidade.....	8
2.1.5. Instrumentos de Rastreio Psicopatológico	11
2.1.6. Transdiagnóstico	13
2.2. Qualidade de Vida e Psicopatologia.....	14
2.2.1. O Lugar da Qualidade de Vida.....	14
2.2.2. Qualidade de Vida e Saúde Mental.....	16
2.2.3. Qualidade de Vida e Sofrimento Psicológico	17
3. Estudo 1. Adaptação Linguística e Cultural do SCL-90.....	19
3.1. Objetivos	19
3.1.1. Objetivo Geral	19
3.1.2. Objetivos Específicos	19
3.2. Método	19
3.2.1. Plano do Estudo.....	19
3.2.2. Participantes	20
3.2.3. Critérios	20
3.2.4. Procedimentos	20
3.2.5. Instrumentos.....	20
3.3. Resultados	20
3.4. Discussão.....	22
4. Estudo 2. Psicopatologia e Qualidade de Vida	22
4.1. Objetivos	22
4.1.1. Objetivo Geral	22
4.1.2. Objetivos Específicos	23

4.2. Hipóteses	23
4.3. Método	24
4.3.1. Plano do Estudo.....	24
4.3.2. Participantes	24
4.3.3. Critérios	24
4.3.4. Procedimentos	25
4.3.5. Instrumentos.....	26
4.3.5.1. Questionário de dados sociodemográficos	26
4.3.5.2. Questionários para caracterização clínica	26
4.3.5.3. Questionário de 90 Sintomas (SCL-90)	26
4.3.5.4. Escala do Stress Percecionado – 10 (PSS-10).....	29
4.3.5.5. Inventário de Saúde Mental (MHI)	29
4.3.5.6. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref®).....	30
4.3.6. Ética e Deontologia	32
4.3.7. Análise de Dados.....	32
4.4. Resultados	33
4.4.1. Caracterização Sociodemográfica	33
4.4.2. Caracterização Clínica.....	35
4.4.3. Estudo Psicométrico do SCL-90	36
4.4.3.1. Consistência Interna	36
4.4.3.2. Valores Normativos por Tipo de Amostra.....	37
4.4.3.3. Classes Normalizadas.....	40
4.4.4. Estudos de Validade.....	41
4.4.4.1. Estudo de Diferenças de Médias	41
O papel do Género.....	41
Distribuição da Psicopatologia.....	43
Psicopatologia e Qualidade de Vida.....	44

Qualidade de Vida em Função dos Níveis de Cuidado.....	46
4.4.4.2. Estudos Correlacionais	47
Psicopatologia e Qualidade de Vida.....	47
Idade, Psicopatologia e Qualidade de Vida.....	49
4.5. Discussão.....	50
4.6. Limitações	53
5. Considerações Finais	54
Bibliografia.....	55
Anexos.....	71
Anexo A – Consentimento Informado.....	71
Anexo B – Consistência Interna dos Restantes Instrumentos.....	73
Anexo C – Estudo dos Valores Normativos por Amostra e Género	74

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Caracterização das amostras em função do local, tipo, presença de queixas e modo</i> <i>(n = 774)</i>	24
Tabela 2. <i>Características sociodemográficas das amostras</i>	34
Tabela 3. <i>Distribuição das categorias psicopatológicas nas amostras com queixa (n = 339)</i> ..	36
Tabela 4. <i>Consistência interna do SCL-90 (n = 764)</i>	37
Tabela 5. <i>Consistência interna dos restantes instrumentos (n = 742)</i>	73
Tabela 6. <i>Estatísticas descritivas do SCL-90 por amostra (n = 755)</i>	39
Tabela 7. <i>Resultados dos testes de Kruskal-Wallis nas subescalas do SCL-90 por amostra (n</i> <i>= 755)</i>	40
Tabela 8. <i>Categorização descritiva das subescalas em cinco classes normalizadas na amostra</i> <i>comunitária sem queixa psicopatológica</i>	74
Tabela 9. <i>Categorização descritiva das subescalas em cinco classes normalizadas na amostra</i> <i>comunitária com queixa psicopatológica</i>	76
Tabela 10. <i>Categorização descritiva das subescalas em cinco classes normalizadas na amostra</i> <i>clínica</i>	78
Tabela 11. <i>Estatísticas descritivas do SCL-90 por género na amostra comunitária sem queixa</i> <i>(n = 381)</i>	41
Tabela 12. <i>Estatísticas descritivas do SCL-90 por género na amostra comunitária com</i> <i>queixa (n = 126) e na amostra clínica (n = 180)</i>	42
Tabela 13. <i>Subescalas do SCL-90 por tipo de amostra (n = 774)</i>	43
Tabela 14. <i>Comparações post-hoc (Games-Howell) das subescalas do SCL-90 por tipo de</i> <i>amostra (valores de p e d de Cohen)</i>	44
Tabela 15. <i>Estatísticas descritivas dos domínios do WHOQOL-Bref em função do tipo de</i> <i>amostra (n = 670)</i>	45
Tabela 16. <i>Resultados da ANOVA One-Way nos domínios do WHOQOL-Bref em função do</i> <i>tipo de amostra</i>	45
Tabela 17. <i>Comparações post-hoc dos domínios da qualidade de vida por tipo de amostra</i> <i>(valores de p e d de Cohen)</i>	46
Tabela 18. <i>Contrastes lineares ponderados da qualidade de vida entre os níveis de cuidado</i> ...46	
Tabela 19. <i>Correlações de Pearson entre as subescalas do SCL-90 e os domínios da</i> <i>WHOQOL-Bref na amostra comunitária sem queixa (n = 433)</i>	47
Tabela 20. <i>Correlações de Pearson entre as subescalas do SCL-90 e os domínios do</i> <i>WHOQOL-Bref na amostra comunitária com queixa (n = 138)</i>	48

Tabela 21. <i>Correlações de Pearson entre as subescalas do SCL-90 e os domínios do WHOQOL-Bref na amostra clínica (n = 203)</i>	48
Tabela 22. <i>Correlações de Pearson entre a idade e os domínios do SCL-90</i>	50
Tabela 23. <i>Correlações de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Bref e a idade</i>	50

1. Introdução

As perturbações psicológicas são condições que fragilizam o funcionamento normativo dos indivíduos, afetando dimensões fundamentais como a cognição, a regulação emocional ou o comportamento. Embora estas alterações sejam comuns ao longo de toda a extensão do ciclo vital, podem interferir significativamente no funcionamento dos sujeitos, causando impacto no desempenho de atividades de vida diária e desadequação e/ou deterioração do funcionamento psicológico, biológico e social. A sinalização destas situações é importante, dado a progressão e cronificação das queixas, uma vez que a prevalência de perturbações mentais na população tem vindo a expandir-se (APA, 2014; Vigo et al., 2016).

Podemos conceber a psicopatologia de acordo com uma perspetiva biopsicossocial, integrando diferentes dimensões, designadamente fatores biológicos (disfunções cerebrais, genética e anomalias neuroanatômicas), fatores psicológicos (padrões de pensamento disfuncionais, stresse crónico, adversidade infantojuvenil e desregulação emocional) e fatores sociais (contexto e apoio social, relações interpessoais, condições e eventos de vida) (APA, 2014; Barlow et al., 2018; WHO, 2019).

A classificação e o diagnóstico nosológico de perturbações psicológicas baseiam-se fortemente no Manual Diagnóstico de Perturbações Mentais (DSM-5) (APA, 2014) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (OMS, 2022). Considerando a diversidade de condições clínicas presentes nestas classificações, a dificuldade de detetar precocemente estas condições e os custos associados à perturbação psicológica, torna-se fundamental validar instrumentos robustos que possam fazer o rastreio de um largo espectro de queixas e perturbações psicológicas na população clínica e não clínica. Sabendo-se que as perturbações mentais assumem globalmente um impacto adverso na qualidade de vida, algumas denotam um impacto mais substancial, com destaque para a distímia, a depressão, a perturbação de pânico, a fobia social e a perturbação de stresse pós-traumático (Alonso et al., 2004).

A nível global, as perturbações psicológicas continuam a aumentar de forma significativa. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019), uma em cada oito pessoas vive atualmente com uma perturbação, o que representa cerca de 970 milhões de indivíduos. Este valor traduz um aumento expressivo face a anos anteriores, refletindo a crescente prevalência destas condições a nível mundial.

Adicionalmente, é esperado que existam padrões de psicopatologia específicos em diferentes países, de acordo com representações sociais e culturais (Baumeister & Härter,

2007). Em Portugal, mais de um quinto da população adulta é afetada por uma perturbação psicológica (22.9%), sendo considerado o segundo país europeu com maior prevalência de perturbações do foro mental. Os dados disponíveis confirmam que as perturbações depressivas e ansiosas são as mais frequentemente reportadas (OPP, 2013), estando também estas associadas a indicadores mais baixos de qualidade de vida (Saarni, 2008).

Uma vez que os fatores emocionais, comportamentais e psicológicos são centrais na experiência humana e influenciam o bem-estar, a presente investigação pretende esclarecer em que medida existem diferenças na perceção de qualidade de vida entre indivíduos com e sem queixa psicopatológica.

2. Revisão de Literatura

2.1. Saúde Mental e Psicopatologia

2.1.1. O Lugar da Psicopatologia

Desde a Antiguidade e Idade Média que as noções de “possessão” e “loucura” eram atribuídas a indivíduos que apresentassem comportamentos disruptivos e desadequados face às normas sociais, sendo tendencialmente interpretados como manifestações de forças sobrenaturais. Em concordância com a crença de que esses comportamentos resultavam de um castigo divino ou de possessão demoníaca, estas pessoas eram sujeitas a isolamento social e a cultos divinos, onde se procurava restabelecer a “pureza” espiritual do indivíduo, através de práticas cruentas como acorrentar, flagelar, escorraçar, privar de alimento ou condenar à fogueira (Taylor, 1992). Como resultado, esta população era percecionada com elevado estigma social e, por isso, frequentemente marginalizada e percebida como uma ameaça à comunidade (Borba et al, 2012; Azenha, 2014).

Não obstante, com o avançar dos anos, foram sendo desenvolvidas novas formas de entendimento e abordagem que culminaram na criação dos hospitais psiquiátricos. Inicialmente concebidos com o intuito de contenção, alienação e separação de indivíduos que apresentassem comportamentos considerados desviantes, também conduziram ao isolamento institucional que resultou numa enorme desumanização, com prejuízos para a autonomia e identidade, além da intensificação do estigma social (Scull, 2015). Graças aos avanços na Psiquiatria e na Psicologia, as abordagens à saúde mental evoluíram significativamente, tornando-se cada vez mais personalizadas e focadas no bem-estar integral do paciente, fundamentadas em modelos científicos e humanizados, capazes de reconhecer a complexidade das condições psicológicas (Bolton & Gillet, 2019).

Embora o modelo biomédico tenha começado por definir a saúde, como a ausência de doença, este conceito progrediu no sentido de se definir como um padrão de desenvolvimento harmonioso e de bem-estar generalizado, como um estado adaptativo geral, de bem-estar psicológico, social e biológico (OMS, 2016). Assim, a saúde mental implica a capacidade de o indivíduo realizar as suas capacidades, de gerir dificuldades habituais da vida, de trabalhar de forma produtiva e frutífera e de ser capaz de prestar uma contribuição à comunidade. Esta conceptualização reflete uma interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, base do modelo biopsicossocial, o qual sustenta que a interação entre estas três dimensões é essencial para a homeostase e o equilíbrio psicológico dos indivíduos (Friedli, 2009; WHO, 2012).

A Psicologia também oferece uma perspetiva fundamental na compreensão da saúde mental. Segundo a abordagem winnicottiana, as bases da saúde mental são determinadas nos estádios iniciais do desenvolvimento e envolvem processos de maturação que são mediados pelas condições do meio envolvente, tornando-se este um elemento facilitador neste processo (Santos, 1999). Quando o cuidador é responsivo e o ambiente é “suficientemente bom”, a criança desenvolve a capacidade de regular a tensão psíquica e de construir um *self* autêntico. Em contrapartida, quando ocorrem constantes falhas do ambiente, o sujeito pode recorrer a mecanismos de defesa menos adaptativos, originando a construção de um falso *self* e potenciais dificuldades emocionais na vida adulta que comprometem a autenticidade e o bem-estar emocional, podendo resultar numa maior vulnerabilidade à presença de psicopatologia (Winnicott, 1965). A saúde mental envolve, então, a capacidade de o indivíduo ser capaz de gerir a tensão psíquica dentro de um ambiente seguro (Winnicott, 1991; Winnicott, 2018).

Inicialmente centrada na classificação de perturbações, a psicopatologia evoluiu para um campo em que, para além da sua função diagnóstica, passou a ter como finalidade a compreensão do impacto destas perturbações no pensamento, emoção e comportamento (Bergner, 1997; Stranghellini, 2009; APA, 2014). Neste sentido, a psicopatologia não se limita a catalogar sintomas, mas também considera a forma como estes afetam a experiência subjetiva do indivíduo e a sua relação com a realidade objetiva. Assim, torna-se uma ferramenta capaz de mapear e compreender o sofrimento psicológico, contribuindo para a identificação, diagnóstico e tratamento apropriados, respeitando as particularidades de cada caso, tornando a abordagem terapêutica mais eficaz. Contudo, as definições de psicopatologia e de perturbação psicológica variam significativamente consoante os contextos culturais, sendo influenciadas por valores, crenças e normas sociais dos mesmos (Dogra & Cooper, 2017).

A sintomatologia psicopatológica pode, muitas das vezes, comprometer de forma mais significativa a vida dos sujeitos, do que diversas doenças físicas, manifestando-se ao nível da consciência, memória, percepção, emoções, pensamento e discurso (Correia & Sampaio, 2014). O campo da psicopatologia encontra-se organizado em três orientações principais: descritiva ou geral, clínica e teórica. A psicopatologia descritiva refere-se à descrição dos estados mentais, experiências e comportamentos do paciente, exatamente como são experienciados por ele, com o objetivo de aprimorar a reflexão sobre os mesmos, permitindo ao clínico uma visão mais detalhada da vivência (Sanati, 2020; Figueira et al., 2020). Por sua vez, a psicopatologia clínica enfatiza a identificação de fenómenos significativos para as distinções nosográficas e agrupamento em síndromes diagnósticas de acordo com os sinais e sintomas observados. Já a psicopatologia teórica, concentra-se em fenómenos, essencialmente no estudo da etiologia das queixas clínicas, ou seja, nas causas subjacentes das perturbações psicológicas, estabelecendo pontes com as abordagens descritiva e clínica (Schultze-Lutter et al., 2018; Figueira et al., 2020).

Adicionalmente, a psicopatologia tende a distinguir ainda as perturbações psicológicas comuns, das graves. As primeiras englobam perturbações de ansiedade, do humor, afetivas, do controlo de impulsos e do uso de álcool e outras substâncias, sendo bastante prevalentes na população geral. Já as perturbações psicológicas mais graves, são a esquizofrenia e a doença bipolar que apresentam maior complexidade, englobando sintomas psicóticos e dificuldades significativas no desempenho de atividades diárias e profissionais (de Almeida, 2018).

2.1.2. Modelo Biopsicossocial

O modelo biopsicossocial proposto por Engel (1977), surgiu como resposta às limitações do paradigma biomédico tradicional, ao oferecer uma abordagem integrada da saúde e da doença. Esta perspetiva considera que a psicopatologia resulta de uma interação disfuncional entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, comprometendo o equilíbrio e a homeostase do indivíduo. Assim, a presente investigação adota este modelo como referencial teórico, considerando a sua relevância para demonstrar que a psicopatologia não afeta apenas o funcionamento psicológico, mas também tem implicações nas dimensões biológicas e sociais.

Esta perspetiva permite compreender as múltiplas repercussões da psicopatologia na qualidade de vida, um construto multifatorial amplamente reconhecido como indicador de saúde e bem-estar (Wade & Halligan, 2017). Sob o prisma do modelo biopsicossocial, a qualidade de vida está diretamente associada ao bem-estar físico, emocional e social, os quais

interagem entre si e explicam variações na percepção de maior ou menor qualidade de vida em populações clínicas e não clínicas (Bolton & Gillet, 2019).

As perturbações psicológicas são hoje compreendidas como resultado de uma interação complexa entre múltiplos fatores que influenciam o desenvolvimento de sinais e sintomas. Entre os mais influentes, destacam-se os fatores genéticos e biológicos que contribuem para a maioria das doenças humanas e condicionam a suscetibilidade, a gravidade dos sintomas, o curso clínico e a resposta ao tratamento. Em condições como a esquizofrenia, a doença bipolar, as perturbações de ansiedade e as perturbações do neurodesenvolvimento (i.e., perturbação do espectro do autismo, perturbação de hiperatividade e déficit de atenção), o risco de transmissão hereditária situa-se entre 9 e 13% (Meyer-Lindenberg & Tost, 2012; Sullivan & Geschwind, 2019).

Contudo, estes fatores não atuam de forma isolada. Os determinantes sociais e económicos exercem igualmente um papel central na prevalência e no desenvolvimento de psicopatologia. O desemprego associa-se a níveis mais elevados de morbilidade e mortalidade precoce (Stevens, 2005), enquanto níveis reduzidos de escolaridade se correlacionam com maior ocorrência de perturbações psicológicas (Patel & Kleinman, 2003). A pobreza, caracterizada pela escassez de recursos monetários e materiais, traduz-se em menor acesso a cuidados de saúde e maior vulnerabilidade ao sofrimento psicológico (WHO, 2001). De igual modo, a qualidade da habitação constitui um indicador relevante de proteção social, económica, física e psicológica (Patel & Kleinman, 2003), sendo que a urbanização tem sido associada a um risco acrescido de desenvolvimento de psicopatologia, em virtude da exposição ao stresse, à sobrepopulação, ao declínio dos laços familiares, a estilos de vida menos saudáveis e sustentáveis e a condições habitacionais precárias (WHO, 2001).

Associados a estes determinantes, encontram-se ainda fatores psicossociais, culturais e ambientais que ampliam a vulnerabilidade à psicopatologia. A discriminação e a desigualdade social (incluindo género, raça, etnia, migração, orientação sexual e estatuto ocupacional) afetam desproporcionalmente grupos vulneráveis, perpetuando ciclos de exclusão e comprometimento da saúde mental (Silva et al., 2016). Também as experiências adversas precoces, como abuso, negligência ou contextos familiares disfuncionais, constituem fatores de risco com impacto duradouro ao longo da vida (WHO, 2001). Populações em situação de exclusão social, como pessoas portadoras de incapacidade, em situação de sem-abrigo, minorias étnicas, migrantes e indivíduos institucionalizados, enfrentam barreiras acrescidas no acesso a bens essenciais,

como habitação, educação e serviços de saúde, o que compromete de forma significativa a sua saúde mental (Wilkinson & Marmot, 2003).

Aspetos culturais podem igualmente interferir na conceptualização e na resposta social à perturbação psicológica. A rigidez cultural e a resistência à mudança tendem a reforçar padrões discriminatórios e a estigmatização de comportamentos considerados desviantes (Bhugra, 1993). Acresce a influência de acontecimentos de vida potencialmente stressores, como catástrofes naturais, abuso infantil, violência ou doenças crónicas, frequentemente associados a quadros depressivos, ansiosos, de perturbação de stress pós-traumático e, em situações mais extremas, a comportamentos suicidários (WHO, 2001).

De forma complementar, os fatores ambientais e psicossociais devem ser compreendidos como dimensões interligadas, abrangendo componentes físicas, domésticas, socioeconómicas e digitais. O ambiente físico refere-se a condições habitacionais, urbanização, características da vizinhança, exposição a habitação de baixa qualidade, alterações climáticas e desastres naturais. O ambiente doméstico relaciona-se com dinâmicas familiares, práticas parentais e organização familiar, enquanto o contexto socioeconómico e digital envolve fenómenos contemporâneos como o *cyberbullying*, a dependência tecnológica, o impacto na higiene do sono e o fenómeno *Fear of Missing Out* (FOMO) (Dohrenwend, 2000).

Para além da identificação isolada de fatores de risco, importa destacar a elevada prevalência de comorbilidade entre várias perturbações, sobretudo entre quadros ansiosos, depressivos e no uso de substâncias. Estas comorbilidades tendem a manifestar-se de forma simultânea e estão frequentemente associadas a variáveis demográficas como idade, género, estatuto socioeconómico e à exposição a eventos de vida adversos (Kessler et al., 2010). Importa salientar que determinados grupos populacionais são particularmente suscetíveis a estas manifestações clínicas. O género feminino, por exemplo, apresenta maior prevalência de perturbações depressivas e ansiosas (Kuehner, 2017), enquanto a população idosa tende a experienciar sintomatologia associada a alterações cognitivas, sintomas depressivos e sentimentos de isolamento, frequentemente exacerbados por fatores como a perda de autonomia e mudanças nas dinâmicas sociais (Prince et al., 2015; Kuehner, 2017).

2.1.3. Epidemiologia e Psicopatologia

As queixas psicopatológicas são altamente prevalentes a nível mundial, estimando-se que cerca de uma em cada oito pessoas viva com algum tipo de perturbação psicológica (WHO, 2019). Na Europa, os países do sul e do leste, como Bulgária, Espanha, Itália e Roménia,

apresentam os valores mais diminuídos, situando-se entre 5% e 10%. Inversamente, Portugal regista uma prevalência superior, sendo o segundo país europeu com maior incidência de perturbação mental na população adulta, apenas atrás da Irlanda do Norte (Almeida, 2018). De facto, 22,9% da população portuguesa apresenta algum tipo de queixa psicológica, com as perturbações do espectro da ansiedade (16,5%) e do humor (7,9%), a serem destacadas como as mais frequentes. Já as condições menos prevalentes incluem as perturbações do controlo de impulsos (3,5%) e relacionadas com o uso de álcool e substâncias (1,6%) (Silva et al., 2016; Almeida, 2018).

