

DIANA TOSELLO LALONI

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS-90-R
SCL-90-R: ADAPTAÇÃO, PRECISÃO E VALIDADE

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em
Psicologia do Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia
da Pontifícia Universidade Católica de Campinas
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Doutor em Psicologia

Campinas
2001

DIANA TOSELLO LALONI

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS-90-R
SCL-90-R: ADAPTAÇÃO, PRECISÃO E VALIDADE

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em
Psicologia do Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia
da Pontifícia Universidade Católica de Campinas
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Doutor em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia como Profissão e Ciência

Orientadora: Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

Campinas
2001

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS-90-R
SCL-90-R: ADAPTAÇÃO, PRECISÃO E VALIDADE

DIANA TOSELLO LALONI

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Este trabalho tornou-se factível pela participação de muitas pessoas cada qual com sua parcela de colaboração. Todos que compartilharam nesta empreitada, deixaram suas contribuições, acrescentando à obra parte de suas experiências. Para não deixar de citar um nome sequer, agradeço a todos.

À Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida pela orientação segura, e sempre presente, incentivadora e afetuosa.

À Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp e Dra. Iraí Cristina Boccato Alves pelas brilhantes e oportunas sugestões quando do Exame de Qualificação.

À Dra. Regina Carvalho Pinto Mouran pela orientação estatística.

Ao Hospital e Maternidade Celso Pierro, local de realização desta pesquisa.

Aos pacientes que tornaram possível o trabalho.

Aos psicólogos do Serviço de Psicologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro pelo trabalho e participação.

Aos alunos do Curso de Psicologia que auxiliaram na coleta de dados.

Ao Fernando Antonio Colugnati pela colaboração na análise de dados estatísticos.

À PUC-Campinas pelo apoio à capacitação, e aos seus professores e funcionários pela atenção e dedicação.

À Rosana de Fátima Vaccaro Oliveira que me acompanhou durante todo o tempo com sua eficiente digitação.

*Aos meus filhos André, Mariana e Isabela,
agradeço a compreensão, o desprendimento e
o afeto que me dedicaram durante este
trabalho, permitindo sua realização.*

*Ao Lalo, companheiro de todas as horas,
obrigada por sua presença.*

“Quanto mais se conhece mais se aprecia”.

Leonardo da Vinci, 1500

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS.....	i
ÍNDICE DE TABELAS.....	iii
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
APRESENTAÇÃO.....	ix
INTRODUÇÃO.....	1
Instrumento de Avaliação.....	4
Escala de Auto-relato ou Auto Avaliação.....	7
Precisão.....	12
Validade.....	14
Padronização e Normas.....	17
SCL-90-R.....	17
Aplicação e Avaliação da SCL-90-R.....	21
Qualidades Psicométricas da SCL-90-R.....	26
Pesquisas com a SCL-90-R.....	31
Objetivo Geral.....	36

Objetivos Específicos.....	36
MÉTODO.....	37
Participantes.....	37
Características Demográficas da Amostra.....	38
Material.....	41
Instrumentos.....	42
Aplicadores.....	43
Procedimento.....	43
Primeira Fase.....	44
Segunda Fase.....	45
Terceira Fase.....	46
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
Precisão ou Fidedignidade.....	47
Validade.....	52
Validade de Constructo.....	52
Análise Fatorial.....	53
Análise de Agrupamento (Cluster).....	73
Análise de Correspondência.....	76

Validade de critério.....	100
Validade Concorrente ou Simultânea.....	106
Estudo Preliminar de Padronização.....	113
CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	117
REFERÊNCIAS.....	124
ANEXOS	
A Itens da Escala Original por Dimensão.....	137
B Tabela de Correspondência entre Nomes e Siglas Utilizadas na Escala.....	142
C Versão da Escala em Português.....	144
D Termo de Consentimento.....	149
E Carta ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.....	151
F Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.....	153
G Coeficientes de Fidedignidade.....	155
H Coeficientes de Fidedignidade do Teste-Retestes.....	169
I Estrutura Fatorial do Grupo Caso.....	174
J Estrutura Fatorial do Grupo Controle.....	177
K Estrutura Fatorial do Grupo Geral.....	180