No que concerne ao género, o feminino apresenta um risco significativamente superior de desenvolver perturbações psicológicas, o que tem sido associado a uma maior internalização do *distress*, contribuindo para o desenvolvimento de perturbações depressivas, ansiosas e, em casos mais graves, ideação suicida (Rabasquinho & Pereira, 2007). Outros fatores que poderão contribuir para este efeito incluem traços de personalidade, como a introversão e o neuroticismo, a sobrecarga emocional, as desigualdades de género e as expectativas sociais. Por sua vez, o género masculino tende a apresentar maior incidência de perturbações do impulso e relacionadas com o uso de substâncias, condições que, como referido, apresentam menor prevalência na população portuguesa (Almeida, 2018). Estes dados podem refletir uma maior propensão masculina para a procura de sensações, impulsividade e desinibição (Rabasquinho & Pereira, 2007).

Relativamente ao estatuto socioeconómico, observa-se que indivíduos de classes mais baixas apresentam maior prevalência de perturbações mentais comuns, sendo mais vulneráveis devido a fatores como desemprego, baixo nível de escolaridade e reduzidos rendimentos (Santos et al., 2019).

Existe também uma variação geográfica, com diferenças entre áreas urbanas e rurais, bem como entre países e regiões. Por exemplo, a esquizofrenia revela maior prevalência em contextos urbanos, sendo o risco aproximadamente o dobro em comparação a áreas rurais (Vassos et al., 2012). Esta associação tem sido relacionada a fatores como stresse social, desigualdades socioeconómicas e maior exposição a comportamentos de saúde de risco, como o consumo de estupefacientes (Fett et al., 2019).

No que respeita a distinção entre doença física e mental, é difícil traçar uma linha de separação entre ambas. Atualmente reconhece-se que algumas condições psicológicas apresentam sintomas físicos, assim como as doenças físicas podem ser influenciadas por fatores

psicológicos (Kendell, 2001). Torna-se, pois, difícil determinar qual das categorias exerce um impacto prejudicial superior, dado que a relação entre ambas é bidirecional, ou seja, a doença mental pode aumentar o risco de desenvolvimento de doença física e vice-versa (OPP, 2011). Não obstante, segundo dados da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023), doenças relacionadas com a saúde mental, elevam em mais de 30% o risco de desenvolvimento de doenças físicas.

2.1.4. Rastreio Psicopatológico na Comunidade

Os custos associados às perturbações psicológicas são consideráveis e agravados sobretudo pela dificuldade na sua deteção precoce na comunidade. Apesar disso, este tipo de rastreio é fundamental, dado o seu significativo impacto na qualidade de vida dos indivíduos, podendo refletir-se em dificuldades no desempenho de tarefas quotidianas, na redução da produtividade pessoal e profissional, no absentismo, no estigma, na morbilidade, na mortalidade, nos custos económicos associados ao tratamento (terapêutico ou farmacológico) e em prejuízos nos relacionamentos interpessoais (Almeida, 2018; Christensen et al., 2020). A literatura indica que indivíduos com perturbações do foro mental apresentam uma esperança média de vida inferior em cerca de dez a quinze anos relativamente à população geral. Se, pelo contrário, estas condições fossem identificadas precocemente e devidamente encaminhadas para intervenções eficazes, o impacto negativo poderia ser substancialmente diminuído (Christensen et al., 2020).

As perturbações mentais são a principal causa de incapacidade, representando um em cada seis anos vividos com incapacidade. A carga (*burden*) associa-se ao anteriormente referido e pode definir-se como o impacto que uma doença, condição ou fator de risco, exerce sobre um indivíduo, sendo medido em termos de mortalidade, morbilidade, custos económicos, psicológicos e sociais, através de várias medidas (Almeida Filho, 2000; Almeida, 2018):

- **DALYs (*Disability Adjusted Life Years*)**. Refere-se aos anos de vida perdidos, ajustados à incapacidade, mediante as características de determinada perturbação ou doença, sendo realizados através da soma dos anos perdidos por morte prematura (YLL – *Years of Life Lost*), com os anos vividos com incapacidade por motivo de uma condição clínica (YLD – *Years Lived with Disability*).
- **QALYs (*Quality Adjusted Life Years*)**. É uma medida da economia da saúde que enquadra o número de anos adicionais que um indivíduo vive, como resultado de uma intervenção ou tratamento satisfatório. Englobam não apenas a morbilidade respeitante

a ganhos em qualidade, mas também a mortalidade, no que concerne os ganhos em quantidade.

Daqui decorre a importância de identificar a psicopatologia de forma eficaz e precoce. Precisamente, o modelo de Goldberg e Huxley (1992) descreve a trajetória de indivíduos com perturbações psicológicas comuns ao longo dos diferentes níveis dos cuidados de saúde primários, propondo a existência de filtros que condicionam a progressão entre eles. No primeiro nível, situa-se a comunidade, onde o reconhecimento da morbilidade depende do próprio indivíduo ou de terceiros. O segundo nível, corresponde aos cuidados de saúde primários, em que o clínico geral pode ou não identificar sinais e sintomas psicopatológicos. No terceiro nível, encontram-se os casos efetivamente reconhecidos e intervencionados, surgindo aqui a decisão sobre referenciação para cuidados especializados. O quarto nível, abrange a população encaminhada para serviços de psiquiatria, e o quinto, os indivíduos em acompanhamento especializado ou em regime de internamento.

De acordo com este modelo (Goldberg e Huxley, 1992), a amostra deste estudo foi segmentada em três grupos conforme os níveis referidos. O grupo da população comunitária, sem queixa psicológica corresponde ao primeiro nível, o grupo da população comunitária, com queixa, que representa níveis intermediários (níveis três e quatro) e o grupo da população clínica que abrange indivíduos acompanhados em contexto hospitalar, em regime ambulatorio ou de internamento, correspondendo aos níveis mais especializados (quatro e cinco). Observa-se que, à medida que se avança nestes níveis de cuidado, ocorre uma diminuição progressiva na qualidade de vida.

Tal como ocorre na triagem clínica em outras especialidades, torna-se pertinente o desenvolvimento de procedimentos em Psicologia que possibilitem a avaliação sistemática de sinais emocionais. Estes assumem uma relevância equiparada à dos sinais vitais, constituindo indicadores essenciais do estado psicológico dos indivíduos que podem facilitar a identificação precoce de perturbações emocionais que, frequentemente, também apresentam equivalentes somáticos (Spielberger & Reheiser, 2009). Instrumentos desta natureza podem contribuir para melhorar rastreios, processos relacionados com reformas ou avaliações psicológicas globais.

A avaliação psicológica global, neste sentido, pode ser percebida como a continuação e o aprofundamento desse processo de rastreio inicial, constituindo-se como um processo sistemático e multidimensional, cujo objetivo é recolher, interpretar e devolver informações sobre o funcionamento psicológico do indivíduo em várias dimensões, nomeadamente nos

domínios cognitivo, emocional, comportamental, interpessoal, social e adaptativo. Este processo de avaliação é realizado através de métodos como a entrevista clínica, observação direta e aplicação de instrumentos psicométricos validados, com o objetivo de obter uma compreensão holística do examinado (Bacchereti, 2003). A avaliação psicológica global é crucial para a prática clínica, pois permite a construção de um perfil psicológico completo e detalhado, essencial para ajustar as intervenções (Lins & Borsa, 2017; Pivonello et al., 2022). Além disso, a inclusão de ferramentas psicométricas validadas, como a Escala de 90 Sintomas (Derogatis, 1977), oferece uma base robusta para a análise quantitativa de sintomas emocionais.

Todavia, é fundamental que as ferramentas de triagem considerem o indivíduo como inserido num *continuum*, em vez de adotarem uma lógica dicotómica de presença versus ausência de psicopatologia (Sheldrick et al., 2015). Esta abordagem contínua, possibilita um prognóstico mais preciso, reduzindo o risco de cronicidade e promovendo uma melhoria significativa na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, contribui para um acesso mais eficiente a cuidados adequados, minimiza os custos económicos e otimiza a gestão e utilização dos recursos de saúde disponíveis (McGorry et al., 2018).

Em Portugal, iniciativas como o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) procuram responder a estes desafios, tendo como principal objetivo “reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações” (Direção-Geral da Saúde, 2008, p. 9). Este plano não só estrutura políticas e ações direcionadas à saúde mental, como também reforça a implementação do rastreio psicopatológico como estratégia eficaz na redução da carga de doenças mentais. Adicionalmente, o plano procura atender a necessidades específicas de populações mais vulneráveis, como crianças, idosos, migrantes e indivíduos em situação de sem abrigo, que frequentemente enfrentam amplas barreiras no acesso a cuidados de saúde. Entre os seus principais objetivos estão o desenvolvimento de ações e medidas de reabilitação, apoio ao emprego e à promoção da saúde mental nos locais de trabalho, que são operacionalizados através da melhoria na acessibilidade a serviços de saúde mental e da otimização da alocação eficiente dos recursos disponíveis (DGS, 2017). Globalmente, estas estratégias visam a prevenção da exclusão social, o combate à estigmatização e preconceito, a garantia de acesso a cuidados equitativos e a promoção de um ambiente de inclusão e suporte (Rüsch et al., 2005; CNSM, 2012; Santos et al., 2023).

2.1.5. Instrumentos de Rastreio Psicopatológico

A dificuldade na identificação de sofrimento psicológico é reconhecida como uma importante adversidade nos cuidados de saúde, estando presente em cerca de 20 a 36% dos pacientes em ambulatório (Schmitz et al., 1999). A entrevista clínica e o exame do estado mental são duas das técnicas mais utilizadas na identificação de potenciais morbilidades no contínuo da saúde mental, contudo, exigem forte dispêndio de tempo. Assim, os instrumentos de rastreio são ferramentas cruciais, permitindo colmatar esta limitação através da deteção rápida de diversos problemas e comorbididades relacionados com a saúde mental, favorecendo o diagnóstico, o planeamento de intervenções mais eficazes e a otimização de recursos (Eland-Goossensen et al., 1997; Santos & Novo, 2020).

Os instrumentos de triagem são concebidos para identificar sinais e sintomas de problemas emocionais, cognitivos e comportamentais. A sua utilização é amplamente recomendada para melhorar a identificação de sinais iniciais de psicopatologia na população clínica e não clínica, tanto em ambientes de cuidados primários, quanto na comunidade (Schmitz et al., 1999; Sheldrick et al., 2015). Os instrumentos de rastreio são versáteis, possíveis de aplicar por vários profissionais de saúde, de fácil cotação e aplicação, tornando-se importantes para identificar populações que tenham sinais de patologia ou para incorporar em baterias de avaliação psicológica mais específica que visem caracterizar e quantificar sistematicamente queixas psicopatológicas (Medeiros et al., 2023). Estes instrumentos permitem a triagem clínica e a deteção precoce, tendo um efeito positivo na diminuição da prevalência de perturbações mentais graves, dos custos associados e do reforço de estratégias de prevenção. Adicionalmente, estas estratégias causam impactos positivos na comunidade, designadamente na diminuição do estigma, no reforço da coesão social e na criação de um ambiente social mais inclusivo (Thornicroft et al., 2008; Costello, 2015; Juraszek et al., 2024).

Estas ferramentas são igualmente úteis na população sem queixa clínica, visto que são concebidas para identificar sinais e sintomas de problemas emocionais, cognitivos e/ou comportamentais, facilitando a triagem, permitindo a identificação de indivíduos que possam necessitar de uma intervenção precoce ou de uma avaliação psicológica mais pormenorizada (Farmer et al., 2002; Sheldrick et al., 2015; McGorry et al., 2018).

É importante mencionar que se torna crucial ter em atenção critérios como a validade (se o instrumento mede realmente o que é esperado), a confiabilidade (se os resultados são consistentes entre examinadores e ao longo do tempo), a sensibilidade e a especificidade

(identificar casos verdadeiros e evitar falsos positivos) (Farmer et al., 2002). Estes instrumentos podem assumir a forma de entrevistas estruturadas e semiestruturadas, questionários autoaplicáveis ou escalas de avaliação clínica (Farmer et al., 2002). A escolha mais adequada depende de diversos fatores, entre eles o objetivo da avaliação, o contexto de aplicação e a população-alvo. Para atender a estas necessidades, há uma vasta gama de instrumentos disponíveis, cada um com as suas especificidades (AERA, 2016). Sendo os mais utilizados, o Inventário de Saúde Mental (MHI), o Questionário Geral de Saúde (GHQ-12), o Inventário Breve de Sintomas (BSI) e a Escala de 90 Sintomas (SCL-90).

- **Inventário de Saúde Mental (MHI).** É um instrumento de curta aplicação (38 itens), focado essencialmente na saúde mental geral, com ênfase na avaliação do bem-estar emocional e do sofrimento psicológico (Veit & Ware, 1983).
- **Questionário Geral de Saúde (GHQ-12).** É um instrumento breve (12 itens) que visa a deteção de sofrimento e perturbações psicológicas comuns, sendo frequentemente aplicado em contextos de saúde pública e comunitários (Goldberg & Williams, 1988).
- **Inventário Breve de Sintomas (BSI).** É uma versão reduzida do SCL-90, desenvolvido por Derogatis (1993) e destina-se a avaliar sinais e sintomas psicopatológicos de forma mais rápida e sistemática. Existem várias versões mais reduzidas com 78 e 53 itens.
- **Questionário de 90 Sintomas (SCL-90).** É um instrumento amplamente usado que permite avaliar nove dimensões psicopatológicas (Derogatis, 1977; Prinz et al., 2013). Tal abrangência, permite uma avaliação mais completa do estado mental do indivíduo, tendo em conta que a incidência dos sintomas relatados é avaliada de acordo com a sua intensidade. O SCL-90 destaca-se pela sua utilidade e flexibilidade de uso, tanto em contexto clínico, como de rastreio. Trata-se de um instrumento de dimensão intermédia, suficientemente abrangente, sem se tornar demasiado extenso, de fácil aplicação e cotação. Por ser polissintomático, permite uma avaliação sistemática de nove dimensões sintomatológicas. Além disso, utiliza uma linguagem próxima da psiquiatria, o que facilita a sua integração nesse contexto. Apesar de não ser tão extenso quanto o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), tem uma quantidade suficiente de itens que lhe conferem robustez na sua própria construção. É habitualmente utilizado em contextos de triagem clínica, na formulação de perfis clínicos, no estudo dos efeitos da medicação psiquiátrica e tratamentos associados, na prevenção de recaídas de alcoolismo, na admissão de pacientes para cirurgias, na deteção de fatores de risco e na

monitorização da evolução dos sintomas (Schmitz et al., 1999; Schmitz et al., 2000; Sander & Jux, 2006; Ransom et al., 2010).

No seu conjunto estes instrumentos são de autorrelato, breves, fáceis de cotar, de baixo custo e permitem obter informações difíceis de recolher por meio da observação clínica ou de entrevistas estruturadas (Bradley & McKendree-Smith, 2001). Apesar das suas vantagens, é preciso considerar potenciais efeitos de viés (Farmer et al., 2002), como por exemplo:

- **Viés de desejabilidade social (*social desirability bias*).** Ocorre quando o examinado tenta apresentar uma imagem mais positiva de si mesmo, distorcendo a sua realidade pessoal e, consequentemente, as respostas transmitidas.
- **Viés de confirmação (*confirmation bias*).** Tendência para procurar, interpretar e recordar informações que confirmem crenças pré-existentes, ignorando ou minimizando evidências contrárias.
- **Viés de aquiescência (*acquiescence bias*).** Quando a pessoa tende a responder de forma positiva ou a concordar com as questões, independentemente do seu conteúdo.
- **Viés de resposta extrema (*extreme response bias*).** Escolha de valores muito elevados ou muito diminuídos, com a finalidade de exagerar ou minimizar sintomas.
- **Viés de recordação (*recall bias*).** Tendência para recordar informações de maneira seletiva e distorcida, geralmente influenciada por crenças, sentimentos e experiências individuais.

A importância destes instrumentos serem combinados com outras medidas, nomeadamente a observação clínica, decorre não só da incidência dos vieses supramencionados, como também da dificuldade de o próprio compreender a complexidade do seu quadro clínico. Entende-se, pois, que se tratam de ferramentas de triagem e não de diagnóstico (Bradley & McKendree-Smith, 2001; Farmer et al., 2002; Wright & Bufka, 2020; Lopes et al., 2024).

2.1.6. Transdiagnóstico

Os sistemas de classificação do DSM-5 (APA, 2014) e da CID-11 (OMS, 2022) assentam em diagnósticos categoriais, nos quais o paciente deve cumprir critérios específicos que não se sobrepõem entre si (Krueger & Eaton, 2015). Em contraste surgem as abordagens transdiagnósticas que resultaram do modelo cognitivo-comportamental, com raízes nos trabalhos pioneiros de Beck (1976) e na terapia cognitiva, bem como o modelo de Ellis (1962) e a terapia racional-emotiva do comportamento. Estas perspetivas foram posteriormente

sistematizadas em modelos que identificam processos cognitivo-comportamentais comuns a diferentes perturbações (Harvey et al., 2004; Barlow et al., 2014). Tais modelos destacam a presença de queixas, fatores etiológicos e de manutenção, bem como características cognitivas, emocionais, interpessoais e comportamentais, partilhadas por diversas condições psicológicas que estabelecem uma ligação entre a personalidade e a psicopatologia (Rodríguez-Seijas et al., 2015). Com base neste pressuposto, estas abordagens passaram a procurar menos os diagnósticos específicos e mais a identificação e as intervenções sobre mecanismos e processos transversais. Inicialmente aplicadas às perturbações do comportamento alimentar, estes tratamentos expandiram-se a perturbações depressivas e ansiosas (Sandín et al., 2012). O transdiagnóstico parte, assim, da ideia de que processos heterogéneos podem manifestar-se transversalmente, não se limitando às categorias diagnósticas tradicionais (Fusar-Poli et al., 2019)

Os fatores transdiagnósticos contribuem para a manifestação de diferentes perturbações emocionais, tendo como base uma série de processos cognitivos e comportamentais, como a sintomatologia, características individuais, crenças, valores, estratégias de *coping*, entre outras (González Pando et al., 2018). Assim, é aceitável que indivíduos com diagnóstico de uma determinada perturbação, preencham também critérios de uma outra perturbação secundária. A integração desta abordagem na intervenção clínica, enquanto elemento de complementaridade, vem colmatar a necessidade de intervenções mais abrangentes e eficazes, incidindo sobre fatores comuns a diferentes perturbações e substituindo o foco nos diagnósticos específicos que são habituais nas abordagens clássicas (Brown & Barlow, 2009; Sandín et al., 2012; Farinha-Fernandes et al., 2021).

Esta perspetiva garante uma explicação para os elevados níveis de comorbilidade entre perturbações (Harvey et al., 2004), fundamentando que características de uma perturbação podem atuar como fatores de risco em inúmeros domínios clinicamente relevantes (Rodríguez-Seijas et al., 2015).

2.2. Qualidade de vida e Psicopatologia

2.2.1. O Lugar da Qualidade de Vida

O surgimento do conceito de qualidade de vida data de 1960, formulando-se, desde então, como um fenómeno filosófico e sociopolítico. O elevado interesse nesta área conduziu ao desenvolvimento de diferentes estudos, tornando-o um conceito amplo e multidimensional,

por vezes com pouca especificidade. Atualmente, a qualidade de vida é vista como uma questão ética que deve ser analisada a partir da percepção individual.

A Organização Mundial de Saúde (1997) tem vindo a considerá-la um aspeto relevante na determinação da saúde, caracterizando-a como a “percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, num contexto cultural de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997, pp. 1-2). Este construto refere-se ao bem-estar geral percecionado por parte do indivíduo (Corring, 2002), o qual é influenciado por múltiplas dimensões que incluem, não apenas a saúde física e psicológica, mas também o nível de independência, condições de vida, relações sociais, fatores ambientais e crenças pessoais (WHO, 2002; Pereira et al., 2012; Ruidiaz-Gómez & Cacante-Caballero, 2021). Alguns destes fatores também podem estender-se ao desemprego, baixo estatuto socioeconómico, pouco suporte social, literacia limitada, presença de sintomatologia e respetivas comorbilidades (Sagayadevan et al., 2018). A saúde, por si só, não define a qualidade de vida, uma vez que os indivíduos podem relatar alta qualidade de vida, mesmo com problemas de saúde e vice-versa. Dentro deste conceito, destacam-se duas dimensões principais, o funcionamento adaptativo que inclui o autocuidado e os papéis sociais e a satisfação com a vida.

Assim, a qualidade de vida é definida como uma condição subjetiva, baseada na percepção individual acerca do seu funcionamento físico, psicológico e social (Baumeister et al., 2011; Marques et al., 2014). Não obstante, o fator que parece impactar mais significativamente a qualidade de vida é a cronicidade da doença e a gravidade dos sintomas, considerando que quanto mais intensos estes são, pior tende a ser a percepção acerca da qualidade de vida (Hansson, 2006).

Apesar da discordância entre autores relativamente à definição de qualidade de vida, todos eles assumem como fator comum os domínios básicos nas diferentes etapas do ciclo de vida, sendo estes (Andrews & Withey, 1976; WHO, 2012):

- **Domínio físico.** Refere-se ao esforço físico, segurança física, mobilidade, atividades diárias, sintomas físicos, doenças agudas e doenças crónicas (Blenkirson & Hammill, 2003).
- **Domínio psicológico.** Refere-se à autopercepção e à capacidade cognitiva, dependendo de dimensões como a autoestima, satisfação, estatuto/respeito e afeto positivo, bem como, sentimentos positivos e negativos, tristeza, ansiedade, nervosismo, culpa, funcionamento cognitivo e comportamento geral.

- **Domínio social.** Refere-se aos relacionamentos com amigos, apoio social e participação em grupos culturais, políticos, desportivos e/ou religiosos. Este domínio divide-se em qualidade das relações interpessoais (familiares, amorosas e de amizade) e envolvimento comunitário (eventos comunitários e nível de aceitação ou apoio por parte da comunidade).
- **Domínio ambiental.** Refere-se às condições de vida, segurança, acesso a assistência médica, oportunidade de desfrutar de atividades de lazer, trabalho doméstico, produtividade, recursos económicos, estilo de vida, escolhas e situação laboral.
- **Domínio espiritual.** Refere-se às crenças pessoais e religiosas dos indivíduos.

A qualidade de vida é uma condição multidimensional e é fundamental a sua avaliação, especialmente considerando que os serviços de saúde mental tendem a focar-se principalmente na redução sintomática. Uma avaliação precisa da qualidade de vida permite desenvolver intervenções mais eficazes e ajustadas às necessidades específicas de cada indivíduo. Variáveis moderadoras como a autoestima, domínio, autonomia e autoeficácia, quando levadas em conta em intervenções psicoterapêuticas ou psicossociais, parecem garantir melhorias substanciais na qualidade de vida, facilitando a recuperação funcional e a adaptação psicológica a longo prazo, contribuindo ainda para o bem-estar geral dos indivíduos (Baumeister et al., 2011; Hansson, 2006).

2.2.2. Qualidade de Vida e Saúde Mental

Embora os conceitos de saúde mental e qualidade de vida estejam frequentemente interligados, importa destacar que existem diferenças substanciais. A saúde mental diz respeito ao estado psicológico e emocional dos indivíduos, estando diretamente relacionada à capacidade de adaptação, autorregulação e funcionamento interpessoal (Engel, 1980; Friedli, 2009). A qualidade de vida, por sua vez, é um conceito mais abrangente e multidimensional que engloba a percepção subjetiva do indivíduo acerca do seu bem-estar em diferentes áreas da vida, incluindo aspetos físicos, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais (WHO, 1997; Fleck, 2000). Embora inclua a saúde mental como um dos seus determinantes, a qualidade de vida não se limita a esta. Podemos defini-la como uma vivência de conforto, uma sensação especial de bem-estar e uma percepção adicional de saúde.

Embora interdependentes, estes dois conceitos apresentam-se como distintos. Enquanto o primeiro se refere essencialmente a um estado de equilíbrio emocional e psicológico, de acordo

com a experiência interna e desenvolvimento emocional do indivíduo, o segundo procura captar a experiência global da vida do indivíduo em múltiplas dimensões (Diener, 1984; Keyes, 2002).

2.2.3. Qualidade de Vida e Sofrimento Psicológico

A psicopatologia geral assume-se como o determinante mais significativo da qualidade de vida, sendo esta associação independente de dados sociodemográficos, características de personalidade, estratégias de *coping* ou sintomas somáticos. Estas duas variáveis estabelecem então uma relação bidirecional, uma vez que, usualmente, pacientes com queixa psicopatológica de menor gravidade e que apresentem melhor desempenho cognitivo, tendem a relatar níveis mais satisfatórios de qualidade de vida (Rogers et al., 2014).

No âmbito da saúde, o estudo da qualidade de vida começou por focar-se na avaliação dos sintomas, na diminuição da mortalidade e no aumento da esperança média de vida, particularmente em contextos de doença oncológica, tendo-se posteriormente estendido a outras condições de natureza orgânica e mental (Fonseca, 2011). Relativamente a estas últimas, verifica-se que níveis diminuídos de qualidade de vida estão associados a uma maior gravidade da sintomatologia psicopatológica (Rogers et al., 2014).

Diversos estudos demonstram que a presença de psicopatologia exerce manifestamente um efeito negativo na qualidade de vida e vice-versa, essencialmente em condições clínicas como a esquizofrenia, distímia, perturbações depressivas, perturbações de ansiedade (i.e., perturbações de pânico e fobia social), perturbação de stresse pós-traumático e jogo patológico, causando um comprometimento adicional face às perturbações orgânicas (Alonso et al., 2004; Rogers et al., 2014).

A diferença verificada entre estas condições não parece, contudo, ser marcada, podendo estar associada à persistência de sintomas e ao recurso a estratégias de *coping* desadaptativas (Lo Buono et al., 2024). Importa destacar que indivíduos com esquizofrenia tendem a relatar níveis de qualidade de vida próximos da norma quando avaliados por autorrelato. Este paradoxo pode ser explicado por mecanismos característicos do próprio diagnóstico, como a distorção da realidade objetiva e a falta de *insight*, que dificultam uma avaliação realista do sofrimento (Sagayadevan et al., 2018). No espectro de indivíduos com diagnóstico clínico de esquizofrenia, aqueles que apresentam humor deprimido tendem a avaliar negativamente a sua qualidade de vida subjetiva (Pukrop et al., 2003). Pacientes em regime de internamento apresentam, geralmente, índices mais diminuídos de qualidade de vida, em comparação com aqueles que se encontram em regime de tratamento ambulatorio (Vaz-Serra et al., 2006). Inversamente, um

grupo de pacientes que tende a perceber a sua qualidade de vida de forma mais ajustada, são os que conseguem manter uma vida social ativa e têm oportunidades de trabalho e participação comunitária (Holloway & Carson, 2002).

Entre os preditores de perda da qualidade de vida em pessoas com problemas de saúde mental, destacam-se os aspetos funcionais e a diminuição da capacidade de trabalho, englobando, essencialmente, (i) a perda de autonomia e o aumento da dependência de outrem; (ii) os efeitos secundários dos medicamentos (i.e., antipsicóticos e estabilizadores de humor), como a lentificação motora, anedonia e perda de energia; (iii) os aspetos sociais e relacionais, decorrentes da estigmatização e rejeição social; (iv) os aspetos psicológicos e de bem-estar emocional (i.e., sentimentos de angústia, sensação de falta de controlo sobre a sintomatologia e sobre a própria vida); (v) a desesperança e (vi) as dificuldades no acesso a cuidados de saúde (Hansson, 2006; Pereira Júnior et al., 2022; Ostrzyżek et al., 2023).

No que concerne a diferenças de género na vivência da psicopatologia e qualidade de vida, é de destacar que mulheres com doença mental grave tendem a relatar índices mais diminuídos em comparação com homens, essencialmente em termos de saúde física e emocional, sendo mais afetadas pelo diagnóstico e por influências sociais, resultando em níveis mais acentuados de angústia emocional e piora das relações sociais (Rogers et al., 2014; Colillas-Malet et al., 2020).

É também de grande importância a incidência de perturbações psicológicas de longa duração, uma vez que as pessoas com estas condições clínicas tendem a adaptar-se melhor, diminuindo as suas expectativas e aumentando o potencial de satisfação com a vida.

Além disso, a saúde física pode sofrer consequências negativas devido a fatores como comorbilidades e estilos de vida inadequados, caracterizados pelo sedentarismo, alimentação desequilibrada e uso de substâncias, como álcool, tabaco e psicotrópicos. Os relacionamentos sociais também tendem a demonstrar-se significativamente impactados pelo estigma, o que dificulta a criação e manutenção de vínculos saudáveis, conduzindo ao isolamento e evitamento social (Martínez-Urbistondo et al., 2021). Os contextos laborais e educativos, encontram-se geralmente afetados devido a limitações nas oportunidades de progresso profissional. A sintomatologia pode diminuir a expectativa dos empregadores, comprometer o desempenho laboral dos colaboradores com perturbações psicológicas e contribuir para taxas de desemprego mais elevadas (Russinova et al., 2011). A autonomia e independência também são prejudicadas, ao gerar-se uma menor sensação de controlo e satisfação com a vida.

Por fim, verificam-se sentimentos generalizados de pessimismo e uma visão negativa sobre o futuro, resultando em dificuldades na procura de alternativas adaptativas para lidar com os desafios da vida e um menor envolvimento com a vida, particularmente em quadros depressivos (Beck & Alford, 2009). A combinação desta tipologia de fatores, contribui para níveis mais reduzidos de autoconfiança, autoeficácia, autoestima e autoconceito, traduzindo-se no impacto global que as queixas clínicas exercem na qualidade de vida (Defar et al., 2023).

De acordo com um estudo de Naig (2003), indivíduos com quadros diagnósticos de esquizofrenia, depressão e perturbação obsessivo-compulsiva, são os que sofrem mais com a perda de interesse nas atividades de vida diária e com a perturbação do pensamento, estando estes fatores associados à falta de aproveitamento da vida quotidiana e consequentes diminuições na qualidade de vida. Face a estes dados, a qualidade de vida de pessoas com doença mental é uma área crucial de investigação, dada a sua elevada importância na aferição de medidas de intervenção adequadas e satisfatórias (Jacobson et al., 1997).

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

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo Geral

Adaptar linguística e culturalmente a versão portuguesa da Escala de 90 Sintomas (SCL-90), realizando uma última ronda de validação, com recurso a um grupo focal de finalistas em Psicologia Clínica.

3.1.2. Objetivos Específicos

- (1) Melhorar a compreensão semântica e cultural de oito itens do SCL-90 previamente selecionados a partir de dificuldades identificadas em três grupos focais anteriores (Rodrigues, 2024);
- (2) Avaliar a validade facial dos itens previamente selecionados, no que respeita à clareza linguística e pertinência psicopatológica;
- (3) Identificar expressões ambíguas ou com fraca tradução na língua falada e propôr reformulações culturalmente adequadas;
- (4) Obter consenso sobre a redação final dos itens, para a aplicação em contextos comunitários, clínicos e de investigação.

3.2. Método

3.2.1. Plano do Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, baseado na realização de um único grupo focal, utilizando-se uma única entrevista semiestruturada.

3.2.2. Participantes

O grupo focal foi constituído por conveniência e incluiu oito estudantes finalistas de Mestrados em Psicologia Clínica, dos quais seis eram do género feminino e dois do género masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 25 anos. O grupo focal foi conduzido por dois investigadores principais do projeto e contou com o apoio de duas investigadoras, também finalistas de mestrado.

3.2.3. Critérios

Foram incluídos finalistas de Mestrados em Psicologia Clínica, de nacionalidade portuguesa que concedessem consentimento informado. Foram excluídos participantes que não se encontrassem no último ano do ciclo de estudos ou que não dominassem a língua portuguesa.

3.2.4. Procedimentos

Os participantes foram recrutados pela equipa de investigação, entre um grupo de estagiários e finalistas de Mestrado em Psicologia. Realizou-se na Unidade Local de Saúde de São José – Hospital Júlio de Matos, no dia 14 de novembro de 2024 e teve a duração aproximada de 150 minutos. Após o acolhimento e obtenção do consentimento informado, cada participante preencheu um questionário sociodemográfico e respondeu, em formato papel, a uma versão parcial do SCL-90, composta pelos oito itens selecionados. Estas questões foram escolhidas com base em dificuldades de tradução e ambiguidade previamente identificadas em três grupos focais anteriormente realizados com estudantes universitários, profissionais de saúde e destinatários (Rodrigues, 2024).

Posteriormente, teve lugar a discussão em grupo que seguiu um guião semiestruturado, com foco na compreensão linguística e adequação cultural de cada item, bem como na identificação da dimensão psicopatológica subjacente a cada item. A sessão foi conduzida pelos dois investigadores principais e gravada em formato áudio, para posterior análise qualitativa e garantia da fiabilidade na transcrição das contribuições dos participantes.

3.2.5. Instrumentos

Para condução do grupo focal foi utilizado um guião de entrevista semiestruturada composto por questões específicas sobre cada item: “Como interpreta este item?”, “Como é que este item poderia ser formulado para ser mais claro?” e “Que reformulação ou melhoria faria para este item?”. O guião incluía ainda perguntas dirigidas à validade facial, como “Que dimensão da psicopatologia está a ser avaliada neste item?” e “Considera que o item representa adequadamente essa dimensão?”.

3.3. Resultados

A discussão centrou-se em oito itens do SCL-90 potencialmente ambíguos, os quais

foram identificados durante o processo prévio de adaptação linguística e cultural do instrumento. A análise qualitativa das transcrições da sessão permitiu identificar diversas dificuldades de interpretação e originou as seguintes propostas de reformulação, consensualizadas entre os participantes:

Item 6 – “Sentir que sou crítico/a em relação aos outros”. Embora tenha gerado poucas dúvidas, discutiu-se se o termo “crítico” deveria ser interpretado de forma positiva ou negativa. Para evitar interpretações ambíguas, foi sugerida a adição da expressão “negativamente crítico/a”, clarificando a valência negativa implícita na dimensão psicopatológica avaliada, a hostilidade. Assim, a reformulação final adotada foi: “Sentir que sou negativamente crítico/a em relação aos outros”.

Item 10 – “Preocupação com o desleixo ou descuido”. Os participantes manifestaram uma forte ambiguidade, tendo surgido interpretações diversas associadas, à autoimagem, desempenho de tarefas ou comportamentos de terceiros. Para reduzir essa ambiguidade e considerando tratar-se de um item da subescala obsessões-compulsões, incluiu-se o termo “desorganização”, resultando na formulação final: “Preocupação com o desleixo, descuido ou desorganização”.

Item 21 – “Sentir timidez ou pouco à vontade com pessoas do sexo oposto”. Os participantes não identificaram ambiguidades significativas, mas sugeriram uma atualização linguística que tornasse o item mais inclusivo. Assim, a proposta consensual passou a ser: “Sentir timidez ou pouco à vontade na presença de alguém por quem me possa sentir atraído/a”.

Item 22 – “Sentir-se encurralado/a ou preso/a”. A discussão centrou-se na incerteza quanto ao seu significado, nomeadamente se estaria relacionado com contextos físicos, emocionais ou cognitivos. A interpretação dominante entre os participantes foi a de bloqueio emocional ou cognitivo. Desta forma, foi aprovada a reformulação: “Sentir-se bloqueado/a ou incapaz de encontrar soluções”. Foi ainda discutido em que medida este item se enquadrava na subescala de depressão.

Item 35 – “Achar que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos privados”. Foi considerado globalmente claro e adequado. Ainda assim, os participantes sugeriram uma simplificação lexical para torná-lo mais direto e acessível, resultando na versão: “Achar que os outros leem os meus pensamentos”, enquadrando-se na dimensão ideação paranoide.

Item 36 – “Sentir que os outros não são compreensivos comigo ou não são empáticos”. A palavra “empáticos” foi apontada como potencialmente pouco acessível para a população geral, especialmente fora do contexto académico dos participantes. Foi, por isso, substituída por uma expressão mais comum e compreensível, originando a formulação: “Sentir

que os outros não são compreensivos ou não se importam comigo”.

Item 62 – “Ter pensamentos que não são seus”. Não suscitou dúvidas significativas por parte dos participantes, sendo considerado claro e adequado à dimensão psicoticismo. Por esse motivo, a formulação original foi mantida.

Item 68 – “Ter ideias ou crenças que não são compartilhadas pelos outros”. A discussão centrou-se na interpretação do termo “crenças” e na sua eventual conotação religiosa ou ideológica. Com o objetivo de reforçar o conteúdo psicopatológico associado à ideação paranoide e simplificar a linguagem, optou-se pela versão “Achar que ninguém pensa como eu”.

3.4. Discussão

Numa fase avançada, a tradução e adaptação cultural do SCL-90, realizou-se através de um grupo focal destinado à discussão e validação final de oito itens potencialmente ambíguos. O grupo focal, enquanto técnica qualitativa, permite o cruzamento de perspetivas e a interpretação conjunta de significados, em torno dos itens propostos (Morgan, 2001).

A aplicação desta metodologia em contexto de Psicologia clínica tem sido amplamente reconhecida como eficaz na adequação cultural e linguística de instrumentos psicométricos (Krueger & Casey, 2014). Neste estudo, a interação entre participantes contribuiu significativamente para a discussão de ambiguidades e para a sugestão de reformulações linguísticas, favorecendo a validade facial e a clareza dos itens (Stewart & Shamdasani, 2014).

Contudo, a participação exclusiva de estudantes finalistas de Mestrado em Psicologia, embora garanta uma certa homogeneidade ao grupo, também cria limites, uma vez que a perceção dos itens pode diferir em amostras mais heterogéneas (Barbour, 2018). Teria sido particularmente útil integrar, numa fase final, os próprios destinatários do instrumento, colocando-lhes as mesmas questões e comparando as interpretações emergentes.

Assim, a discussão do grupo focal permitiu validar a compreensão dos itens, identificar pontos de maior ambiguidade linguística ou cultural e alcançar reformulações consensuais que reforçaram a clareza e a validade facial da versão portuguesa do SCL-90. Este procedimento final assegurou a adequação linguística e cultural, aumentando a sua robustez para utilização em investigação e prática clínica.

4. Estudo 2. Psicopatologia e Qualidade de Vida

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivo Geral

Estudar a relação entre as queixas psicopatológicas e a qualidade de vida na população

adulta portuguesa, com base na validação do SCL-90.

4.1.2. Objetivos Específicos

- (1) Fazer a caracterização sociodemográfica e clínica das amostras;
- (2) Estudar as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados (SCL-90, PSS-10, MHI-38 e WHOQOL-Bref);
- (3) Estudar os valores normativos do SCL-90 tendo em conta o género e o tipo de amostra;
- (4) Analisar a associação entre o relato de queixas psicopatológicas e o género;
- (5) Avaliar a associação entre o relato de queixas psicopatológicas e os diferentes grupos amostrais;
- (6) Comparar os níveis de perceção de qualidade de vida entre os grupos;
- (7) Explorar a correlação entre o autorrelato de queixas psicopatológicas e a qualidade de vida;
- (8) Analisar a associação entre idade, sintomatologia psicopatológica e perceção de qualidade de vida.
- (9) Testar se a qualidade de vida difere significativamente entre as três amostras (comunitária sem queixa, comunitária com queixa e clínica), avaliando a existência de uma tendência linear decrescente ao longo dos níveis de cuidado.

4.2. Hipóteses

H1: O género feminino apresenta níveis significativamente mais elevados de sintomatologia internalizante (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade e ansiedade fóbica) e o género masculino de sintomatologia externalizante (hostilidade, ideação paranoide e psicoticismo).

H2: A amostra clínica apresenta níveis significativamente superiores de sintomatologia psicopatológica, em comparação às amostras comunitárias (com e sem queixa).

H3: As amostras com queixa clínica (comunitária com queixa e clínica) apresentam uma perceção de qualidade de vida significativamente inferior face a amostra sem queixa.

H4: Existe uma associação negativa estatisticamente significativa, entre o autorrelato de sintomatologia psicopatológica e a perceção de qualidade de vida.

H5: A idade correlaciona-se de forma estatisticamente significativa com a sintomatologia psicopatológica e com a perceção de qualidade de vida, assumindo-se que idades mais avançadas estarão associadas a maiores níveis de sintomatologia e a perceções mais baixas de qualidade de vida.

H6: A percepção de qualidade de vida apresenta uma diminuição progressiva à medida que se avança nos níveis de cuidado, sendo mais elevada no grupo comunitário sem queixa psicológica, intermédia no grupo comunitário com queixa psicológica e mais baixa no grupo clínico.

4.3. Método

4.3.1. Plano do Estudo

A metodologia é quantitativa, de tipo correlacional, com corte transversal e uma única observação.

4.3.2. Participantes

A colheita de participantes é não probabilística e inclui uma população adulta portuguesa. A amostra total ($n = 774$) é composta por três subamostras (ver Tabela 1). As amostras comunitárias ($n = 571$) foram recolhidas através da plataforma *Qualtrics* e dividem-se num grupo sem queixa psicológica (amostra 1, $n = 433$) e outro grupo com queixa psicológica (amostra 2, $n = 138$). A amostra clínica (amostra 3, $n = 203$) foi recolhida presencialmente na Unidade Local de Saúde de São José – Hospital Júlio de Matos. A recolha de dados decorreu entre novembro de 2024 e abril de 2025.

Tabela 1

Caracterização das amostras em função do local, tipo, presença de queixa e modo ($n = 774$)

Local	Tipo	Identificação	Queixa	Modo	<i>n</i>	%
Comunidade	Comunitária	Amostra 1	Sem queixa	<i>Online</i>	433	55,9
		Amostra 2	Com queixa (autorrelato)		138	17,8
Hospital	Clínica	Amostra 3	Com queixa (diagnóstico)	Presencial	203	26,2
					774	100%

4.3.3. Critérios

Inclusão

Critérios Gerais. Ter mais de dezoito anos. Compreensão da língua portuguesa. Consentimento informado.

Critérios Específicos. Na amostra comunitária amostra 2) a inclusão no grupo com queixa faz-se mediante autorrelato. Na amostra clínica (amostra 3) a inclusão faz-se com base no diagnóstico psicológico.

Exclusão. Na amostra clínica (amostra 3): Debilidade ou Perturbação Deficitária.

4.3.4. Procedimentos

As amostras comunitárias sem (amostra 1) e com queixa (amostra 2) foram recolhidas em formato *online*, através da plataforma *Qualtrics*. A divulgação do estudo ocorreu por via digital (*Instagram*, *Facebook*, *Linkedin* e e-mail institucional) e através do método “bola de neve”, com o objetivo de alcançar uma maior heterogeneidade amostral. Após acederem ao *link*, os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Informado (ver Anexo A). Os casos elegíveis, procederam ao preenchimento do questionário que incluía um questionário de dados sociodemográficos e a caracterização clínica, bem como os questionários do estudo (SCL-90, PSS-10, MHI-38 e WHOQOL-Bref).

A amostra clínica (amostra 3) foi composta por participantes com queixa clínica e a recolha fez-se presencialmente nas instalações da Unidade Local de Saúde de São José – Hospital Júlio de Matos. Após obtenção do consentimento informado (ver Anexo A), procedeu-se à aplicação do protocolo na consulta de ambulatório e internamento. As recolhas decorreram na Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoolológica (UTRA), no Serviço de Psicologia – Pavilhão 15, na consulta externa e na Unidade de Reabilitação, permitindo uma maior representatividade dos diferentes contextos clínicos.

A seleção dos participantes foi realizada com o apoio das equipas clínicas da instituição, de acordo com os critérios previamente definidos e alinhados com os objetivos da investigação. A aplicação dos instrumentos foi realizada por heteroaplicação, através de uma equipa de colaboradores que incluiu as investigadoras, estagiários do hospital e os responsáveis do projeto.