L	Agrupamento do Grupo Caso.....	184
M	Agrupamento do Grupo Controle.....	186
N	Perfis de Resposta.....	188
O	Mapas da A.C.S. de Toda Amostra.....	192
P	Médias e Desvios Padrões dos Escores de Cada Dimensão.....	203
Q	Gráficos dos Escores de Cada Dimensão.....	205
R	Coefficiente de Correlação da SCL-90-R e do QSG.....	211

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura

1. Dimensões Analisadas.....	78
2. Mapa da Análise de Correspondência – Representação da Escala <i>Likert</i> nos Dois Primeiros Eixos.....	79
3. Mapa da Análise de Correspondência – Representação Simultânea dos Itens e Escala de Resposta (<i>Likert</i>).....	80
4. Dendograma de Agrupamento dos Itens.....	82
5. Mapa da Análise de Correspondência com Representação dos Grupos.....	87
6. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Somatização.....	88
7. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Obsessividade Compulsividade.....	89
8. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Sensibilidade Interpessoal.....	91
9. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Depressão.....	92
10. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Ansiedade.....	93
11. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Hostilidade.....	94
12. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Ansiedade Fóbica.....	96
13. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Idéias Paranóides.....	97
14. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Psicoticismo.....	98

Figura

15. Mapa da Análise de Correspondência para Itens Adicionais.....	99
16. Distribuição dos Escores do IGS da SCL-90-R nos Grupos Divididos por Sexo.....	105
17. Curvas de Distribuições Empíricas para SCL-90-R de Acordo com o Sexo.....	116

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela

1. Características Demográficas da Amostra.....	38
2. Coeficiente Alfa (α) para as Dimensões de Sintomas em cada Grupo Estudado e suas Correlações Médias (r_M).....	48
3. Coeficientes Alfa de Estudos Anteriores e do Atual.....	49
4. Coeficientes de Correlação (r) da Precisão do Teste-Reteste de Estudos Anteriores e do Atual.....	51
5. Autovalores (eigenvalue) – Grupo Caso.....	54
6. Autovalores (eigenvalue) – Grupo Controle	55
7. Autovalores (eigenvalue) – Grupo Geral.....	56
8. Itens com Carga Fatorial Superior a 0,30 no Fator 1 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R.....	57
9. Itens Retidos do Fator 1 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R	60
10. Itens com Carga Fatorial Superior a 0,30 no Fator 2 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R.....	62
11. Itens Retidos do Fator 2 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R.....	65

Tabela

12. Itens com Carga Fatorial Superior a 0,30 no Fator 3 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R.....	66
13. Itens Retidos do Fator 3 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R.....	68
14. Itens com Carga Fatorial Superior a 0,30 no Fator 4 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R.....	69
15. Itens Retidos do Fator 4 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R.....	71
16. Classificação dos Itens pela Análise de Agrupamento (Cluster).....	74
17. Perfis de Resposta dos Primeiros Promédios do Grupo 1.....	83
18. Perfis de Resposta dos Primeiros Promédios do Grupo 2.....	84
19. Perfis de Resposta dos Primeiros Promédios do Grupo 3.....	86
20. Médias e Desvios Padrões nas Dimensões da SCL-90-R, em cada Grupo, para Homens e Mulheres.....	101
21. Teste de Kruskal-Wallis para Diferença de Distribuições entre Grupos....	103
22. Teste de Kruskal-Wallis para Diferença entre Sexo dentro dos Grupos....	104
23. Percentis do Questionário de Saúde Geral na População Observada e no Estudo Original.....	107
24. Classificação do Questionário de Saúde Geral nos Dois Grupos.....	108
25. Correlação por Postos de Spearman entre SCL-90-R e o QSG.....	110