A aplicação de instrumentos seguiu uma ordem padronizada, iniciando-se com os questionários sociodemográfico e de caracterização clínica, seguidos pelo SCL-90, PSS-10, MHI-38 e WHOQOL-Bref.

No total, foram recolhidos 918 protocolos. Desses, 144 foram considerados inválidos por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos, nomeadamente a não conclusão do SCL-90. Além disso, identificaram-se 76 protocolos incompletos, contudo, estes foram mantidos na amostra uma vez que o SCL-90 foi respondido na íntegra, por se tratar do instrumento central da investigação. Assim, a amostra válida foi constituída por 774 participantes.

A divisão da amostra comunitária em dois grupos (sem queixa e com queixa), baseou-se no relato de ter sido previamente feito um diagnóstico clínico por um médico. Assim, os participantes da amostra comunitária que referiram possuir diagnóstico clínico constituíram a

amostra 2 (com queixa), enquanto os que não reportaram diagnóstico foram incluídos na amostra 1 (sem queixa).

4.3.5. Instrumentos

Apesar de terem sido aplicada uma bateria com seis instrumentos, esta dissertação incidirá essencialmente sobre os questionários sociodemográfico e de caracterização clínica, o Questionário de 90 Sintomas (SCL-90) e o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).

4.3.5.1. Questionário de dados sociodemográficos

O questionário sociodemográfico é composto por 9 itens que caracterizam a idade, o género, a escolaridade, a situação laboral, o estado civil, a residência, a profissão principal e o principal setor de atividade profissional, apresentados geralmente sob a forma de perguntas fechadas, com escolha múltipla.

4.3.5.2. Questionário para caracterização clínica

O questionário para caracterização clínica incide sobre dimensões e comportamentos de saúde, num total de 14 questões. As perguntas relacionam-se com os consumos (tabaco e/ou álcool), existência de diagnósticos de perturbações psicológicas (i.e., diagnóstico clínico, apoio psicológico e medicação da psiquiatria), existência de diagnóstico de doença física e uso de medicação para esse efeito.

4.3.5.3. Questionário de 90 Sintomas / *Symptom Checklist – 90* (SCL-90)

O Questionário de 90 Sintomas é um inventário de autorrelato que avalia um amplo espectro de sintomas psicopatológicos. É uma medida geral de mal-estar psicológico, aplicável a adolescentes e adultos, de forma individual ou coletiva, a adolescentes ou adultos (Fabião et al., 2011). Este instrumento adveio da escala *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL), a partir da qual Derogatis (1977, 1992) desenvolveu a primeira versão do SCL-90 que mantém cinco dimensões sintomáticas da escala inicial, tendo sido introduzidos 45 novos itens. A versão portuguesa deste instrumento é estudada nesta dissertação e baseia-se no SCL-90 original (Derogatis, 1977, 1992). Um dos primeiros estudos portugueses a citar este instrumento é da autoria de Baptista (1993), estando integrado numa tese de doutoramento cujo objetivo principal foi estudar a perturbação de pânico.

Este questionário é composto por 90 itens, respondidos através de uma escala de tipo *Likert* com 5 pontos (“nada” – 0, “um pouco” – 1, “moderadamente” – 2, “bastante” – 3 e “extremamente” – 4). Para o cálculo dos resultados brutos somam-se os valores das respostas dadas de cada dimensão e divide-se pelo número de questões que compõem a subescala. Se o

examinado não responder a todos os itens, a divisão deverá ser efetuada pelo número de itens respondidos. No seu conjunto, os itens avaliam a presença de psicopatologia sendo posteriormente agrupados em nove dimensões de sintomas primários e três índices globais.

As pontuações obtidas através das subescalas permitem caracterizar a organização psicopatológica do examinado, tendo em conta que elevações em qualquer uma das dimensões, são indicativas de sofrimento e da necessidade de uma avaliação adicional do estado mental do sujeito (Fabião et al., 2011).

- **Somatização – S** (12 itens: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 e 58). Reflete sintomas que decorrem da perceção de disfunção corporal e funcionamento somático. É importante considerar que se o examinado tiver alguma doença física, é esperado ocorrerem elevações acentuadas nesta subescala.
- **Obsessões-Compulsões – OC** (10 itens: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 e 65). Inclui pensamentos, impulsos e ações experienciados como repetitivos, irresistíveis, de natureza indesejada, angustiantes e incoercíveis, sendo um bom indicador da rigidez do pensamento.
- **Sensibilidade Interpessoal – SI** (9 itens: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73). Centrada nos sentimentos de timidez, vergonha, inadequação ou inferioridade, essencialmente mediante comparação com outrem. As principais características desta dimensão são a auto depreciação, falta de autoconfiança, hipersensibilidade, grande desconforto e inibição nas relações interpessoais.
- **Depressão – D** (13 itens: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 e 79). Reflete as manifestações clínicas das perturbações depressivas, tais como, sintomas de humor disfórico, anedonia, desmotivação, desesperança e vazio, pensamentos sobre a morte e falta de energia vital.
- **Ansiedade – An** (10 itens: 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 e 86). Inclui sinais gerais de ansiedade, tais como nervosismo, tensão, tremor, ataques de pânico, sentimentos de terror, apreensão, medo e dissociação. Inclui os sinais gerais de tensão emocional e as manifestações psicossomáticas correspondentes.
- **Hostilidade – H** (6 itens: 11, 24, 63, 67, 74 e 81). Reflete pensamentos, sentimentos ou ações características da afetividade negativa do estado de raiva. Algumas áreas exploradas são a agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento.

- **Ansiedade Fóbica – AF** (7 itens: 13, 25, 47, 50, 70, 75 e 82). Caracteriza respostas persistentes de medo irracional dirigido a uma pessoa, lugar, objeto ou situação específicos que são desproporcionais face ao estímulo apresentado e que conduzem a comportamentos de fuga ou evitamento intenso.
- **Ideação Paranoide – IP** (6 itens: 8, 18, 43, 68, 76 e 83): Identifica comportamentos paranoides, como um modo desorganizado do pensamento. As características primárias desta dimensão são o pensamento projetivo, desconfiança, hostilidade, grandiosidade, centralidade, medo de perder a autonomia, necessidade de controlo, egocentrismo e desilusão.
- **Psicoticismo – Ps** (10 itens: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 e 90). Avalia o isolamento, o estilo de vida esquizoide, alucinações e delírios.
- **Escala adicional** (7 itens adicionais: 19, 60, 44, 59, 64, 66 e 89). Não forma uma escala com conteúdo específico, mas os seus itens têm significância clínica, estando relacionados com perturbações do sono, alimentação, pensamentos sobre a morte e sentimentos de culpa (Martínez-Pampliega et al., 2019).

Os três índices globais seguem o seguinte padrão:

- **Índice de Gravidade Global** (*Global Severity Index – GSI*). É a medida mais abrangente do instrumento, dado que inclui informação relativa à intensidade do sofrimento psíquico e psicossomático global. O seu cálculo corresponde à média das pontuações obtidas nos itens respondidos. Pontuações acentuadas sugerem sofrimento psicológico significativo e maior risco clínico.
- **Total de Sintomas Positivos** (*Positive Symptom Total – PST*). Espelha o número de sintomas relatados pelo participante, ou seja, itens a que o sujeito conferiu uma resposta positiva, com valor superior a zero. Permite avaliar a amplitude e diversidade da psicopatologia, onde valores elevados sugerem a presença de diversos sintomas psicológicos ou físicos.
- **Índice de Sintomas Positivos** (*Positive Symptom Distress Index – PSDI*). Avalia a intensidade sintomática média. É calculado através da soma das pontuações aos noventa itens e posterior divisão pelo número de sintomas positivos (PST), onde valores elevados demonstram maior sofrimento psicológico (Laloni, 2001; Fabião et al., 2011; Arneiro et al., 2018).

Relativamente às suas qualidades psicométricas, na versão desenvolvida pelo autor

original, o SCL-90 apresenta uma boa consistência interna das subescalas, visto que obteve Alfas de *Cronbach* entre 0,84 (na sensibilidade interpessoal) e 0,90 (na depressão) (Degoratis & Cleary, 1977). Numa investigação que estudou a perturbação de pânico em Portugal, usando o SCL-90, apuraram-se valores aceitáveis de consistência interna superiores a 0,74 e coeficientes de teste-reteste superiores a 0,59 (Baptista, 1993).

4.3.5.4. Escala de Stresse Percecionado – 10 / *Perceived Stress Scale* – 10 (PSS-10)

A Escala de Stresse Percecionado foi desenvolvida por Cohen e colaboradores (1983), tendo sido posteriormente estudada na população portuguesa por Trigo e colegas (2010). O objetivo principal deste instrumento é determinar em que medida os indivíduos percecionam os acontecimentos de vida como indutores de stresse. A resposta é dada de acordo com aquilo que o indivíduo experienciou no decorrer do último mês, através de 10 afirmações (i.e., “No último mês, com que frequência ficou preocupado/a devido a alguma coisa que aconteceu inesperadamente?”). É solicitado que a pessoa responda numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (“nunca” – 0, “quase nunca” – 1, “algumas vezes” – 2, “frequentemente” – 3 e “muito frequente” – 4), (Cohen et al., 1983; Trigo et al., 2010).

No que concerne à cotação, as questões 4, 5, 7 e 8 são pontuadas inversamente (0=4; 1=3; 2=2; 3=1; 4=0), somando-se posteriormente a totalidade dos itens. Os resultados totais podem variar entre 0 e 40. Quanto maior a pontuação obtida, maior é o grau de stresse percecionado. Pontuações entre 0 e 13 são consideradas baixo stresse, entre 14 e 26 stresse moderado e entre 27 e 40 alto stresse percecionado (Taylor, 2015).

Relativamente às qualidades psicométricas, a versão original tem uma consistência interna aceitável, com um alfa de *Cronbach* de 0,78. A versão portuguesa validada por Trigo e colegas (2010) apresenta uma boa consistência interna de 0,87. No presente estudo, a escala mostrou igualmente uma boa consistência interna ($\alpha = 0,86$).

4.3.5.5. Inventário de Saúde Mental / *Mental Health Inventory* (MHI)

O Inventário de Saúde Mental foi desenvolvido por Veit e Ware (1983), com validação para a população portuguesa de Novo (2004). É um questionário de autorresposta que engloba 38 itens e é essencialmente utilizado no rastreio psicológico. O instrumento permite avaliar cinco dimensões: Ansiedade – A (10 itens: 3, 11, 13, 15, 22, 25, 29, 32, 33 e 35), Depressão – D (5 itens: 9, 27, 30, 36 e 38), Perda de Controlo Emocional e Comportamental – PCEC (9 itens: 8, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 24 e 28), Afeto Positivo – AP (11 itens: 1, 4, 5, 6, 7, 12, 17, 26, 31, 34 e 37) e Laços Emocionais – LE (3 itens: 2, 10 e 23). Estas dimensões, por sua vez,

organizam-se em duas dimensões de ordem superior:

- **Distress Psicológico – DP (24 itens).** Resulta do somatório das subescalas Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional e Comportamental.
- **Bem-Estar Psicológico – BEP (14 itens).** Inclui o Afeto Positivo e os Laços Emocionais.

A pontuação de cada dimensão é obtida através da soma dos resultados brutos numa escala ordinal de 5 ou 6 pontos e da divisão pelo número de itens correspondentes. Os itens 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 22, 23, 26, 31, 34 e 37 são cotados inversamente. Posteriormente, os valores médios de cada dimensão e das duas escalas de ordem superior são transformados numa escala de 0 a 100 pontos. Valores mais elevados sugerem uma melhor saúde mental, isto é, menor ansiedade, depressão e perda de controlo emocional e maior afeto positivo e laços emocionais (Veit & Ware, 1983; Pais-Ribeiro, 2011).

Relativamente à consistência interna, a versão original apresentou valores adequados, variando entre 0,73 (Laços Emocionais) e 0,96 (Escala Global) (Veit e Ware, 1983). A versão portuguesa validada por Novo (2004) revelou índices semelhantes, com α entre 0,73 e 0,96. Na presente amostra, a escala total apresentou consistência interna aceitável ($\alpha = 0,67$), sendo que as subescalas evidenciaram valores superior: Ansiedade ($\alpha = 0,83$), Depressão ($\alpha = 0,86$), Perda de Controlo Emocional/Comportamental ($\alpha = 0,86$), Afeto Positivo ($\alpha = 0,94$) e Laços Emocionais ($\alpha = 0,75$).

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

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o WHOQOL-Bref, desenvolvido pelo WHOQOL Group (1998) e validado para a população portuguesa por Vaz-Serra e colaboradores (2006). É uma escala de autopreenchimento que avalia a qualidade de vida, através de 26 questões, duas das quais mais abrangentes e associadas à perceção geral da qualidade de vida e saúde (itens 1 e 2). Os restantes itens são mais específicos e dividem-se em 4 domínios:

- **Domínio Físico.** Alude à perceção do indivíduo relativamente à sua condição física, designadamente dor e desconforto (item 3), tratamentos médicos (item 4), energia e fadiga (item 10), mobilidade (item 15), sono e repouso (item 16), atividades de vida diária (item 17) e capacidade laboral (item 18).

- **Domínio Psicológico.** Relacionando-se com a forma como é percecionado o seu estado afetivo e cognitivo, incluindo sentimentos positivos (item 5) e negativos (item 26), pensamento (item 7), autoestima (item 19), imagem corporal e aparência (item 11) e espiritualidade (item 6).
- **Domínio das Relações Sociais.** Representa a perceção do sujeito acerca dos seus relacionamentos interpessoais e papéis sociais desempenhados pelo próprio (item 20), atividade sexual (item 21), rede de suporte e apoio social (item 22).
- **Domínio Ambiental.** Reporta-se a diversos fatores ambientais em que o sujeito se encontra inserido, designadamente a segurança física e proteção (item 8), ambiente físico envolvente (item 9), recursos financeiros (item 12), oportunidade de adquirir novas aprendizagens e desenvolver novas competências (item 13), participação em atividades de lazer (item 14), ambiente dentro do lar (item 23), cuidados de saúde e sociais (item 24) e transportes (item 25) (WHOQOL Group, 1998; WHO, 1998; Dias et al., 2021).

As questões são avaliadas numa escala de *Likert* de 5 pontos que inclui quatro aspetos de avaliação: (i) intensidade (nada a muitíssimo), (ii) capacidade (nada a muitíssimo), (iii) frequência (nada a completamente) e (iv) global (muito insatisfeito a muito satisfeito; muito má a muito boa). A cotação do instrumento é feita através do somatório dos itens de cada domínio e posteriormente realiza-se a divisão pelo número de itens de cada domínio (i.e., no domínio físico são somadas as pontuações e divididas por 7).

Os itens 3, 4 e 26 são cotados de forma invertida (Vaz et al., 2006), ou seja, nestas três questões, o valor 1 assume-se como o mais positivo e o 5 como o mais negativo. As questões 1 e 2 são cotadas individualmente, sendo todas as outras englobadas no domínio a que pertencem. Os resultados totais oscilam numa escala de 0 a 100 e quanto maior a percentagem (mais próxima dos 100%), melhor a perceção de qualidade de vida. Caso 20% dos dados sejam omissos, deve-se invalidar o uso deste inventário (WHOQOL Group, 1998).

Relativamente à consistência interna, o estudo original indica uma consistência geral considerada boa a excelente nos quatro domínios, embora não sejam divulgados os valores de alfa de *Cronbach* de forma discriminada. A versão portuguesa apresentou consistência interna adequada em todos os domínios, com valores de α entre 0,78 (Domínio Ambiental) e 0,87 (Domínio Físico) (Vaz-Serra et al., 2006). No presente estudo,

observaram-se igualmente bons indicadores de consistência interna: 0,87 no Domínio Físico e Psicológico, 0,78 no Domínio Ambiental e 0,71 no Domínio das Relações Sociais.

4.3.6. Ética e Deontologia

O presente estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos e deontológicos que regem a investigação em Psicologia Clínica, nomeadamente os definidos pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2016) e pela *American Psychological Association* (APA, 2017). Foram igualmente respeitadas as normas previstas na Lei nº58/2019, relativa à proteção de dados pessoais (Diários da República, 2019), bem como os preceitos da Declaração de Helsínquia, que orienta a ética na investigação com seres humanos (Associação Médica Mundial, 2013).

A participação no estudo foi voluntária e precedida de consentimento informado (ver Anexo A) adequado ao formato de recolha em cada grupo amostral. Os participantes foram devidamente esclarecidos quanto à natureza, objetivos e procedimentos do estudo, tendo-lhes sido assegurado o direito à desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

O tratamento de dados respeitou os princípios de anonimato, confidencialidade e proteção da identidade dos participantes. As respostas recolhidas foram codificadas e armazenadas em bases de dados seguras, garantindo-se a integridade da informação ao longo de todo o processo de investigação.

4.3.7. Análise de dados

Os dados foram previamente codificados para efeitos de tratamento estatístico. Nas amostras comunitárias (amostras 1 e 2), as respostas obtidas na plataforma *Qualtrics* foram automaticamente exportadas para o *software IBM Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS 31), permitindo a organização imediata das variáveis. Na amostra clínica (amostra 3), os protocolos foram preenchidos em formato papel, codificados manualmente e posteriormente introduzidos numa base de dados em *Microsoft Excel*, sendo depois exportados para o *SPSS*. Em todas as etapas foi assegurada a confidencialidade, o anonimato e a integridade da informação.

A análise estatística incluiu medidas descritivas (frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão) e estatística inferencial. Para esta última, utilizou-se o coeficiente alfa de *Cronbach* para avaliar a consistência interna, o teste *t* de *Student* para amostras independentes, a *Anova One-Way* e o teste de *Mann-Whitney*, conforme a adequação paramétrica dos dados. Nos casos em que a dimensão amostral ultrapassava os 30 participantes, a normalidade da distribuição foi assumida com base no Teorema do Limite Central (TLC). A homogeneidade

das variâncias foi avaliada através do teste de *Levene*. Quando esta premissa não se verificou, aplicaram-se o teste *t* de *Student* e a *ANOVA One-Way*, com a correção de *Welch*. O nível de significância adotado para a rejeição da hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$.

4.4. Resultados

4.4.1. Caracterização Sociodemográfica

A amostra deste estudo foi composta por 774 participantes, distribuídos em três grupos (ver Tabela 1): a amostra comunitária sem queixa clínica (amostra 1; $n = 433$; 55,9%), a amostra comunitária com queixa clínica (amostra 2; $n = 138$; 17,8%) e a amostra clínica (amostra 3; $n = 203$; 26,2%).

No que respeita à idade, a amostra 1 apresentou uma média de 29 anos ($DP = 11,7$), a amostra 2 uma média de 27,6 anos ($DP = 9,9$), enquanto a amostra 3 apresentou uma média substancialmente mais elevada, de 44,2 anos ($DP = 13,7$). Relativamente ao género, na amostra 1 a maioria identificou-se com o feminino (69,3%), seguindo-se o masculino (30,5%) e “outro” (0,2%). Na amostra 2 verificou-se uma predominância ainda mais acentuada do género feminino (88,4%), contrastando com 11,6% do género masculino. Já na amostra 3, 55,7% eram do género feminino, 42,9% do masculino e 1,5% reportaram “outro”.

Relativamente à escolaridade, na amostra 1 verificou-se uma predominância de participantes com licenciatura (56,1%), seguida do ensino secundário ou profissional (22,1%) e mestrado (18,2%). Na amostra 2, a maioria também possuía licenciatura (52,9%), seguida do ensino secundário ou profissional (14,6%) e mestrado (21,0%). Já na amostra 3, observaram-se níveis mais baixos de escolaridade, com maior concentração no ensino secundário ou profissional (29%) e no 3º ciclo ou inferior (27%), embora também se verificassem participantes com licenciatura (26,1%) e mestrado (5,4%).

No que respeita à situação laboral, na amostra 1 destacou-se a percentagem de estudantes (33,7%) e trabalhadores a tempo inteiro (39,7%). Na amostra 2, a maioria também trabalhava a tempo inteiro (31,9%) ou era estudante (39,1%). Já na amostra 3, a maioria encontrava-se a trabalhar a tempo inteiro (36,9%), seguida por 20,0% de desempregados e 11,3% reformados.

Relativamente ao estado civil, a amostra 1 foi maioritariamente composto por solteiros (77,1%), tal como a amostra 2 (76,8%). Já na amostra 3, a percentagem de solteiros foi menor (54,2%), verificando-se maior proporção de casados (19,9%) e divorciados/separados (13,4%).

Por fim, quanto à distribuição geográfica, na amostra 1 verificou-se maior concentração de participantes na região da Grande Lisboa (59,6%), seguida pela Península de Setúbal (15,9%) e pelo Oeste e Vale do Tejo (6,9%), estando também representadas outras regiões em

menor percentagem. O mesmo padrão foi observado na amostra 2, com predominância da Grande Lisboa (62,3%) e da Península de Setúbal (15,2%). Já na amostra 3, a concentração foi mais expressiva na Grande Lisboa (87,6%), com menor representatividade no Oeste e Vale do Tejo (5,2%), Península de Setúbal (5,2%), Centro (1,5%) e Norte (0,5%).

Tabela 2

Características sociodemográficas das amostras

	Amostra Comunitária Sem queixa <i>n</i> = 433 (55,9%)	Amostra Comunitária Com queixa <i>n</i> = 138 (17,8%)	Amostra Clínica <i>n</i> = 203 (26,2%)
Idade (<i>M</i>; <i>DP</i>)	29,0 (11,7)	27,6 (9,9)	44,2 (13,7)
Género			
Feminino	300 (69,3%)	122 (88,4%)	113 (55,7%)
Masculino	132 (30,5%)	16 (11,6%)	87 (42,9%)
Outro	1 (0,2%)	0	3 (1,5%)
Escolaridade			
3º ciclo ou inferior	12 (2,8%)	4 (2,9%)	55 (27%)
Ensino secundário ou profissional	96 (22,1%)	30 (14,6%)	79 (29%)
Licenciatura	243 (56,1%)	73 (52,9%)	53 (26,1%)
Mestrado	79 (18,2%)	29 (21,0%)	11 (5,4%)
Doutoramento	3 (0,7%)	2 (1,4%)	5 (2,5%)
Situação Laboral			
Estudante	146 (33,7%)	54 (39,1%)	15 (9,4%)
Trabalhador-estudante	83 (19,2%)	30 (21,7%)	4 (2,5%)
Trabalhador a tempo inteiro	172 (39,7%)	44 (31,9%)	59 (36,9%)
Trabalhador a tempo parcial	16 (3,7%)	2 (1,4%)	8 (5,0%)
De baixa médica	1 (0,2%)	0	16 (10,0%)
Desempregado	11 (2,5%)	7 (5,1%)	32 (20,0%)
Dedicado ao Trabalho Doméstico	0	1 (0,7%)	8 (5,0%)
Reformado	4 (0,9%)	0	18 (11,3%)
Estado Civil			
Solteiro	334 (77,1%)	106 (76,8%)	109 (54,2%)

	Amostra Comunitária Sem queixa <i>n</i> = 433 (55,9%)	Amostra Comunitária Com queixa <i>n</i> = 138 (17,8%)	Amostra Clínica <i>n</i> = 203 (26,2%)
Casado	46 (10,6%)	12 (8,7%)	40 (19,9%)
União de facto	38 (8,8%)	12 (8,7%)	17 (8,5%)
Divorciado/Separado	14 (3,2%)	7 (5,1%)	27 (13,4%)
Região			
Norte	22 (5,1%)	1 (0,7%)	1 (0,5%)
Centro	26 (6,0%)	6 (4,3%)	3 (1,5%)
Grande Lisboa	258 (59,6%)	86 (62,3%)	170 (87,6%)
Oeste e Vale do Tejo	30 (6,9%)	11 (8,0%)	10 (5,2%)
Península de Setúbal	69 (15,9%)	21 (15,2%)	10 (5,2%)
Alentejo	16 (3,7%)	6 (4,3%)	0
Algarve	5 (1,2%)	3 (2,2%)	0
Região Autónoma dos Açores	2 (0,5%)	1 (0,7%)	0
Região Autónoma da Madeira	5 (1,2%)	3 (2,2%)	0

4.4.2. Caracterização Clínica

Relativamente à caracterização clínica (ver Tabela 3), verificou-se que na amostra comunitária com queixa psicológica (amostra 2), os diagnósticos mais prevalentes foram a ansiedade ($n = 98$; 71,0%) e a depressão ($n = 67$; 48,6%), seguidos dos ataques de pânico ($n = 35$; 25,4%) e da perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) ($n = 25$; 18,1%). Também foram identificados casos de perturbação obsessivo-compulsiva (POC) ($n = 13$; 9,4%) e de doença bipolar ($n = 3$; 2,2%), não se registando casos de esquizofrenia ou toxicod dependência neste grupo.

Na amostra clínica (amostra 3), os diagnósticos mais frequentes foram a depressão ($n = 98$; 48,8%) e a ansiedade ($n = 68$; 33,8%), observando-se ainda uma maior proporção de alcoolismo ($n = 37$; 18,4%) e de doença bipolar ($n = 16$; 8,0%). Verificaram-se também casos de esquizofrenia ($n = 9$; 4,5%), perturbação de personalidade borderline ($n = 11$; 5,4%) e toxicod dependência ($n = 8$; 4,0%), ausentes na amostra comunitária com queixa.

A análise do qui-quadrado revelou diferenças estatisticamente significativas entre a amostra comunitária com queixa e a amostra clínica em todas as categorias psicopatológicas ($p > .05$). Observou-se que a ansiedade, a perturbação de pânico e a perturbação de hiperatividade

e déficit de atenção foram mais prevalentes na amostra comunitária com queixa, enquanto diagnósticos como depressão, doença bipolar, esquizofrenia, perturbação *borderline*, perturbação de stresse pós-traumático, alcoolismo e toxicodependência se encontram em maior proporção na amostra clínica.

Tabela 3

Distribuição das categorias psicopatológicas nas amostras com queixa (n = 339)

Grupo Psicopatológico	Amostra Comunitária		χ^2	p
	Com queixa (n = 138)	Amostra Clínica (n = 201)		
	n (%)	n (%)		
Depressão	67 (48,6%)	98 (48,8%)	268,04	< .001
Fobia	4 (2,9%)	8 (4,0%)	16,20	< .001
Ansiedade	98 (71,0%)	68 (33,8%)	103,48	< .001
Ataques de Pânico	35 (25,4%)	22 (10,9%)	337,14	< .001
POC	13 (9,4%)	11 (5,5%)	35,87	< .001
PHDA	25 (18,1%)	2 (1,0%)	106,80	< .001
Doença Bipolar	3 (2,2%)	16 (8,0%)	36,29	< .001
Esquizofrenia	0	9 (4,5%)	25,87	< .001
Perturbação <i>Borderline</i>	5 (3,6%)	11 (5,4%)	22,25	< .001
PSPT	3 (2,2%)	6 (3,0%)	12,10	.002
Alcoolismo	1 (0,7%)	37 (18,4%)	105,72	< .001
Toxicodependência	0	8 (4,0%)	22,96	< .001

4.4.3. Estudo Psicométrico do SCL-90

4.4.3.1. Consistência Interna

A categorização dos valores de fiabilidade seguiu os critérios propostos por Hill (2014), segundo os quais valores inferiores a 0,70 são considerados insuficientes, entre 0,70 e 0,79 razoáveis, entre 0,80 e 0,89 bons e superiores ou iguais a 0,90, excelentes.

Na amostra comunitária sem queixa (ver Tabela 4), a consistência interna variou entre o razoável e o excelente, com valores de α entre 0,73 (Escala Adicional) e 0,90 (Depressão). Na amostra comunitária com queixa, os valores oscilaram entre 0,75 (Escala Adicional) e 0,92 (Depressão), evidenciando níveis de fiabilidade bons a excelentes na maioria das dimensões. Já

na amostra clínica, a consistência interna apresentou valores entre 0,72 (Escala Adicional) e 0,90 (Depressão).

De forma global, verifica-se que o SCL-90 apresenta consistência interna adequada em todas as amostras. Entre as subescalas, a de Depressão destacou-se como a mais fiável ($\alpha \geq 0,90$), enquanto a Escala Adicional registou sistematicamente os valores mais diminuídos ($\alpha \approx 0,72-0,75$). Para além disso, o GSI evidenciou consistência interna excecional em todas as amostras ($\alpha \geq 0,97$), confirmando a robustez global do instrumento.

Tabela 4

Consistência interna do SCL-90 por amostra (n = 764)

		Amostra Comunitária Sem queixa (n = 429)	Amostra Comunitária Com queixa (n = 137)	Amostra Clínica (n = 198)	Total (n = 764)
SCL-90	<i>N de itens</i>	<i>α</i>	<i>α</i>	<i>α</i>	<i>α</i>
S	12	0,87	0,89	0,88	0,89
OC	10	0,84	0,85	0,86	0,87
SI	9	0,85	0,87	0,86	0,88
D	13	0,90	0,92	0,90	0,92
An	10	0,83	0,88	0,87	0,88
H	6	0,78	0,85	0,81	0,83
AF	7	0,76	0,84	0,82	0,83
IP	6	0,80	0,86	0,75	0,83
Ps	10	0,79	0,83	0,85	0,83
EA	10	0,73	0,75	0,72	0,77
GSI	90	0,97	0,98	0,97	0,98

Nota. Som = Somatização; OC = Obsessões-Compulsões; SI = Sensibilidade Interpessoal; An = Ansiedade; D = Depressão; H = Hostilidade; IP = Ideação Paranoide; AF = Ansiedade Fóbica; Ps = Psicoticismo; GSI = Índice Global de Sintomas; PST = Total de Sintomas Positivos; PSDI = Índice de Distress Positivo. M = Média; DP = Desvio-Padrão.

4.4.3.2. Valores Normativos por Tipo de Amostra

No que diz respeito à sintomatologia psicopatológica avaliada pelo SCL-90, as respostas situaram-se, de um modo geral, abaixo do ponto intermédio da escala (0-4), sugerindo níveis ligeiros de sintomatologia na generalidade das amostras (ver Tabela 6).

Na amostra comunitária sem queixa (amostra 1), os valores médios mais elevados verificaram-se nas subescalas Obsessões-Compulsões ($M = 0,98$; $DP = 0,67$), Depressão ($M = 0,87$; $DP = 0,66$) e Escala Adicional ($M = 0,79$; $DP = 0,63$), enquanto os mais baixos ocorreram na Ansiedade Fóbica ($M = 0,26$; $DP = 0,43$), Psicoticismo ($M = 0,32$; $DP = 0,41$) e Hostilidade ($M = 0,43$; $DP = 0,48$).

Na amostra comunitária com queixa (amostra 2), os valores mais elevados registaram-se em Obsessões-Compulsões ($M = 1,69$; $DP = 0,84$), Depressão ($M = 1,59$; $DP = 0,92$) e Ansiedade ($M = 1,35$; $DP = 0,89$), enquanto Ansiedade Fóbica ($M = 0,70$; $DP = 0,78$), Psicoticismo ($M = 0,74$; $DP = 0,69$) e Hostilidade ($M = 0,80$; $DP = 0,77$) apresentaram valores mais reduzidos, ainda que superiores aos do grupo anterior.

Na amostra clínica (amostra 3), os valores mais elevados observaram-se em Depressão ($M = 1,79$; $DP = 0,94$), Obsessões-Compulsões ($M = 1,75$; $DP = 0,91$) e Escala Adicional ($M = 1,60$; $DP = 0,86$). Já os valores mais baixos verificaram-se em Ansiedade Fóbica ($M = 0,85$; $DP = 0,89$) e Hostilidade ($M = 0,93$; $DP = 0,82$) e Psicoticismo ($M = 0,94$; $DP = 0,79$).

De forma geral, observou-se uma progressão consistente das médias entre os três grupos, traduzindo um aumento gradual da sintomatologia da amostra comunitária sem queixa para a amostra clínica.

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis (ver Tabela 7) indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as subescalas do SCL-90 ($p < .001$). As análises post-hoc (teste de Mann-Whitney com correção de Bonferroni, $p < .017$) mostraram que a amostra comunitária sem queixa apresentou níveis significativamente inferiores aos das amostras com queixa e clínica. As diferenças entre os grupos com queixa e clínico não foram significativas na maioria das subescalas, exceto em Ideação Paranoide e Psicoticismo, onde os valores foram mais elevados no grupo clínico.

Tabela 6*Estatísticas descritivas do SCL-90 por amostra (n = 755)*

	Amostra Comunitária	Amostra Comunitária	
	Sem queixa	Com queixa	Amostra Clínica
	(n = 381)	(n = 126)	(n = 180)
	Min. – Máx.	Min. – Máx.	Min. – Máx.
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
S	0 – 3,58 0,60 (0,56)	0 – 3,83 1,15 (0,80)	0 – 3,75 1,26 (0,85)
OC	0 – 4,00 0,98 (0,67)	0 – 3,80 1,69 (0,84)	0 – 4,00 1,75 (0,91)
SI	0 – 3,22 0,72 (0,64)	0 – 3,33 1,35 (0,89)	0 – 3,44 1,35 (0,89)
D	0 – 3,54 0,87 (0,66)	0 – 3,92 1,59 (0,92)	0 – 3,92 1,79 (0,94)
An	0 – 3,10 0,58 (0,52)	0 – 3,30 1,30 (0,83)	0 – 3,90 1,37 (0,90)
H	0 – 3,67 0,43 (0,48)	0 – 4,00 0,80 (0,77)	0 – 3,67 0,93 (0,82)
AF	0 – 2,43 0,26 (0,43)	0 – 3,14 0,70 (0,78)	0 – 3,71 0,85 (0,89)
IP	0 – 3,50 0,60 (0,65)	0 – 3,33 1,08 (0,97)	0 – 4,00 1,38 (0,93)
Ps	0 – 2,80 0,32 (0,41)	0 – 2,70 0,74 (0,69)	0 – 3,40 0,94 (0,79)
EA	0 – 3,14 0,79 (0,63)	0 – 3,57 1,39 (0,83)	0 – 4,00 1,60 (0,86)
GSI	0 – 2,96 0,64 (0,47)	0,11 – 3,12 1,22 (0,69)	0 – 3,44 1,35 (0,73)
PST	0 – 5,00 2,95 (1,34)	0 – 5,00 3,94 (1,04)	0 – 5,00 3,67 (1,33)
PSDI	0 – 3,80 1.63 (0,71)	0 – 3,50 2,11 (0,68)	0 – 4,00 2,20 (0,79)

Nota. Som = Somatização; OC = Obsessões-Compulsões; SI = Sensibilidade Interpessoal; An = Ansiedade; D = Depressão; H = Hostilidade; IP = Ideação Paranoide; AF = Ansiedade Fóbica; Ps = Psicoticismo; GSI = Índice Global de Sintomas; PST = Total de Sintomas Positivos; PSDI = Índice de Distress Positivo. M = Média; DP = Desvio-Padrão.

Tabela 7*Resultados dos testes de Kruskal-Wallis nas subescalas do SCL-90 por amostra (n = 755)*

Subescala	<i>H</i> (2)	<i>p</i>	Diferenças
			Significativas (<i>Mann-Whitney, Bonferroni</i>)
Somatização	122,43	< .001	1 < 2, 1 < 3
Obsessões-Compulsões	140,03	< .001	1 < 2, 1 < 3
Sensibilidade Interpessoal	101,66	< .001	1 < 2, 1 < 3
Depressão	161,32	< .001	1 < 2, 1 < 3
Ansiedade	174,71	< .001	1 < 2, 1 < 3
Hostilidade	86,21	< .001	1 < 2, 1 < 3
Ansiedade Fóbica	120,39	< .001	1 < 2, 1 < 3
Ideação Paranoide	116,83	< .001	1 < 2, 1 < 3, 2 < 3
Psicoticismo	144,71	< .001	1 < 2, 1 < 3, 2 < 3
Escala Adicional	145,52	< .001	1 < 2, 1 < 3
GSI	186,73	< .001	1 < 2, 1 < 3
PST	81,40	< .001	1 < 2, 1 < 3
PSDI	102,04	< .001	1 < 2, 1 < 3

4.4.3.3. Classes Normalizadas

No âmbito do presente estudo e tendo em vista o estabelecimento de normas do SCL-90 para a população adulta portuguesa, foi desenvolvida uma proposta preliminar de cinco classes normalizadas, a partir da distribuição das pontuações obtidas nas três amostras. Esta categorização pretende facilitar a interpretação clínica das diferentes subescalas do instrumento, permitindo situar os resultados em relação a uma amostra de referência.

As classes foram definidas em cinco níveis: Inferior, Médio Inferior, Médio, Médio Superior e Superior, refletindo a posição relativa das pontuações médias por item (escala de 0 a 4), em cada subescala do SCL-90. Esta abordagem possibilita uma leitura mais funcional e comparável dos resultados, constituindo um contributo para o rastreio e apoio à tomada de decisão em contextos clínicos. As Tabelas 8, 9 e 10 (Anexo C) apresentam os intervalos propostos para cada subescala correspondentes a esta categorização.

4.4.4. Estudos de Validade

4.4.4.1. Estudo de Diferenças de Médias

O papel do Género

A análise comparativa entre géneros para cada subamostra foi conduzida com base nos resultados apresentados nas Tabelas 11 e 12, visando identificar diferenças na expressão sintomatológica avaliada pelo SCL-90.

Na amostra comunitária sem queixa (Tabela 11), o género feminino apresentou médias significativamente superiores em Somatização ($p < .001$, $d = 0,55$), Obsessões-Compulsões ($p = .001$, $d = 0,67$), Sensibilidade Interpessoal ($p = .009$, $d = 0,64$), Depressão ($p = .002$, $d = 0,66$) e Ansiedade ($p < .001$, $d = 0,51$).

Na amostra comunitária com queixa (Tabela 12), apenas a Ideação Paranoide evidenciou diferenças significativas, com valores mais elevados no género masculino ($p = .032$; $d = 0,93$).

Na amostra clínica (Tabela 12), o género feminino reportou médias significativamente superiores em Somatização ($p < .001$, $d = 0,81$), Sensibilidade Interpessoal ($p = .050$, $d = 0,89$), Depressão ($p = .018$, $d = 0,53$), Ansiedade ($p = .005$, $d = 0,80$) e Hostilidade ($p = .002$, $d = 0,80$). As restantes dimensões não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$).

De uma forma geral, estes resultados evidenciam que o género feminino tende a associar-se a níveis mais elevados de sintomatologia de natureza internalizante, enquanto o género masculino se destaca pontualmente em dimensões de carácter externalizante.

Tabela 11

Estatísticas descritivas do SCL-90 por género na amostra comunitária sem queixa (n = 381)

	Amostra Comunitária sem queixa		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	H	M			
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
Som	0,43 (0,40)	0,68 (0,60)	- 4.90	< .001	.551
OC	0,84 (0,58)	1,04 (0,70)	- 3.11	.001	.667
SI	0,60 (0,56)	0,77 (0,67)	- 2.61	.009	.635
D	0,72 (0,59)	0,94 (0,68)	- 3.09	.002	.655
An	0,46 (0,45)	0,64 (0,54)	- 3.40	< .001	.514
H	0,43 (0,51)	0,43 (0,47)	- 0.32	.974	.483

	H	M			
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
IP	0,61 (0,63)	0,60 (0,66)	.158	.874	.648
AF	0,19 (0,39)	0,29 (0,44)	- 2.29	.023	.423
Ps	0,35 (0,41)	0,30 (0,41)	1.12	.265	.412
GSI	1,27 (0,71)	1,44 (0,73)	- 1.69	.093	.722
PST	3,52 (1,33)	3,81 (1,32)	- 1.53	.129	1.32
PSDI	2,16 (0,81)	2,24 (0,78)	- 0.67	.503	0,78

Nota. Som = Somatização; OC = Obsessões-Compulsões; SI = Sensibilidade Interpessoal; An = Ansiedade; D = Depressão; H = Hostilidade; IP = Ideação Paranoide; AF = Ansiedade Fóbica; Ps = Psicoticismo; GSI = Índice Global de Sintomas; PST = Total de Sintomas Positivos; PSDI = Índice de Distress Positivo. M = Média; DP = Desvio-Padrão.

Tabela 12

Estatísticas descritivas do SCL-90 por género na amostra comunitária com queixa (n = 126) e na amostra clínica (n = 180)

	Amostra Comunitária com queixa					Amostra Clínica				
	H	M				H	M			
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Som	0,96 (0,74)	1,18 (0,89)	- 0.97	.332	.803	0,98 (0,72)	1,49 (0,88)	-4.43	<.001	.811
OC	1,79 (0,82)	1,68 (0,84)	0.50	.615	.842	1,64 (0,83)	1,83 (0,96)	-.150	.145	.905
SI	1,45 (0,69)	1,33 (0,92)	0.74	.469	.897	1,20 (0,85)	1,45 (0,92)	-.197	.050	.889
D	1,57 (0,56)	1,59 (0,96)	- .148	.883	.920	1,61 (0,91)	1,93 (0,95)	-.240	.018	.134
An	1,31 (0,61)	1,30 (0,85)	.028	.977	.829	1,17 (0,76)	1,52 (0,97)	-2.79	.005	.883
H	1,09 (0,87)	0,76 (0,76)	1.62	.109	.770	0,73 (0,66)	1,09 (0,90)	3.21	.002	.804
IP	1,86 (0,94)	0,99 (0,93)	3.27	.001	.932	1,86 (0,94)	0,99 (0,93)	-0,79	.432	.934
AF	0,53 (0,67)	0,72 (0,79)	. 221	.380	.782	0,53 (0,67)	0,72 (0,79)	-1.14	.256	.886
Ps	1,06 (0,70)	0,70 (0,68)	1.88	.062	.683	1,06 (0,70)	0,70 (0,68)	-0,71	.477	.799
GSI	1,31 (0,51)	1,1 (0,71)	.541	.589	.694	1,31 (0,51)	2,24 (0,78)	-1,69	.093	.722
PST	3,50 (1,03)	4,01 (1,03)	- 1.85	.066	1.03	3,50 (1,03)	4,01 (1,03)	-1.53	.129	1.32
PSDI	2,13 (0,61)	2,12 (0,69)	-.078	.938	.692	2,16 (0,81)	2,24 (0,78)	-.671	.503	.794

Nota. Som = Somatização; OC = Obsessões-Compulsões; SI = Sensibilidade Interpessoal; An = Ansiedade; D = Depressão; H = Hostilidade; IP = Ideação Paranoide; AF = Ansiedade Fóbica; Ps = Psicoticismo; GSI = Índice Global de Sintomas; PST = Total de Sintomas Positivos; PSDI = Índice de Distress Positivo. M = Média; DP = Desvio-Padrão.

Distribuição da Psicopatologia

Foram conduzidas análises de variância univariadas (ANOVA) para comparar as médias das nove subescalas do SCL-90, entre a amostra comunitária sem queixa, a amostra comunitária com queixa e a amostra clínica. Uma vez que as variâncias não se mostraram homogêneas ($p < .05$), recorreu-se ao teste *post-hoc* de Games Howell.

Os resultados (ver Tabelas 13 e 14) revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as subescalas ($p < .001$). De forma consistente, a amostra comunitária sem queixa apresentou os valores médios mais baixos, distinguindo-se significativamente das restantes amostras em todas as dimensões, com magnitudes de efeito geralmente elevadas ($d \geq 0,80$). As diferenças foram particularmente acentuadas nas dimensões Ansiedade ($d = -1,03$ a $-1,06$), Depressão ($d = -0,91$ a $-1,13$) e Obsessões-Compulsões ($d = -0,93$ a $-0,96$).