Tabela

26. Correlação por Postos de Spearman do IGS (SCL-90-R) e os Índices das Dimensões e o Índice Geral do QSG.....	111
27. Correlação por Postos de Spearman entre a SCL-90-R e o QSG para cada Sexo.....	112
28. Média e Desvio Padrão nas 9 Dimensões e no IGS da Versão Original e Versão Brasileira, na Norma A* e no Grupo Caso.....	114
29. Média e Desvio Padrão nas 9 Dimensões e no IGS na Versão Original e na Versão Brasileira, na Norma B** e no Grupo Controle.....	115
30. Versão Brasileira da SCL-90-R – “Escala de Avaliação de Sintomas –40”.....	120
..	120

RESUMO

Laloni, D.T. (2001). SCL-90-R: Adaptação, Precisão e Validade. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo, pp.214.

Apresenta estudo de precisão e validade da *Symptom Checklist – 90 - Revised* (SCL-90-R), junto a população clínica, além de um estudo preliminar de padronização. SCL-90-R é uma escala multidimensional de auto-avaliação para diagnosticar sintomas psicopatológicos segundo 9 dimensões: somatização, obsessividade-compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, idéias paranóides e psicoticismo, com 90 Itens aos quais o respondente indica um grau de intensidade numa escala *Likert* de 5 pontos: desde 0 (nenhum) a 5 (muito). A amostra conta com 200 pacientes (Grupo Caso= GCa) do ambulatório de saúde mental e 399 pacientes das enfermarias (Grupo Controle= GCo) de um hospital geral universitário com idade acima de 19 anos ($M=43,5$; $DP=23,8$), sendo 41% de mulheres e 59% de homens. Os estudos de precisão pela Análise de Consistência Interna e Teste-Retest, indicam boa consistência interna (de 0,73 a 0,88) e estabilidade temporal (de 0,40 a 0,82) confirmando a boa fidedignidade do instrumento. O estudo de validade é efetuado pela validação de constructo e validação de critério. A validação de constructo estudada pela Análise Fatorial (AF), Análise de Agrupamento (AA) e Análise de Correspondência (AC) indica que os Itens agrupam-se em 4 Fatores (40% variância total) e que a intensidade de sintoma, nos níveis intermediários (1=pouco, 2=moderadamente, 3=bastante) é pouco discriminativa. A validade de critério estudada pelos métodos de Grupos Comparados e Contrastantes, Kruskal-Wallis e Validade Concorrente demonstra que o instrumento discrimina os grupos (Índice Global de Severidade/IGS-GCa=1,34 para homens e 1,47 para mulheres; IGS-GCo=0,80 para homens e 0,90 para mulheres), KW(___ de 26,5 a 88,5 com nível de significância 0,001) e utilizando-se o Questionário de Saúde Geral (QSG) como medida de critério externo obtém-se correlação de 0,74. O estudo preliminar de padronização indica que normas brasileiras devem ser desenvolvidas. Sugere-se que dos 90 Itens originais, 40 que apresentaram carga fatorial mínima de 0,30 nos respectivos Fatores, sejam retidos para a adaptação e versão em português, e distribuídos em 4 dimensões: psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização, ansiedade e adote-se uma escala *Likert* de 3 pontos (0=nenhum, 1=um pouco, 2=muito) para a avaliação da intensidade do sintoma. A escala, assim constituída, fornece medida válida da predominância de sintomas psicóticos, neuróticos, psicossomáticos e de ansiedade em pacientes atendidos em hospitais gerais em nosso meio. Propõe-se o desenvolvimento de normas brasileiras em pesquisas futuras.

Palavras-chave: SCL-90-R; avaliação de sintomas; validade; precisão.

ABSTRACT

Laloni, D.T. (2001). SCL-90-R: Adaptation, Reliability and Validity. Doctoral thesis. Pontifical Catholic University of Campinas. Campinas, São Paulo State, Brazil, pp. 214.