Na comparação entre os dois grupos com queixa, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na maioria das dimensões ($p \geq .05$). Contudo, na Ideação Paranóide ($p = .010$; $d = -0,32$) e no Psicoticismo ($p = .015$; $d = -0,27$) observou-se uma progressão dos níveis de sintomatologia, com valores mais baixos na amostra comunitária sem queixa, intermédios na amostra comunitária com queixa e mais elevados na amostra clínica.

Tabela 13

Subescalas do SCL-90 por tipo de amostra (n = 774)

	Amostra		Amostra		Amostra	
	Comunitária		Comunitária		Clínica	
	Sem Queixa (n = 433)		Com Queixa (n = 138)		(n = 203)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
S	0,60	0,56	1,15	0,80	1,26	0,85
OC	0,98	0,67	1,69	0,84	1,75	0,91
SI	0,72	0,64	1,35	0,89	1,35	0,89
D	0,87	0,66	1,59	0,92	1,79	0,94
An	0,59	0,52	1,30	0,83	1,37	0,90
H	0,43	0,48	0,80	0,77	0,93	0,82
AF	0,26	0,43	0,70	0,78	0,85	0,89
IP	0,60	0,65	1,08	0,97	1,38	0,93

	Amostra		Amostra		Amostra	
	Comunitária		Comunitária		Clínica	
	Sem Queixa		Com Queixa		(n = 203)	
	(n = 433)		(n = 138)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Ps	0,32	0,41	0,74	0,69	0,94	0,79
GSI	0,64	0,47	1,22	0,69	1,35	0,73
PST	2,95	1,34	3,95	1,04	3,66	1,33
PSDI	1,63	0,71	2,11	0,68	2,20	0,79

Tabela 14

Comparações post-hoc (Games-Howell) das subescalas do SCL-90 por tipo de amostra (valores de p e d de Cohen)

Dimensão	<i>p</i> (A1-A2)	<i>d</i> (A1-A2)	<i>p</i> (A1-A3)	<i>d</i> (A1-A3)	<i>p</i> (A2-A3)	<i>d</i> (A2-A3)
S	< .001	-0,80	< .001	-0,92	.235	-0,13
OC	< .001	-0,93	< .001	-0,96	.837	-0,07
SI	< .001	-0,81	< .001	-0,81	1.00	0,00
D	< .001	-0,90	< .001	-1,13	.067	-0,22
An	< .001	-1,03	< .001	-1,06	.826	-0,08
H	< .001	-0,58	< .001	-0,74	.667	-0,16
AF	< .001	-0,70	< .001	-0,84	.365	-0,18
IP	< .001	-0,58	< .001	-0,97	.010	-0,32
Ps	< .001	-0,74	< .001	-0,99	.015	-0,27

Nota. A1 = Amostra Comunitária sem queixa; A2 = Amostra Comunitária com queixa; A3 = Amostra Clínica. Comparações realizadas com teste *post-hoc* de Games-Howell. Valores negativos de d indicam que a média é superior no segundo grupo listado.

Psicopatologia e Qualidade de Vida

Foram realizadas análises de variância univariadas (*ANOVA One-Way*) para avaliar as diferenças na percepção de qualidade de vida, entre a amostra comunitária sem queixa (A1), a amostra comunitária com queixa (A2) e a amostra clínica (A3), considerando os domínios do WHOQOL-Bref. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todos os domínios avaliados ($p < .001$). Consistentemente, a A1 apresentou valores mais elevados de qualidade de vida, seguida da A2, sendo a A3 a amostra com os valores mais baixos.

As análises *post-hoc* (Tabela 17) revelaram que as comparações entre a A1 e a A2 apresentaram diferenças de efeito moderado em todos os domínios, enquanto as comparações entre a A1 e a A3 evidenciaram diferenças de efeito elevado, com maior destaque para os domínios Físico ($d = 1,23$) e Geral ($d = 1,13$). Já na comparação entre a A2 e a A3 as diferenças foram mais reduzidas, e apenas significativas no Domínio das Relações Sociais ($p = .008$, $d = 0,33$).

Tabela 15

Estatísticas descritivas dos domínios do WHOQOL-Bref em função do tipo de amostra (n = 670)

	Amostra		Clínica		Amostra	
	Comunitária Sem		Comunitária		Clínica	
	queixa		Com queixa		(n = 198)	
	(n = 355)		(n = 117)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Geral	73,11	16,23	63,54	20,47	52,67	20,95
Físico	76,89	14,10	63,90	19,11	58,04	17,45
Psicológico	69,88	16,69	54,17	19,63	53,28	21,34
Relações Sociais	67,81	20,10	57,19	22,87	49,92	21,45
Ambiental	71,13	14,31	61,97	16,11	57,18	16,18

Tabela 16

Resultados da ANOVA One-Way nos domínios do WHOQOL em função do tipo de amostra

Domínio	<i>F(df)</i>	<i>p</i>	η^2
Geral	$F(2, 676) = 79,17$	$< .001$	.19
Físico	$F(2, 671) = 94,75$	$< .001$	.22
Psicológico	$F(2, 673) = 63,87$	$< .001$	.16
Relações Sociais	$F(2, 672) = 48,49$	$< .001$	.13
Ambiental	$F(2, 667) = 57,12$	$< .001$	.15

Tabela 17

Comparações post-hoc dos domínios da qualidade de vida por tipo de amostra (valores de p e d de Cohen)

Domínio	<i>p</i> (A1-A2)	<i>d</i> (A1-A2)	<i>p</i> (A1-A3)	<i>d</i> (A1-A3)	<i>p</i> (A2-A3)	<i>d</i> (A2-A3)
Geral	< .001	0,55	< .001	1,13	.235	0,52
Físico	< .001	0,84	.001	1,23	.837	0,32
Psicológico	< .001	0,90	1.00	0,90	1.00	0,04
Relações Sociais	< .001	0,51	< .001	0,87	.008	0,33
Ambiental	< .001	0,62	.031	0,93	.826	0,30

Nota. A1 = Amostra Comunitária sem queixa; A2 = Amostra Comunitária com queixa; A3 = Amostra Clínica. Comparações realizadas com teste *post-hoc* de Games-Howell. Valores negativos de *d* indicam que a média é superior no segundo grupo listado.

Qualidade de Vida em Função dos Níveis de Cuidado

As estatísticas descritivas (Tabela 15) revelaram diferenças entre os três grupos. Em todos os domínios avaliados, a amostra clínica apresentou consistentemente as médias mais baixas de qualidade de vida. Em todos os domínios avaliados, a amostra comunitária sem queixa apresentou consistentemente as médias mais elevadas de qualidade de vida, seguindo-se a amostra comunitária com queixa, e, por fim, a amostra clínica, que registou sistematicamente as médias mais baixas.

Os contrastes lineares ponderados (Tabela 18) confirmaram efeitos estatisticamente significativos em todos os domínios, com tamanhos de efeito variando entre 0,126 e 0,220. Estes resultados demonstram um padrão robusto de declínio da qualidade de vida à medida que se avança para níveis mais especializados de cuidado.

Tabela 18

Contrastes lineares ponderados da qualidade de vida entre os níveis de cuidado

Domínios	<i>F</i> (df)	<i>p</i>	η^2
Físico	$F(1,673) = 30,78$	< .001	.220
Psicológico	$F(1,673) = 6,63$	.010	.160
Social	$F(1,672) = 22,47$	< .001	.126
Ambiental	$F(1,667) = 21,31$	< .001	.146
Geral	$F(1,676) = 50,99$	< .001	.190

4.4.4.2. Estudos Correlacionais

Psicopatologia e Qualidade de Vida

Com o objetivo de estudar a relação entre a sintomatologia psicopatológica e a percepção de qualidade de vida, foram calculados coeficientes de correlação de *Pearson* entre as nove subescalas sintomatológicas e os índices globais do SCL-90 e os quatro domínios do WHOQOL-Bref, estratificando cada uma das três amostras em estudo (ver Tabelas 18, 19 e 20).

Nas amostras comunitárias (com e sem queixa), observou-se de forma consistente que níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica se associaram a níveis mais baixos de percepção de qualidade de vida, com correlações negativas e estatisticamente significativas ($p \leq .01$). Já na amostra clínica, embora as subescalas apresentassem correlações negativas significativas com os domínios da qualidade de vida, os índices globais não evidenciaram associações significativas.

As correlações de maior magnitude verificaram-se consistentemente entre a dimensão Depressão do SCL-90 e o Domínio Psicológico do WHOQOL-Bref (r entre 0,69 e -0,75 nas três amostras, $p \leq .01$). Verificaram-se igualmente associações fortes entre a dimensão Obsessões-Compulsões e o mesmo domínio (r entre -0,60 e -0,65 nas três amostras, $p \leq .01$).

De forma geral, os resultados evidenciam que a sintomatologia depressiva é a dimensão que apresenta associações mais fortes com a diminuição da percepção de qualidade de vida.

Tabela 19

Correlações de Pearson entre as subescalas do SCL-90 e os domínios da WHOQOL-Bref na amostra comunitária sem queixa ($n = 433$)

	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
S	-0,55**	-0,51**	-0,38**	-0,53**
OC	-0,44**	-0,64**	-0,46**	-0,46**
SI	-0,39**	-0,63**	-0,58**	-0,51**
D	-0,46**	-0,69**	-0,57**	-0,52**
An	-0,43**	-0,62**	-0,48**	-0,49**
H	-0,32**	-0,46**	-0,46**	-0,42**
AF	-0,42**	-0,51**	-0,46**	-0,41**
IP	-0,37**	-0,51**	-0,53**	-0,53**
Ps	-0,42**	-0,59**	-0,56**	-0,48**

	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
GSI	-0,53**	-0,66**	-0,53**	-0,40**
PST	-0,31**	-0,41**	-0,32**	-0,20**
PSDI	-0,31**	-0,42**	-0,31**	-0,14**

Nota. $p < .01$ (bilateral). ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 20

Correlações de Pearson entre as subescalas do SCL-90 e os domínios do WHOQOL-Bref na amostra comunitária com queixa (n = 138)

Subescalas SCL-90	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
S	-0,46**	-0,47**	-0,40**	-0,30**
OC	-0,54**	-0,65**	-0,50**	-0,36**
SI	-0,39**	-0,58**	-0,46**	-0,35**
D	-0,57**	-0,75**	-0,60**	-0,39**
An	-0,56**	-0,59**	-0,48**	-0,39**
H	-0,31**	-0,47**	-0,35**	-0,34**
AF	-0,42**	-0,47**	-0,27**	-0,33**
IP	-0,34**	-0,37**	-0,41**	-0,34**
Ps	-0,45**	-0,46**	-0,46**	-0,36**
GSI	-0,52**	-0,70**	-0,59**	-0,59**
PST	-0,36**	-0,49**	-0,40**	-0,38**
PSDI	-0,42**	-0,60**	-0,54**	-0,53**

Nota. $p < .01$ (bilateral). ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 21

Correlações de Pearson entre as subescalas do SCL-90 e os domínios do WHOQOL-Bref na amostra clínica (n = 203)

	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
S	-0,39**	-0,35**	-0,27**	-0,19**
OC	-0,50**	-0,60**	-0,44**	-0,30**
SI	-0,37**	-0,55**	-0,46**	-0,35**
D	-0,53**	-0,72**	-0,55**	-0,37**

	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
An	-0,41**	-0,53**	-0,39**	-0,32**
H	-0,34**	-0,42**	-0,36**	-0,28**
AF	-0,29**	-0,37**	-0,30**	-0,21**
IP	-0,31**	-0,40**	-0,46**	-0,38**
Ps	-0,44**	-0,54**	-0,49**	-0,41**
GSI	0,00	0,11	0,01	0,07
PSD	-0,02	0,05	0,02	0,14
PSDI	-0,04	0,08	-0,01	0,07

Nota. $p < .01$ (bilateral). ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Idade, Psicopatologia e Qualidade de Vida

Com o objetivo de estudar a influência da idade na sintomatologia psicopatológica e na percepção de qualidade de vida, calcularam-se coeficientes de correlação de *Pearson* entre a variável idade, as nove subescalas e os índices globais do SCL-90, bem como os domínios do WHOQOL-Bref (ver Tabelas 21 e 22).

Relativamente ao SCL-90, a idade apresentou correlações positivas fracas e estatisticamente significativas com a Somatização ($r = 0,12, p < .001$), Obsessões-Compulsões ($r = 0,10, p < .001$), Sensibilidade Interpessoal ($r = 0,21, p < .001$), Ansiedade ($r = 0,28, p < .001$) e Ideação Paranoide ($r = 0,10, p = .006$). Estes resultados sugerem que participantes mais velhos tendem a reportar níveis ligeiramente superiores de sintomatologia nestas dimensões. As restantes subescalas, bem como os índices globais, não evidenciaram associações estatisticamente significativas com a idade ($p > .05$).

No que respeita ao WHOQOL-Bref, observaram-se correlações negativas fracas e estatisticamente significativas entre a idade e todos os domínios avaliados: Geral ($r = -0,25, p < .001$), Físico ($r = -0,29, p < .001$), Psicológico ($r = -0,29, p < .001$), Social ($r = -0,17, p < .001$) e Ambiental ($r = -0,22, p < .001$). Estes resultados indicam que, com o aumento da idade, tende a verificar-se uma diminuição na percepção de qualidade de vida, em particular nos domínios físico e psicológico.

De forma global, as correlações identificadas foram de magnitude fraca a moderada, sendo mais expressivas na associação entre idade e as dimensões Ansiedade e Sensibilidade Interpessoal do SCL-90, bem como entre idade e os domínios Físico e Psicológico do WHOQOL-Bref.

Tabela 22*Correlações de Pearson entre a idade e os domínios do SCL-90*

Dimensões	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
S	0,12**	< .001	750
OC	0,10**	< .001	764
SI	0,21**	< .001	764
D	0,02	.644	766
An	0,28**	< .001	764
H	0,05	.052	762
AF	0,02	.670	766
IP	0,09**	.006	752
Ps	0,02**	.444	763
GSI	0,09*	.013	768
PST	0,02	.678	768
PSDI	0,06	.128	768

*Nota. r = coeficiente de correlação de Pearson. Valores de p baseados em teste bicaudal. p < .01 **, p < .05*.*

Tabela 23*Correlações de Pearson entre os domínios do WHOQOL-Bref e a idade*

Domínios	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Geral	-0,25**	< .001	673
Físico	-0,29**	< .001	668
Psicológico	-0,29**	< .001	670
Relações Sociais	-0,17**	< .001	669
Ambiental	-0,22**	< .001	665

*Nota. r = coeficiente de correlação de Pearson. valores de p baseados em teste bicaudal. p < .01 **. N varia por análise devido a dados em falta.*

4.5. Discussão

A presente investigação teve como objetivo estudar a relação entre a presença de queixa psicopatológica e a perceção de qualidade de vida na população adulta portuguesa, com base numa contribuição para a adaptação do SCL-90. Para tal, foram comparadas três subamostras (sem queixa, com queixa e clínica), recorrendo à aplicação da Escala de 90 Sintomas (SCL-90) e do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

(WHOQOL-Bref). Os resultados obtidos confirmaram de forma consistente as hipóteses inicialmente formuladas, oferecendo evidência robusta acerca do impacto da sintomatologia psicopatológica na percepção de qualidade de vida.

A primeira hipótese (H1) que antecipava diferenças significativas entre géneros na expressão sintomatológica, foi parcialmente confirmada. As participantes do género feminino apresentaram pontuações mais elevadas em dimensões internalizantes, como somatização, obsessões-compulsões, depressão, ansiedade e sensibilidade interpessoal. Os homens, por sua vez, revelaram médias ligeiramente superiores em ideação paranoide e psicoticismo, embora sem significância estatística. Estes resultados convergem com estudos prévios que documentam maior prevalência de sintomatologia internalizante no género feminino, atribuída a fatores biopsicossociais (i.e., variações hormonais) e a características de personalidade, como maior introversão, pensamento ruminante e neuroticismo. Já nos homens tende a predominar sintomatologia externalizante, associada a maior impulsividade, desinibição e procura de sensações (Rabasquinho & Pereira, 2007). Importa, contudo, sublinhar que estas diferenças não traduzem maior carga psicopatológica em função do género, mas antes manifestações distintas do sofrimento psicológico (Rosenfield & Smith, 2020). Deve ainda considerar-se que o SCL-90 privilegia dimensões internalizantes, podendo subestimar a sintomatologia externalizante mais típica no género masculino. Importa notar que o género é também uma categoria social que influencia a percepção e comunicação de sofrimento, sendo as mulheres mais propensas a verbalizar sintomas e a adotar comportamentos promotores de saúde (Jorge, 2018).

A segunda hipótese (H2), de acordo com a qual a amostra clínica apresentaria níveis mais elevados de sintomatologia, foi amplamente confirmada. As análises de variância evidenciaram diferenças significativas em todas as dimensões do SCL-90, com a amostra clínica a registar as médias mais elevadas, seguida da amostra comunitária com queixa psicológica, enquanto a amostra comunitária sem queixa apresentou os valores mais baixos. Destacaram-se sobretudo as dimensões ideação paranoide e psicoticismo na amostra clínica. Nas restantes dimensões, a amostra clínica e a amostra comunitária com queixa revelaram perfis relativamente próximos, sugerindo níveis semelhantes de expressão sintomatológica. Este padrão encontra suporte na literatura, que aponta níveis superiores de psicopatologia em indivíduos em acompanhamento hospitalar, não apenas devido à severidade dos quadros clínicos, mas também a fatores contextuais, como isolamento social, perda de privacidade e ausência de controlo sobre rotinas, amplamente verificados em regime de internamento (Chang, 2019; Gezginci et al., 2022).

A terceira hipótese (H3), relativa à percepção diminuída de qualidade de vida nos grupos com queixa clínica, foi corroborada. Observaram-se diferenças significativas em todos os

domínios do WHOQOL-Bref, com a amostra comunitária sem queixa a registar os valores mais elevados, seguida da comunitária com queixa e, por último, da clínica. Este resultado confirma o impacto multidimensional da psicopatologia, que afeta não só o bem-estar psicológico, mas também a saúde física, as relações interpessoais e o ambiente (Rogers et al., 2014; Hansson, 2006). Contudo, na análise das comparações par a par entre as duas amostras comunitárias (A2 vs. A3), apenas o Domínio das Relações Sociais apresentou diferenças estatisticamente significativas, não se tendo verificado diferenças significativas no Domínio Psicológico, o que sugere que, apesar da presença de queixa, estes participantes mantêm níveis de bem-estar psicológico semelhantes aos da população geral. Tal poderá ser explicado pela presença de fatores protetores, como o suporte social, o sentimento de pertença e a integração em contextos comunitários promotores de envolvimento interpessoal e acesso a recursos psicossociais (Kawachi & Berkman, 2001).

A quarta hipótese (H4), que postulava uma correlação negativa entre sintomatologia e qualidade de vida, foi fortemente sustentada. Em todas as amostras, as dimensões do SCL-90 apresentaram associações negativas e significativas com os domínios do WHOQOL-Bref, confirmando que níveis mais elevados de sintomatologia se relacionam com perceções mais diminuídas de qualidade de vida. Destacou-se a associação entre depressão e qualidade de vida, sobretudo no Domínio Psicológico, corroborando evidência que aponta o impacto deste quadro clínico no bem-estar emocional, na motivação, na autoestima e na perceção global de saúde mental (Defar et al., 2023; Lo Buono et al., 2024). Para além disso, os resultados obtidos reforçam a validade divergente do SCL-90, uma vez que, apesar de se centrar na avaliação da sintomatologia psicopatológica, apresentou correlações negativas consistentes com o WHOQOL-Bref, que avalia a perceção subjetiva de qualidade de vida. Este padrão confirma que os dois instrumentos não são redundantes, mas complementares, avaliando dimensões conceptualmente distintas, mas interdependentes. Em termos clínicos e investigacionais, esta evidência sustenta a utilidade da aplicação conjunta de ambos, permitindo uma avaliação mais abrangente do sofrimento psicológico e do seu impacto funcional.

A quinta hipótese (H5), relativa à relação entre idade, sintomatologia e qualidade de vida, foi apenas parcialmente confirmada. A idade correlacionou-se positivamente com várias dimensões do SCL-90, indicando maior autorrelato de queixas entre participantes mais velhos e negativamente com todos os domínios do WHOQOL-Bref, sugerindo perceções mais baixas de qualidade de vida com o envelhecimento. Embora as correlações tenham sido fracas a moderadas, foram mais expressivas na sensibilidade interpessoal, ansiedade e nos domínios psicológico e físico. Este resultado encontra-se em consonância com estudos prévios que

assinalam maior vulnerabilidade psicológica em idades avançadas, associado a perda de saúde e funcionalidade, alterações cognitivas e redução da rede de suporte social (Blazer, 2003; Fiske et al., 2009).

A sexta hipótese (H6) propunha uma diminuição progressiva da percepção de qualidade de vida desde a população comunitária sem queixa, passando pela comunitária com queixa, até à clínica. Os resultados confirmaram integralmente esta previsão. As estatísticas descritivas (Tabela 15) e os contrastes lineares ponderados evidenciaram um padrão decrescente consistente em todos os domínios do WHOQOL-Bref, com a amostra comunitária sem queixa a apresentar sistematicamente as médias mais elevadas, seguida da comunitária com queixa e, por último, da amostra clínica, que registou os valores mais baixos. Este padrão confirma a hipótese de que a qualidade de vida tende a diminuir à medida que se avança para níveis mais especializados de cuidado, em consonância com o modelo de níveis de cuidado proposto por Goldberg e Huxley (1992). Segundo este modelo, os níveis mais especializados concentram maior severidade clínica, o que se reflete num impacto mais acentuado nos diversos domínios da qualidade de vida. Estes resultados reforçam ainda a natureza multidimensional da qualidade de vida, que integra componentes físicas, psicológicas, sociais e ambientais, sensíveis ao agravamento da sintomatologia psicopatológica (WHO, 1998; Diener et al., 2018).