A reliability and validity study of the Symptom Checklist –90 – Revised (SCL-90-R) among clinical population is presented, besides a standardization preliminary study. SCL-90-R is a self report, multidimensional scale to diagnose psychopathological symptoms according to 9 dimensions: somatization, compulsivity-obsessivity, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideas and psychoticism, with 90 Items to which the respondent indicates an intensity degree on a *Likert* scale of 5 points: from 0 (none) to 5 (much). The sample amounts to 200 patients (Case Group = CaG) from the mental health ambulatory and 399 patients from the infirmaries (Control Group = CoG) of a university general hospital, ages over 19 (M = 43.5; DP = 23.8) , 41% women and 59% men. The reliability studies through Internal Consistency Analysis and Test Retest indicate good internal consistency (from 0.73 to 0.88) and temporal stability (from 0.40 to 0.82), thus confirming the instrument is reliable. The validity study is made through construct validation and criterion validation. The construct validation approached through Factorial Analysis (FA), Cluster Analysis (CLA) and Correspondence Analysis (CA) indicates that the Items group into 4 factors (40% total variance) and that the symptom intensity at intermediate levels (1= little, 2= moderately, 3= fairly) is poorly discriminatory. The criterion validity researched through Compared and Contrasted Groups, Kruskal-Wallis and Concurrent Validity demonstrates that the instrument discriminates groups (Global Severity Index GSI e CaG= 1.34 for men and 1.47 for women; GSI-CoG=0,80 for men and 0,90 for women), KW (___ of 26.5 to 88.5 with significance level 0.001). Using the GHQ as external measurement criterion, a 0.74 correlation is observed. It is suggested that from the 90 original Items, 40 that presented 0.30 minimum factorial charge on respective factors be retained for adaptation in a Portuguese version and distributed into 4 dimensions: psychoticism, obsessivity-compulsivity, somatization and anxiety. Furthermore, it is suggested that a 3 point *Likert* scale (0=none; 1=little, 2=much) be adopted for symptom intensity evaluation. The scale, in this format, provides valid measure of psychotic, neurotic, psychosomatic and anxiety predominance symptoms in patients tended to in Brazilian general hospitals. It is proposed that Brazilian standards be developed in future researches.

Key-words: SCL-90-R; assessment; validity; reliability.

RÉSUMÉ

Laloni, D.T. (2001). SCL-90-R: Adaptation, fidélité et validité. Thèse doctorale. Pontificia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brésil, pp. 214.

Une étude de fidélité et de validité de la Symptom Checklist – 90- Revised (SCL-90-R) - Liste de Contrôle de Symptôme - 90 – Révisée, parmi la population clinique est présentée, sans compter qu'une étude préliminaire de standardisation. SCL-90-R est une échelle multidimensionnelle d'auto-évaluation pour diagnostiquer des symptômes psychopathologiques selon 9 dimensions: somatization, compulsivité-obsessivité, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, idées paranoïdes et psychoticisme, avec 90 éléments auxquels le répondant indique un degré d'intensité sur une échelle de *Likert* de 5 points: de 0 (aucun) à 5 (beaucoup). Les quantités d'échantillon à 200 patients (Groupe de Cas = GCa) des patients ambulatoires de santé mentaux et 399 des infirmeries (Groupe de Commande = GCo) d'un hôpital général d'université, âges plus de 19 (M = 43,5; DP = 23,8), 41% femmes et 59% hommes. Les études de fidélité par Analyse Interne de Coherence et Test-Retest indique bonne coherence interne (de 0,73 à 0,88) et stabilité temporelle (de 0,40 à 0,82), de ce fait la confirmation de bonne fiabilité à l'instrument. L'étude de validité est effectuée par la validation de construction et la validation de critère. La validation de construction approchée par l'Analyse Factorielle (AF), l'Analyse Groupant (AG) et l'Analyse de Correspondance (AC) indique que l'éléments groupent dans 4 facteurs (40% variation totale) et que l'intensité des symptômes aux niveaux intermédiaires (1 = peu, 2 = modérément, 3 = assez) est médiocrement discriminatoire. La validité de critère recherchée par les Groupes Comparés et Contrastés, le Kruskal-Wallis et la Validité Concourante démontre que l'instrument distingue des groupes (incrément global de sévérité / IGS-GCa=1,34 pour les hommes et 1,47 pour des femmes; IGS-CCo=0,80 pour les hommes et 0,90 pour des femmes), KW (χ^2 de 26,5 à 88,5, au niveau de signification 0,001) et, en utilisant le QSG en tant que critère externe de mesure, on observe corrélation de 0,74. L'étude préliminaire de standardisation indique que des normes brésiliennes doivent être développées. On le suggère que des 90 éléments initiaux, 40 qui ont présenté charges factorielles minimum de 0,30 sur des facteurs respectifs soient maintenues pour l'adaptation et la version portugaise et distribuées dans 4 dimensions: psychoticisme, obsessivité-compulsivité, somatization, anxiété, et celle une échelle de *Likert* de 3 points (0=aucun; 1=peu, 2=beaucoup) soient adoptés pour l'évaluation d'intensité de symptôme. L'échelle, dans ce format, fournit la mesure valide de symptômes psychotiques, névrotiques, psychosomatiques et d'anxiété des patients des hôpitaux généraux brésiliens. On lui propose que des normes brésiliennes soient développées à l'avenir recherche.

Mots clés: SCL-90-R; évaluation de symptôme; validité; fidélité.

APRESENTAÇÃO

A motivação para este projeto veio da necessidade da autora, enquanto Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro (H.M.C.P.) de dispor de instrumentos válidos e fidedignos para a avaliação psicológica dos pacientes nas enfermarias, considerando que são vários psicólogos e alunos de psicologia que compõem a equipe de serviço e que o número de pacientes internados e sua rotatividade são grandes. O Hospital é uma instituição que tem convênio com o Sistema Único de Saúde e atende à população de Campinas e Região, sendo referência para uma extensa área geográfica. Quanto ao serviço de Psicologia do H.M.C.P., este é responsável pela avaliação e intervenção psicológica dos pacientes do hospital. Os dados de avaliação psicológica dos pacientes devem ser coletados de forma objetiva e registrados nos prontuários, para que toda a comunidade técnico-científica da instituição possa ter acesso, para programar e alterar seus planos de tratamento.

É importante que a avaliação psicológica seja possível na população das enfermarias, e que os parâmetros de medida utilizados sejam compatíveis com suas características sociais e culturais.

A escolha da SCL-90-R como objeto desta pesquisa, justifica-se pelo reconhecimento da importância desse instrumento de avaliação para populações clínicas constante da literatura. Nela a SCL-90-R é apontada em pesquisas com grupos de pacientes com diferentes patologias clínicas como distúrbios cardiovasculares, neoplasias, distúrbios renais, distúrbios de dor, distúrbios intestinais, distúrbios alimentares entre outros; como instrumento para avaliação dos sintomas psicológicos desses grupos e a

importância desses dados para o planejamento terapêutico, tanto médico quanto psicológico. Conforme será apresentado no trabalho, as pesquisas indicam relação entre os sintomas psicológicos e as patologias biológicas e apontam direções para ações terapêuticas tanto farmacológicas quanto psicológicas, e também a relação entre a intensidade dos sintomas psicológicos e a gravidade da doença e o tempo de internação no hospital geral.

A Psicologia Clínica no Hospital e a necessidade de instrumentos de avaliação nessas circunstâncias são os temas iniciais da Introdução. Segue-se para uma análise das escalas de auto avaliação (ou auto-relato), qualidades psicométricas da testagem psicológica como a precisão e a validade, enfatizando-se as diferentes análises de validade. A apresentação do instrumento, aplicação e avaliação, as qualidades psicométricas e as pesquisas na área das patologias biológicas encerram a introdução e conduzem aos objetivos do trabalho.