4.6. Limitações

O recurso exclusivo a instrumentos de autorrelato pode ter introduzido enviesamentos significativos, sobretudo entre participantes com queixa clínica. Fatores como estigma, desejabilidade social ou falta de autoconhecimento podem ter condicionado a precisão das respostas. Embora o anonimato tenha sido assegurado, tal não garante neutralidade absoluta, especialmente porque alguns participantes da amostra clínica receberam apoio dos investigadores durante o preenchimento do protocolo, o que pode ter condicionado o processo de resposta.

A amostra utilizada, embora diversificada em contexto, não é representativa da população geral, limitando a generalização dos resultados. Recomenda-se que futuros estudos incluam amostras mais amplas e heterogêneas, recolhidas em diferentes regiões do país, para verificar a consistência dos padrões observados, bem como maior equilíbrio na proporção entre homens e mulheres.

O protocolo utilizado exigia cerca de trinta minutos de resposta, o que poderá ter originado fadiga em alguns participantes e comprometido a qualidade das respostas, facilitando a resposta ao acaso. Para ultrapassar esta limitação, seria pertinente que futuros trabalhos recorressem a

metodologias mistas, integrando abordagens quantitativas e qualitativas, como entrevistas semiestruturadas, capazes de oferecer uma compreensão mais rica e contextualizada da experiência subjetiva do sofrimento psicológico. Para além disso, fatores externos, como eventos sociais, culturais e socioeconómicos, podem ter influenciado a percepção de qualidade de vida, recomendando-se a sua inclusão em futuras investigações, de modo a obter uma análise mais abrangente e precisa dos mecanismos que medeiam a relação entre psicopatologia e qualidade de vida.

5. Considerações Finais

Em síntese, o presente estudo evidenciou uma relação significativa entre a presença de sintomatologia psicopatológica e percepções diminuídas de qualidade de vida, confirmando integral ou parcialmente todas as hipóteses formuladas. Os resultados reforçam a evidência empírica já existente e destacam a importância de uma abordagem integrada da saúde mental, que contemple, não apenas a presença de sintomas clínicos como o seu impacto no bem-estar subjetivo e no funcionamento global.

Modelos contemporâneos de saúde mental, como o Modelo de Estado Completo de Saúde Mental de Keyes (2002), defendem a avaliação simultânea do sofrimento psicológico e do bem-estar subjetivo, considerando-os dimensões distintas, mas interdependentes. Esta perspetiva reforça que a qualidade de vida não deve ser entendida apenas pela ausência de psicopatologia, mas também pela presença de bem-estar em domínios distintos (Fonte et al., 2017).

Assim, os resultados aqui apresentados sublinham a necessidade de práticas clínicas que vão para além da remissão sintomática, incorporando intervenções orientadas para a promoção do bem-estar subjetivo psicológico, relacional e funcional. Espera-se, deste modo, que este estudo contribua para o desenvolvimento de abordagens mais abrangentes e centradas na pessoa, alinhadas com as exigências contemporâneas de promoção de saúde mental.

Bibliografia

- Almeida Filho, N. (2000). O conceito de saúde: Ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1), 4-20. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2000000100002>
- Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernet, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., ...& Vollebergh, W. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (420), 38-46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>
- American Educational Research Association. (2014). American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. *Standards for educational and psychological testing*, 11-47.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (5th
- American Psychiatric Association (2014). Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais: DSM-5. (5^aed.). Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original em Inglês Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013).
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia: Princípios éticos para a investigação médica em seres humanos* (64.^a Assembleia Geral, Fortaleza, Brasil).
- Arneiro, A. J., Duarte, B. C. C., Kulchetscki, R. M., Cury, V., Lopes, M., Kliemann, B., & Moreira, C. (2018). Self-report of psychological symptoms in hypoparathyroidism patients on conventional therapy. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, 62(3), 319-324. <https://doi.org/10.20945/2359-3997000000041>
- Azenha, S. (2014). O internamento compulsivo e a representação da doença mental: percurso histórico. *Arquivos de Medicina*, 28(2), 54-60. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v28n2/v28n2a05.pdf>
- Bacchereti, L. (2003). Avaliação psicológica: Conceitos, métodos e instrumentos. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 123-124.

- Barbour, R. S. (2018). *Doing focus groups* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd.
- Barlow, D., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Baptista, A. G. (1993). A gênese da perturbação de pânico: A importância dos fatores familiares e ambientais durante a infância e a adolescência [Tese de doutoramento não publicada]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Baumeister, H., & Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42, 537-546. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0204-1>
- Baumeister, H., Hutter Baumeister, H., Hutter, N., Bengel, J., & Härter, M. (2011). Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(5), 275–286. <https://doi.org/10.1159/000323404>
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2nd ed.). University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Bergner, R. M. (1997). What is psychopathology? And so what? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(3), 235-248. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00112>
- Bhugra, D. (1993). Influence of culture on presentation and management of patients. In N. Sartorius, A. Jablensky, D. Bhugra, & M. Left (Eds.), *Principles of social psychiatry* (pp. 67-81). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 249–265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.m249>
- Blenkirson, P., & Hammill, C. A. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgraduate Medical Journal*, 79(932), 337-340. <https://doi.org/10.1136/pmj.79.932.337>

- Bolton, D., & Gillet, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments*, 149. Springer Nature.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0>
- Borba, L., Guimarães, A., Mazza, V., & Maftum, M. (2012). Assistência em saúde mental sustentada no modelo biopsicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1406-1414.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600018>
- Bradley, L. A., & McKendree-Smith, N. L. (2001). Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (2nd ed., pp. 292-319). New York, NY: Guilford Press.
- Brown, T., & Barlow, D. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271.
<https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Chang, B. P. (2019). Can hospitalization be hazardous to your health? A nosocomial based stress model for hospitalization. *General hospital psychiatry*, 60, 83-89.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.07.014>
- Christensen, M. K., Lim, C. C., Saha, S., Plana-Ripoll, O., Cannon, D., Presley, F., ... & McGrath, J. J. (2020). The cost of mental disorders: A systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, 161. <https://doi.org/10.1017/S204579602000075X>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 285-396.
<https://doi.org/10.2307/2136404>
- Colillas-Malet, E., Prat, G., Espelt, A., & Juvinyà, D. (2020). Gender differences in health-related quality of life in people with severe mental illness. *PLOS ONE*, 15(2), e0229236.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229236>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações Programáticas*. Direção-Geral de Saúde.

- Correia, D. T., & Sampaio, D. (2014). Psicopatologia – passado, presente e futuro. In D. Sampaio (Ed.), *Manual de Psicopatologia* (2ª ed., pp. 1-18). Lisboa: Climepsi Editores.
- Corring, D. J. (2002). Quality of life: Perspectives of people with mental illnesses and family members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 350-358. <https://doi.org/10.1037/h0095002>
- Costello, E. (2015). Early detection and prevention of mental health problems: developmental epidemiology and systems of support. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(6), 710-717. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1236728>
- Dias, I. S., Abreu, M., Fonseca, M., Calado, M., & Mendes, S. (2021). Qualidade de vida de estudantes do ensino superior (Leiria/Portugal). *RBPfEX – Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia*, 14(91), 416-422. <https://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/2044>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2(4), 253–260. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- 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., & Cleary, P. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197710\)33:4%3C981::AID-JCLP2270330412%3E3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4%3C981::AID-JCLP2270330412%3E3.0.CO;2-0)

- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual – II for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual* (4th ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Dogra, N., & Cooper, S. (2017). Defining mental health and mental illness. In N. Dogra, B. Lunn, & S. Cooper (Eds.), *Psychiatry by ten teachers* (2nd ed., pp. 15-25). Boca Raton, FL: CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315380612>
- Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1-19. <https://doi.org/10.2307/2676357>
- Eland-Goossensen, A., Van De Goor, I., Garretsen, H., & Schudel, J. (1997). Screening for psychopathology in the clinical practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 585-591. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(97\)00186-4](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(97)00186-4)
- Ellis, A. (1962). *Reasons and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Fabião, C., Barbosa, A., Fleming, M., & Silva, M. C. (2011). Instrumentos de rastreio de somatização em geral e perturbações somatoformes nos cuidados primários. *Acta Médica Portuguesa*, 24(3), 439-48. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/460>
- Farinha-Fernandes, A., Conceição, N., & da Silva, R. (2021). Categories of transdiagnostic processes: Qualitative data from psychotherapy practitioners. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(3), 652-659. <https://doi.org/10.1002/capr.12348>
- Farmer, A., McGuffin, P., & Williams, J. (2002). *Measuring psychopathology*. Oxford, England: Oxford University Press.

- Fett, A., Lemmers-Jansen, I., & Krabbendam, L. (2019). Psychosis and urbanicity: A review of the recent literature from epidemiology to neurourbanism. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(3), 232–241. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000490>
- Figueira, M. L., Afonso, P., Madeira, L. (2020). *Dicionário de psicopatologia* (Vol. 1). Leya.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
- Friedli, L. (2009). Mental health, resilience and inequalities. World Health Organization, Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/107925>
- Fonte, C., Fernandes Ferreira, C. & Pimentel Alves, S. (2017). Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: Relações entre psicopatologia e bem-estar. *Psique*, 13, 57-74. https://revistapsique.autonoma.pt/wp-content/uploads/2020/11/Estudo-da-saude-mental-positiva-em-jovens-adultos_-relacoes-entre-psicopatologia-e-bem-estar.pdf
- Fonseca, V. (2011). *Qualidade de vida e psicopatologia: intervenção terapêutica em hospital de dia* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <http://hdl.handle.net/10316/18425>
- Gezginci, E., Goktas, S., & Orhan, B. N. (2022). The effects of environmental stressors in intensive care unit on anxiety and depression. *Nursing in Critical Care*, 27(1), 113–119. <https://doi.org/10.1111/nicc.12553>
- Goldberg, D. P., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. London, England: Tavistock/Routledge.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Berkshire, England. NFER-Nelson.
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., & Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38 (133), 145-166.

- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 46-50. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00717.x>
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Holloway, F., & Carson, J. (2002). Quality of life in severe mental illness. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 175-184. <https://doi.org/10.1080/09540260220145000>
- Jacobson, A. M., de Groot, M., & Samson, J. A. (1997). The effect of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 6(1), 11-20. <https://doi.org/10.1023/A:1026487509852>
- Jorge, S. (2018). *Saúde Mental e Género: As diferenças em torno da depressão* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Universidade da Beira Interior.
- Juraszek, P., Karolina, S., & Grajek, M. (2024). Mental health in a post-pandemic perspective: economic and social costs. *Journal of Education, Health and Sport*, 69, 55195. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2024.69.55195>
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(3), 458-467. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>
- Kendell, R. (2001). The distinction between mental and physical illness. *The British Journal of Psychiatry* 178(6), 490-493. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.490>
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., & Wang, P. S. (2010). The epidemiology of mental disorders. In T. G. McCabe, D. S. Lubotsky Levin, & J. Eisenberg (Eds), *Mental health services: A public health perspective* (2nd ed., pp. 169-200). Oxford, England: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Keyes, C. (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>

- 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)
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 27-29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). *Focus group: A practical guide for applied research* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas – 90 – R – SCL-90-R: Adaptação, precisão e validade* [Tese de doutoramento, Pontifícia Universidade Católica de Campinas].
- Lins, M., & Borsa, J. (2017). *Avaliação psicológica: Aspectos teóricos e práticos*. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes.
- Lo Buono, V., Corallo, F., Sessa, E., D'Aleo, G., Rifichi, C., Quartarone, A., & Bonanno, L. (2024). Impact of coping strategies on health-related quality of life in young adults with multiple sclerosis. *Brain Sciences*, 14(9), 866. <https://doi.org/10.3390/brainsci14090866>
- Lopes, L., Silva, J., de Cássia Bergamaschi, C., Moura, M., Okuyama, J., & Lopes, L. C. (2024). Screening instruments for mental health disorders in primary healthcare: A scoping review protocol (SCREENING-MD). *BMJ Open*, 14(9), e084612. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084612>
- Marques, E., Serdio Sánchez, C., & Palacios Vicario, B. (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 75-84.
- Martínez-Pampliega, A., Herrero-Fernández, D., Martín, S., & Cormenzana, S. (2019). Psychometrics of the SCL-90-R and development and testing of brief versions SCL-45 and SCL-90 in infertile couples. *Nursing Research*, E1-E10. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000363>
- Martínez-Urbistondo, D., Suarez del Villar, R., Ramos-Lopez, O., Fernández, M. A., Segovia, R. C., Domínguez, A., ... & Martínez, J. A. (2021). Interactions of comorbidity and five simple environmental unhealthy habits concerning physical and mental quality of life in the clinical setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9590. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189590>

- McGorry, P. D., Ratheesh, A., & O'Donoghue, B. (2018). Early intervention – An implementation challenge for 21st century mental health care. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 545-546. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0621>
- Medeiros, S., Araújo, M., Jeronymo, D., Malaquias, T., de Borba, K., da Silva, D., & Baratieri, T. (2023). Uso de instrumentos de rastreio de transtornos mentais na atenção básica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(1), e14008. <https://doi.org/10.25248/reas.e14008.2023>
- Meyer-Lindenberg, A., & Tost, H. (2012). Neural mechanisms of social risk for psychiatric disorders. *Nature neuroscience*, 15(5), 663-668. <https://doi.org/10.1038/nn.3083>
- Morgan, D. L. (2001). Focus group interviewing. In J. F. Gubrium, J., & J. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research: Context and method* (pp. 141-160). Thousand Oaks, CA: SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781412973588.n10>
- Naing, N. (2003). Determination of sample size. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 10(2), 84-86. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3561892/>
- Novo, R. F. (2004). *Avaliação da saúde mental positiva: Adaptação e validação do Mental Health Inventory (MHI)* [Tese de doutoramento não publicada]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efetividade_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2013). *Relatório sobre o estado da saúde mental em Portugal*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). *Código Deontológico*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023). O impacto da saúde mental na saúde física. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/contributo_cientifico_opp_impacto_saude_mental_na_saude_fisica.pdf

- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (11.ª ed.; CID-11)*. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde. <https://icd.who.int/>
- Ostrzyżek, A. J., Gałęcki, P., Wolniak, S., Orzechowska, A. (2023). Specificity of quality of life assessment in people with mental disorders. *Psychiatria Polska*, 57(4), 805-822. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/147199>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Inventário de Saúde Mental*. Lisboa: Placebo Editora.
- Patel., V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 81(8), 609-615. <https://www.scielo.org/article/bwho/2003.v81n8/609-615>
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & dos Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
- Pereira Júnior, A. C., Miaso, A., Telles Filho, P., Castilho, E., & Vedana, K. (2022). Evaluation of quality of life of primary health care patients in Brazil: Influence of drug interactions, common mental disorders, and use of psychiatric medication. *Community Mental Health Journal*, 58(2), 240–248. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00815-8>
- Pivonello, R., Auriemma, R., Delli Veneri, A., Dassie, F., Lorusso, R., Ragonese, M., Liotta, M., Sala, E., Zarino, B., Lai, E., Urbani, C., Bogazzi, F., Mantovani, G., Cannavò, S., Maffei, P., Chiosini, P. & Colao, A. (2022). Global psychological assessment with the evaluation of life and sleep quality and sexual and cognitive function in a large number of patients with acromegaly: A cross-sectional study. *European journal of Endocrinology*, 187(6), 623-845. <https://doi.org/10.1530/EJE-22-0263>
- Prince, M., Guerchet, M., & Prina, M. (2015). *The epidemiology and impact of dementia – current State and future trends* (WHO thematic briefing). Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/the-epidemiology-and-impact-of-dementia-current-state-and-future-trends>
- Prinz, U., Nutzinger, D., Shulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C., & Andreas, S. (2013). Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry*, 13, 104. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-104>

- Pukrop, R., Schlaak, V., Moller-Leimkuhler, A. M., Albus, M., Czernik, A., Klosterkötter, J., & Möller, H.-J. (2003). Reliability and validity of quality of life assessed by the short-form 36 and the modular system for quality of life in patients with schizophrenia and patients with depression. *Psychiatry Research*, 119(1-2), 63-79. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00110-0](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00110-0)
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25(3), 439-454. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312007000300010
- Ransom, D., Ashton, K., Windover, A., & Heinberg, L. (2010). Internal consistency and validity assessment of SCL-90-R for bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6(6), 622-627. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2010.02.039>
- 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* [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário].
- Rodriguez-Seijas, C., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2015). How transdiagnostic factors of personality and psychopathology can inform clinical assessment and intervention. *Journal of Personality Assessment*, 97, 425-235. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1055752>
- Rogers, J., Hengartner, M. P., Angst, J., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2014). Associations with quality of life and the effect of psychopathology in a community study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1467-1473. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0841-0>
- Rosenfield, S., & Smith, D. (2010). Gender and mental health: Do men and women have different amounts or types of problems? In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (2nd ed., pp. 256-267). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Ruidiaz-Gómez, K. S., & Cacante-Caballero, J. V. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 96-109. <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>

- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(3), 227-241.
- Russinova, Z., Griffin, S., Bloch, P., Wewiorski, N. J., & Rosoklija, I. (2011). Workplace prejudice and discrimination toward individuals with mental illnesses. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(3), 227-241. <https://doi.org/10.3233/JVR-2011-0574>
- Saarni, S. (2008). Health-Related quality of life and mental disorders in Finland (Tese de Doutoramento, National Public Health Institute). Helsínquia, Finlândia: National Public Health Institute.
- Sagayadevan, V., Lee, S. P., Ong, C. W., Abdin, E., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2018). Quality of life across mental disorders in psychiatric outpatients. *Annals of Academy of Medicine, Singapore*, 47(7), 243-252. <https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.v47n7p243>
- Sanati, A. (2020). An exploration of psychopathology for clinical practice. *BJPsych Advances*, 26(5), 296-298. <https://doi.org/10.1192/bja.2020.37>
- Sander, W., & Jux, M. (2006). Psychological distress in alcohol-dependent patients: Evaluating inpatient treatment with the Symptom Checklist (SCL-90-R). *European Addiction Research*, 12(2), 61-66. <https://doi.org/10.1159/000090424>
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/02_2012_n3_sandin_chorot_valiente.pdf
- Santos, M. (1999). A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3), 603-625. <https://doi.org/10.1590/S0102-79721999000300005>
- Santos, G., Alves, M., Goldbaum, M., Cesar, C., & Gianini, R. (2019). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00236318. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>

- Santos, J., Loureiro, C., & Mendes, A. (2023). Mental health services in Portugal. In N. Brimblecombe & P. Nolan (Eds.), *Mental Health services in Europe: Provision and practice* (pp. 233-268). Boca Raton, FL: CRC Press. <https://doi.org/10.4324/9781846198274-9>
- Santos, A., & Novo. (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>
- Schultze-Lutter, F., Schmidt, S. J., & Theodoridou, A. (2018). Psychopathology – Precision tool in need of re-sharpening. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 446. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00446>
- Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(7), 360-366. <https://doi.org/10.1007/s001270050156>
- Schmitz, N., Hartkamp, N., & Franke, G. H. (2000). Assessing clinically significant change: Application to the SCL-90-R. *Psychological reports*, 86(1), 263-274. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.86.1.263>
- Scull, A. (2015). *Madness in civilization: A cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine*. Princeton University Press.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Free Press.
- Sheldrick, R. C., Benneyan, J. C., Kiss, I. G., Briggs-Gowan, M. J., Copeland, W., & Carter, A. S. (2015). Thresholds and accuracy in screening tools for early detection of psychopathology. *Journal of Child Psychopathology and Psychiatry*, 56(9), 936-948. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12442>.
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: A review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259-292. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632016000400004

- Spielberger, C., & Reheiser, E. (2009) Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 271–302. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01017.x>
- Stevens, P. (2005). *The real determinants of health*. International Policy Network.
- Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (2014). Focus groups: Theory and practice (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Stranghellini, G. (2009). The meanings of psychopathology. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(6), 559-564. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e36>
- Sullivan, P., & Geschwind, D. (2019). Defining the genetic, genomic, cellular, and diagnostic architectures of psychiatric disorders. *Cell*, 177(1), 162-183. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.01.015>
- Taylor, C. (1992). Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Taylor, J. M. (2015). Psychometric analysis of the ten-item perceived stress scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 90-101. <https://doi.org/10.1037/a0038100>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2, 3. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-3>
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Revista Psicológica*, 53, 353-378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17
- Vassos, E., Pedersen, C. B., Murray, R. M., Collier, D. A., & Lewis, C. M. (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1118–1123. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs096>
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ... & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação de qualidade de

- vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. <https://hdl.handle.net/10316/21539>
- Veit, C. T., & Ware, J. E., Jr. (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>
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (Eds.). (2003). Social determinants of health: The solid facts (2nd ed.). World Health Organization, Regional Office Europe.
- Winnicott, D. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York, NY: International Universities Press.
- Winnicott, D. (1991). *Playing and reality*. London, England: Routledge. (Obra original publicada em 1971).
- World Health Organization. (1997). *Programme on mental health – WHOQOL: Measuring quality of life*. Geneva: World Health Organization.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL user manual*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health – New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Relatório Mundial de Saúde. Trad. Gabinete de Tradução Climepsi Editores. Lisboa: Climepsi Editores.*
- World Health Organization. (2012). *Programme on mental health: WHOQOL user manual (WHO/HIS/HIS Rev. 2012.03)*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/77932>

- World Health Organization. (2012). Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors: background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action. Geneva, Switzerland: Author, 14.
- World Health Organization. (2016). *Mental health: Strengthening our response* (Fact sheet) Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision)*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, C. V., & Bufka, L. F. (2020). Brief measures for screening and measuring mental health outcomes. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (3rd ed., pp. 24-49). New York, NY: Guilford Press.

Anexos

Anexo A

Consentimento Informado

Consentimento informado

Enquadramento. A maioria das provas psicológicas utilizadas em Portugal foi desenvolvida em outros países, de acordo com as características dessas populações. Para realizar avaliações psicológicas rigorosas é necessário ter instrumentos válidos e ajustados à cultura e ao comportamento dos portugueses.