A seção de métodos, vem na seqüência definindo a população estudada e os passos do estudo.

Os resultados e discussões são apresentados em seguida, iniciando-se pelos resultados do estudo de precisão e fidedignidade, na seqüência os resultados e discussões dos estudos de validade de constructos e validade de critério, parâmetros e sugestões para normas brasileiras.

As conclusões e sugestões encerram o presente trabalho.

Os anexos estão dispostos na ordem da sua relação com o discorrer da tese, inicialmente, dizem respeito ao instrumento e depois são os gráficos e tabelas dos resultados.

INTRODUÇÃO

Os psicólogos estão engajados na prática clínica, já há algum tempo com a atenção voltada à prevenção da saúde em nível primário e secundário. Mas atualmente têm também trabalhado com a atenção terciária e com pacientes de uma grande gama de doenças severas, agudas e crônicas (Sweet, Rosensky & Tovian, 1991).

Há uma história significativa da função dos psicólogos clínicos como agentes assistenciais e como pesquisadores no ambiente médico. Atualmente, há um debate focalizado na necessidade da especialização em psicologia da saúde, neuropsicologia, psicologia da reabilitação ou medicina comportamental. Independente da especialização, o fato é que cada vez há mais informações, treinamentos e práticas na área da saúde para os psicólogos.

Acredita-se que a avaliação psicológica seja um meio de excelência para a entrada do psicólogo no hospital. Ela funciona como um exercício que encoraja o psicólogo a pensar criticamente sobre todas suas atividades, no cenário médico (Rosensky, Sweet, & Tovian, 1997).

Piotrowski e Lubin (1990) disseram que avaliação psicológica é o ponto crítico da prática da psicologia clínica nos ambientes médicos. O desenvolvimento e o uso de instrumentos diagnósticos, científicos, distinguem o psicólogo nos serviços de saúde. Vários tratamentos médicos para problemas de saúde têm sido feitos com a colaboração do diagnóstico psicológico.

A psicologia clínica iniciou sua história no hospital geral na década de 60 com o psicólogo fazendo o papel de avaliador. A consulta psicológica nos hospitais era solicitada pelos psiquiatras para apoiar seus objetivos diagnósticos de pacientes psiquiátricos. Mas, a atuação do psicólogo clínico não ficou restrita ao paciente da saúde mental. Foi sendo ampliada e atingiu a todos os pacientes do hospital geral.

A medicina reconhece, hoje, a importância dos fatores psicológicos nas doenças. Considera-se que, através do entendimento da etiologia das doenças e da avaliação efetiva dos comportamentos seja possível o planejamento de tratamentos mais eficazes.

No meio da década de 70, houve um aumento do reconhecimento de um novo modelo para a medicina. Engel (1977), um médico, discute o modelo biomédico reducionista que emergiu do dualismo mente-corpo, que resultou na aplicação da abordagem científica para o processo biológico e ignorou o processo comportamental e psicossocial. Ele advoga o modelo psicossocial como o caminho para ampliar a abordagem da doença, sem sacrificar o modelo biomédico apresentando como integração o modelo biopsicossocial para a saúde e doença.

Na mesma linha, Bakal (1979) focaliza a questão da dimensão psicobiológica da saúde e da doença, discutindo os argumentos filosóficos em torno da questão do dualismo mente e corpo que favoreceram a valorização do modelo médico, exclusivamente biológico. Genest e Genest (1987) apontaram a necessidade da ciência em prosseguir os estudos na etiologia multicausal das doenças, considerando tanto os aspectos biológicos, quanto psicológicos e sociais.