Objetivo. Validar o “Questionário de 90 sintomas” (SCL-90) para a população portuguesa adulta (18 ou mais anos), por ser um instrumento frequentemente usado em avaliações psicológicas feitas no contexto nacional.

Garantias

Em virtude desta colaboração compreendo os seguintes aspetos

- 1. Responsabilidade.** O presente estudo é da responsabilidade da equipa de especialistas em saúde mental abaixo identificada. Cada um dos elementos tem pelo menos vinte anos de prática clínica e vários dos seus elementos dedicam-se à investigação.
- 2. Regulamentação.** A atuação dos profissionais de saúde e dos investigadores é regulamentada por legislação e Códigos Éticos e Deontológicos. Serão respeitadas as exigências do Regulamento Geral Sobre a Proteção de Dados e a Declaração de Helsínquia, sobre a investigação com seres humanos. Todos os elementos da equipa estão obrigados ao dever de sigilo e ao cumprimento da regulamentação referida.
- 3. Confidencialidade.** A confidencialidade será garantida pelo tratamento estatístico dos dados e pelo anonimato dos participantes. Nunca será perguntado o nome, número do cartão de cidadão, de contribuinte ou outra informação que exponha a sua identidade.
- 4. Desistência.** Durante o processo de resposta pode desistir a qualquer momento. Essa opção não terá qualquer consequência negativa para si ou para outros. Após terminar a sua participação, porém, deixará de ser possível identificar e anular o seu contributo.
- 5. Incentivos.** A sua participação é voluntária e não terá qualquer retribuição financeira, vantagem na referência para cuidados de saúde ou elaboração de um relatório psicológico final.
- 6. Contributo.** O estudo tem fins científicos e contribuirá para a adaptação portuguesa de uma medida fidedigna das queixas emocionais. O SCL-90 melhorará o rigor das avaliações e intervenções psicológicas, junto de pessoas com queixas emocionais e de saúde mental.

7. Autorizações prévias. Para os instrumentos que estão protegidos por direitos de autor e/ou cópia, foram pedidas autorizações. O estudo foi autorizado pelas Comissões competentes da Unidade Local de Saúde de São José, Hospital Júlio de Matos.

8. Efeitos adversos. Não são previsíveis efeitos adversos por colaborar neste estudo.

9. Duração. Prevê-se que a sua participação dure até cerca de 30 minutos.

Investigadores principais. Miguel Trigo (migueltrigo@ulssjose.min-saude.pt), Sandra Fornelos, David Neto, Afonso Paixão, Isabel Ganhão e Rosa Novo.

Equipa de investigação. Mariana Silva e Rita Almeida.

Eu li e compreendi o âmbito deste estudo.

☐ **Sim, aceito** participar de forma livre e informada. Também confirmo que **sou maior de idade** (18 ou mais anos).

☐ **Não** aceito participar.

Estamos **gratos** por aceitar participar neste estudo.

Anexo B

Tabela 5

Consistência interna dos restantes instrumentos (n = 742)

		Amostra Comunitária Sem queixa (n = 415)	Amostra Comunitária Com queixa (n = 131)	Amostra Clínica (n = 196)	Total (n = 742)
	<i>N de itens</i>	<i>α</i>	<i>α</i>	<i>α</i>	<i>α</i>
PSS-10	10	0,54	0,27	0,70	0,86
MHI	38	0,66	0,52	0,71	0,67
Ansiedade	10	0,81	0,80	0,80	0,83
Depressão	5	0,83	0,87	0,83	0,86
Perda de Controlo	8	0,20	0,23	0,45	0,86
Afeto Positivo	11	0,93	0,94	0,92	0,94
Laços Emocionais	3	-0,06	-0,36	-0,19	0,75
WHOQOL-Bref	26	0,92	0,92	0,90	0,93
Domínio Físico	7	0,78	0,83	0,69	0,81
Domínio Psicológico	6	0,84	0,86	0,86	0,87
Domínio Social	3	0,70	0,66	0,62	0,71
Domínio Ambiental	8	0,78	0,73	0,76	0,80

Anexo C

Estudo dos Valores Normativos por Amostra e Género (Tabelas 8, 9 e 10)

Tabela 8

Categorização descritiva das subescalas em cinco classes normalizada na amostra comunitária sem queixa psicopatológica

	Categorização	Homens (n = 132)	Mulheres (n = 300)	Total (n = 432)
Somatização	Inferior	< 0,08	< 0,17	< 0,17
	Médio Inferior	0,08 – 0,25	0,17 – 0,42	0,17 – 0,33
	Médio	0,26 – 0,42	0,43 – 0,67	0,34 – 0,58
	Médio Superior	0,43 – 0,75	0,68 – 1,08	0,59 – 0,91
	Superior	≥ 0,76	≥ 1,09	≥ 0,92
Obsessões-Compulsões	Inferior	< 0,30	< 0,40	< 0,40
	Médio Inferior	0,30 – 0,60	0,40 – 0,70	0,40 – 0,70
	Médio	0,61 – 0,90	0,71 – 1,08	0,71 – 1,00
	Médio Superior	0,91 – 1,30	1,09 – 1,60	1,01 – 1,60
	Superior	≥ 1,31	≥ 1,61	≥ 1,61
Sensibilidade Interpessoal	Inferior	< 0,11	< 0,22	< 0,11
	Médio Inferior	0,11 – 0,33	0,22 – 0,44	0,11 – 0,44
	Médio	0,34 – 0,67	0,45 – 0,78	0,45 – 0,67
	Médio Superior	0,68 – 1,11	0,79 – 1,27	0,68 – 1,22
	Superior	≥ 1,12	≥ 1,28	≥ 1,23
Depressão	Inferior	< 0,15	< 0,38	< 0,20
	Médio Inferior	0,15 – 0,46	0,38 – 0,62	0,20 – 0,30
	Médio	0,47 – 0,77	0,63 – 0,92	0,31 – 0,60
	Médio Superior	0,78 – 1,08	0,93 – 1,46	0,61 – 0,90
Ansiedade	Superior	≥ 1,09	≥ 1,47	≥ 0,91
	Inferior	< 0,08	< 0,17	< 0,30
	Médio Inferior	0,08 – 0,25	0,17 – 0,42	0,30 – 0,50

	Categorização	Homens	Mulheres	Total
	Médio	0,26 – 0,42	0,43 – 0,67	0,51 – 0,90
	Médio Superior	0,43 – 0,75	0,68 – 1,08	0,91 – 1,50
	Superior	≥ 0,76	≥ 1,09	≥ 1,50
Hostilidade	Inferior	0	< 0,17	< 0,17
	Médio Inferior	0,01 – 0,17	0,17	0,17
	Médio	0,18 – 0,33	0,18 – 0,33	0,18 – 0,33
	Médio Superior	0,34 – 0,67	0,34 – 0,67	0,34 – 0,67
	Superior	≥ 0,68	≥ 0,68	≥ 0,68
Ideação Paranoide	Inferior	0	0	0
	Médio Inferior	0 – 0,33	0 – 0,33	0 – 0,33
	Médio	0,34 – 0,50	0,34 – 0,50	0,34 – 0,50
	Médio Superior	0,51 – 1,00	0,51 – 1,00	0,51 – 1,00
	Superior	≥ 1,01	≥ 1,01	≥ 1,01
Ansiedade Fóbica	Inferior	0	0	0
	Médio Inferior	0	0	0
	Médio	0	0	0 – 0,14
	Médio Superior	0 – 0,29	0,14 – 0,43	0,15 – 0,43
	Superior	≥ 0,30	≥ 0,44	≥ 0,44
Psicoticismo	Inferior	0	0	< 0,10
	Médio Inferior	0 – 0,10	0 – 0,10	0,10 – 0,40
	Médio	0,11 – 0,30	0,11 – 0,20	0,41 – 0,76
	Médio Superior	0,31 – 0,70	0,21 – 0,60	0,77 – 1,30
	Superior	≥ 0,71	≥ 0,61	≥ 1,31
Escala Adicional	Inferior	< 0,14	< 0,29	< 0,29
	Médio Inferior	0,14 – 0,43	0,29 – 0,57	0,29 – 0,43
	Médio	0,44 – 0,71	0,58 – 0,86	0,44 – 0,86
	Médio Superior	0,72 – 1,23	0,87 – 1,29	0,87 – 1,29
	Superior	≥ 1,24	≥ 1,30	≥ 1,30
GSI	Inferior	< 0,21	< 0,27	< 0,24
	Médio Inferior	0,21 – 0,36	0,27 – 0,45	0,24 – 0,42
	Médio	0,37 – 0,58	0,46 – 0,69	0,43 – 0,63
	Médio Superior	0,59 – 0,82	0,70 – 1,01	0,64 – 0,97

	Categorização	Homens	Mulheres	Total
	Superior	$\geq 0,83$	$\geq 1,02$	$\geq 0,98$
PST	Inferior	$< 1,00$	$< 2,00$	$< 2,00$
	Médio Inferior	1,00 – 2,00	2,00 – 3,00	2,00 – 3,00
	Médio	2,00 – 3,00	3,00 – 4,00	3,00
	Médio Superior	3,00 – 4,00	4,00	3,00 – 4,00
	Superior	$\geq 4,00$	$\geq 4,00$	$\geq 4,00$
PSDI	Inferior	$< 1,00$	$< 1,25$	$< 1,00$
	Médio Inferior	1,00 – 1,27	1,25 – 1,50	1,00 – 1,50
	Médio	1,28 – 1,50	1,51 – 2,00	1,51 – 1,75
	Médio Superior	1,51 – 2,00	2,01 – 2,33	1,76 – 2,25
	Superior	$\geq 2,01$	$\geq 2,34$	$\geq 2,26$

Nota. Os intervalos apresentados refletem a distribuição das pontuações da amostra do presente estudo e constituem uma proposta preliminar da categorização normativa para a população portuguesa. Cada valor representa a média por item em cada subescala do instrumento, numa escala de 0 a 4.

Tabela 9

Categorização descritiva das subescalas em cinco classes normalizada na amostra comunitária com queixa psicopatológica

	Categorização	Homens (<i>n</i> = 16)	Mulheres (<i>n</i> = 122)	Total (<i>n</i> = 138)
Somatização	Inferior	$< 0,25$	$< 0,33$	$< 0,33$
	Médio Inferior	0,25 – 0,58	0,33 – 0,75	0,33 – 0,75
	Médio	0,59 – 1,08	0,76 – 1,30	0,76 – 1,25
	Médio Superior	1,09 – 1,98	1,31 – 1,90	1,26 – 1,90
	Superior	$\geq 1,98$	$\geq 1,91$	$\geq 1,91$
Obsessões-Compulsões	Inferior	$< 0,80$	$< 0,90$	$< 0,80$
	Médio Inferior	0,80 – 1,60	0,90 – 1,40	0,80 – 1,50
	Médio	1,61 – 2,14	1,41 – 2,20	1,51 – 1,98
	Médio Superior	1,15 – 2,56	2,21 – 2,80	1,99 – 2,50
	Superior	$\geq 2,57$	$\geq 2,81$	$\geq 2,51$
Sensibilidade Interpessoal	Inferior	$< 0,91$	$< 0,56$	$< 0,56$
	Médio Inferior	0,91 – 1,33	0,56 – 0,88	0,56 – 0,89
	Médio	1,34 – 1,58	0,89 – 1,56	0,90 – 1,56

	Categorização	Homens	Mulheres	Total
Depressão	Médio Superior	1,59 – 2,07	1,57 – 2,33	1,57 – 2,22
	Superior	≥ 2,08	≥ 2,34	≥ 2,23
	Inferior	< 0,94	< 0,69	< 0,75
	Médio Inferior	0,94 – 1,38	0,69 – 1,15	0,75 – 1,23
	Médio	1,39 – 1,72	1,16 – 1,77	1,24 – 1,77
	Médio Superior	1,73 – 1,09	1,78 – 2,50	1,78 – 2,46
	Superior	≥ 2,10	≥ 2,51	≥ 2,47
Ansiedade	Inferior	< 0,74	< 0,50	< 0,50
	Médio Inferior	0,74 – 1,08	0,50 – 0,90	0,50 – 1,00
	Médio	1,09 – 1,42	0,91 – 1,40	1,01 – 1,40
	Médio Superior	1,43 – 1,90	1,41 – 2,00	1,41 – 2,00
	Superior	≥ 1,91	≥ 2,01	≥ 2,01
Hostilidade	Inferior	< 0,30	< 0,17	< 0,17
	Médio Inferior	0,30 – 0,50	0,17 – 0,33	0,17 – 0,47
	Médio	0,51 – 1,27	0,34 – 0,67	0,48 – 0,67
	Médio Superior	1,28 – 2,13	0,68 – 1,17	0,67 – 1,33
	Superior	≥ 2,14	≥ 1,18	≥ 1,34
Ideação Paranoide	Inferior	< 1,17	< 0,17	< 0,17
	Médio Inferior	1,17 – 1,33	0,17 – 0,50	0,17 – 0,63
	Médio	1,34 – 2,17	0,51 – 1,00	0,64 – 1,17
	Médio Superior	2,18 – 3,00	1,01 – 1,83	1,18 – 1,10
	Superior	≥ 3,01	≥ 1,84	≥ 2,11
Ansiedade Fóbica	Inferior	0	0	0
	Médio Inferior	0 – 0,29	0 – 0,29	0 – 0,29
	Médio	0,30 – 0,43	0,30 – 0,57	0,30 – 0,57
	Médio Superior	0,44 – 0,86	0,58 – 1,29	0,58 – 1,23
	Superior	≥ 0,87	≥ 1,30	≥ 1,24
Psicoticismo	Inferior	< 0,42	< 0,10	< 0,10
	Médio Inferior	0,42 – g 0,68	0,10 – 0,40	0,10 – 0,40
	Médio	0,69 – 1,20	0,41 – 0,66	0,41 – 0,76
	Médio Superior	1,21 – 1,80	0,67 – 1,30	0,77 – 1,30
	Superior	≥ 1,81	≥ 1,31	≥ 1,31

	Categorização	Homens	Mulheres	Total
Escala Adicional	Inferior	< 0,77	< 0,57	< 0,66
	Médio Inferior	0,77 – 1,29	0,57 – 1,00	0,66 – 1,14
	Médio	1,30 – 1,57	1,01 – 1,57	1,15 – 1,57
	Médio Superior	1,58 – 1,86	1,58 – 2,23	1,58 – 2,14
	Superior	≥ 1,87	≥ 2,24	≥ 2,15
GSI	Inferior	< 0,92	< 0,52	< 0,52
	Médio Inferior	0,92 – 1,19	0,52 – 0,97	0,52 – 1,01
	Médio	1,20 – 1,33	0,98 – 1,22	1,02 – 1,24
	Médio Superior	1,34 – 1,75	1,23 – 1,97	1,25 – 1,92
	Superior	≥ 1,76	≥ 1,98	≥ 1,93
PST	Inferior	< 1,00	< 2,00	< 3,00
	Médio Inferior	1,00 – 2,00	2,00 – 3,00	3,00 – 4,00
	Médio	2,01 – 3,00	3,01 – 4,00	4,00
	Médio Superior	3,01 – 4,00	4,00	4,01 – 5,00
	Superior	≥ 4,01	4,01 – 5,00	5,00
PSDI	Inferior	< 1,85	< 1,50	< 1,50
	Médio Inferior	1,85 – 2,00	1,50 – 2,00	1,50 – 2,00
	Médio	2,01 – 2,21	2,01 – 2,25	2,01 – 2,25
	Médio Superior	2,22 – 2,60	2,26 – 2,77	2,26 – 2,75
	Superior	≥ 2,61	≥ 2,78	≥ 2,76

Nota. Os intervalos apresentados refletem a distribuição das pontuações da amostra do presente estudo e constituem uma proposta preliminar da categorização normativa para a população portuguesa. Cada valor representa a média por item em cada subescala do instrumento, numa escala de 0 a 4.

Tabela 10

Categorização descritiva das subescalas em cinco classes normalizada na amostra clínica

	Categorização	Homens (<i>n</i> = 87)	Mulheres (<i>n</i> = 113)	Total (<i>n</i> = 200)
Somatização	Inferior	< 0,33	< 0,67	< 0,50
	Médio Inferior	0,33 – 0,67	0,67 – 1,17	0,50 – 0,83
	Médio	0,68 – 1,08	1,18 – 1,75	0,84 – 1,42
	Médio Superior	1,09 – 1,58	1,76 – 2,37	1,43 – 2,08
	Superior	≥ 1,59	≥ 2,38	≥ 2,09

	Categorização	Homens	Mulheres	Total
Obsessões-Compulsões	Inferior	< 0,90	< 0,90	<0,90
	Médio Inferior	0,90 – 1,40	0,90 – 1,40	0,90 – 1,40
	Médio	1,41 – 1,96	1,41 – 2,20	1,41 – 2,10
	Médio Superior	1,97 – 2,30	2,21 – 2,80	2,11 – 2,50
	Superior	≥ 2,30	≥ 2,81	≥ 2,51
Sensibilidade Interpessoal	Inferior	< 0,44	< 0,55	< 0,56
	Médio Inferior	0,44 – 0,82	0,56 – 1,11	0,56 – 1,00
	Médio	0,83 – 1,22	1,12 – 1,67	1,01 – 1,44
	Médio Superior	1,23 – 2,07	1,68 – 2,33	1,45 – 2,22
	Superior	≥ 2,08	≥ 2,34	≥ 2,23
Depressão	Inferior	< 0,69	< 0,94	< 0,92
	Médio Inferior	0,69 – 1,23	0,94 – 1,62	0,92 – 1,40
	Médio	1,24 – 1,92	1,63 – 2,31	1,41 – 2,08
	Médio Superior	1,93 – 2,38	2,32 – 2,85	2,09 – 2,69
	Superior	≥ 2,39	≥ 2,85	≥ 2,70
Ansiedade	Inferior	< 0,50	< 0,70	< 0,60
	Médio Inferior	0,50 – 0,80	0,70 – 1,10	0,60 – 1,00
	Médio	0,81 – 1,20	1,11 – 1,60	1,01 – 1,40
	Médio Superior	1,21 – 1,90	1,61 – 2,40	1,41 – 2,10
	Superior	≥ 1,91	≥ 2,41	≥ 2,11
Hostilidade	Inferior	< 0,17	< 0,33	< 0,33
	Médio Inferior	0,17 – 0,33	0,33 – 0,67	0,33 – 0,50
	Médio	0,34 – 0,67	0,68 – 1,17	0,51 – 0,93
	Médio Superior	0,68 – 1,33	1,18 – 1,67	0,94 – 1,50
	Superior	≥ 1,34	≥ 1,68	≥ 1,51
Ideação Paranoide	Inferior	< 0,50	< 0,50	< 0,50
	Médio Inferior	0,50 – 1,00	0,50 – 1,00	0,50 – 1,00
	Médio	1,01 – 1,50	1,01 – 1,67	1,01 – 1,50
	Médio Superior	1,51 – 2,00	1,68 – 2,33	1,51 – 2,30
	Superior	2,01	≥ 2,34	≥ 2,31
Ansiedade Fóbica	Inferior	< 0,14	< 0,03	< 0,14
	Médio Inferior	0,14 – 0,29	0,03 – 0,34	0,14 – 0,29

	Categorização	Homens	Mulheres	Total
	Médio	0,30 – 0,71	0,35 – 0,86	0,30 – 0,86
	Médio Superior	0,72 – 1,43	0,87 – 1,71	0,87 – 1,57
	Superior	$\geq 1,44$	$\geq 1,72$	$\geq 1,58$
Psicoticismo	Inferior	$< 0,20$	$< 0,30$	$< 0,30$
	Médio Inferior	0,20 – 0,50	0,30 – 0,50	0,30 – 0,50
	Médio	0,51 – 0,90	0,51 – 1,02	0,51 – 0,90
	Médio Superior	0,91 – 1,48	1,03 – 1,56	0,91 – 1,50
	Superior	$\geq 1,49$	$\geq 1,57$	$\geq 1,51$
Escala Adicional	Inferior	$< 0,86$	$< 0,71$	$< 0,80$
	Médio Inferior	0,86 – 1,14	0,71 – 1,43	0,80 – 1,43
	Médio	1,15 – 1,57	1,44 – 2,14	1,44 – 1,86
	Médio Superior	1,58 – 2,14	2,15 – 2,43	1,87 – 2,43
	Superior	$\geq 2,15$	$\geq 2,44$	$\geq 2,44$
GSI	Inferior	$< 0,59$	$< 0,79$	$< 0,52$
	Médio Inferior	0,59 – 1,00	0,79 – 1,14	0,52 – 1,01
	Médio	1,01 – 1,40	1,15 – 1,59	1,02 – 1,24
	Médio Superior	1,41 – 1,98	1,60 – 2,09	1,25 – 1,92
	Superior	$\geq 1,99$	$\geq 2,10$	$\geq 1,93$
PST	Inferior	$< 2,00$	$< 3,00$	$< 3,00$
	Médio Inferior	2,00 – 3,99	3,00 – 3,99	3,00 – 3,99
	Médio	4,00	4,00 – 4,80	4,00
	Médio Superior	4,01 – 4,99	4,81 – 4,99	4,01 – 4,99
	Superior	5,00	5,00	5,00
PSDI	Inferior	$< 1,50$	$< 1,60$	$< 1,50$
	Médio Inferior	1,50 – 2,00	1,60 – 2,00	1,50 – 2,00
	Médio	2,01 – 2,50	2,01 – 2,50	2,01 – 2,25
	Médio Superior	2,51 – 2,77	2,52 – 2,76	2,26 – 2,75
	Superior	$\geq 2,78$	$\geq 2,77$	$\geq 2,76$

Nota. Os intervalos apresentados refletem a distribuição das pontuações da amostra do presente estudo e constituem uma proposta preliminar da categorização normativa para a população portuguesa. Cada valor representa a média por item em cada subescala do instrumento, numa escala de 0 a 4.