O conceito de stress e de estilo de vida (Everly, 1989) são apresentados nas investigações da saúde e da doença como determinantes importantes nessa relação. Por

outro lado Iñesta (1990) apresenta o conceito de vulnerabilidade para uma doença como comportamentos que produzem mudanças específicas orgânicas afetando o sistema imunológico, neuroendócrino e outros.

Em 1977, a medicina comportamental emerge como um campo de estudo interdisciplinar com a aplicação dos conhecimentos científicos comportamentais e biomédicos para a saúde e a doença (Schwartz & Weiss, 1978).

A A.P.A. (*American Psychological Association*) cria em 1978 a Divisão da Psicologia da Saúde para congregar as pesquisas, educação e serviços que estão surgindo na área da saúde.

A Psicologia da Saúde é definida como: “o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, para promover e manter a saúde, prevenir e tratar a doença, identificar fatores etiológicos e diagnósticos da saúde, doença e disfunções correlacionadas, além da análise e melhora do sistema de cuidados à saúde e da política da saúde” (Schwartz & Weiss, 1978).

A contribuição de Weiss (1987) é a de chamar a atenção para a emergência do enfoque multifatorial na patogenia das doenças e a enorme necessidade de se fazer as ligações entre ciência do comportamento e ciência biomédica. Tendo sido esclarecida a necessidade do enfoque multifatorial, para se confrontar com a complexidade dos problemas da saúde, a questão que se impõe, atualmente, é a de determinar como os processos biológicos e psicossociais atuam juntos, na saúde e na doença, durante toda a vida (Thompson, 1991).

No Brasil, no ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde propõe mudanças no atendimento à saúde da população, que vão influenciar a Constituição de 1988. Nela,

pela primeira vez na seção sobre Saúde, incorpora-se o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, o meio físico, o meio sócio-econômico e cultural, os fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde (Ministério da Saúde, 1990).

Estudos demonstraram que avaliação psicológica e intervenção psicoterapêutica efetiva podem reduzir o tempo de internação (Saravay, Steinberg, Weinschel & Pollack 1991), o número de reinternações (Allison e cols., 1995) e reduzir o custo médico (Cummings, 1991).

Egeren e Striepe (1998) defenderam a importância das medidas psicopatológicas em pacientes clínicos serem efetuadas por instrumentos de avaliação diagnóstica pela limitação do tempo.

Para que se possa garantir uma avaliação psicológica adequada na situação de internação hospitalar é necessário que instrumentos de avaliação psicológica sejam validados para essas circunstâncias.

Instrumentos de Avaliação

No que diz respeito à avaliação psicológica, existem inúmeros inventários para o diagnóstico sintomatológico de transtornos comportamentais dentro dos padrões de classificação dos transtornos mentais. No entanto, o diagnóstico dos transtornos de comportamento em condições de internação hospitalar são raros e geralmente associados a padrões de comportamento com doenças específicas, como as chamadas doenças psicossomáticas. Um exemplo seria o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*-MMPI,

Benko e Simões (1970) originalmente idealizado para o uso em pacientes psiquiátricos, mas também utilizado em pacientes com doenças físicas.

Sweet (1991) em uma análise dos testes utilizados em ambientes hospitalares, apresenta algumas avaliações utilizadas. Ele se refere por exemplo, à *Symptom Checklist-90*, uma escala de avaliação de sintomas com 90 itens, idealizada para medir psicopatologias em pacientes ambulatoriais. Está organizada em 9 dimensões de psicopatologia primária e 3 índices globais de patologia (Derogatis, Lipman & Covi, 1973); outro exemplo seria, a “*Escala de Reajustamento Social*” de Holmes e Rahe (1967) composta por uma lista de auto avaliação de estressores recentes; a *Escala de Experiência de Vida* (Sarason, Johnson & Siegel, 1978), de 57 itens que avalia experiências significantes na vida em eventos recentes; a *Entrevista de Padrão de Comportamento* (Friedman & Rosenman, 1974) que é uma entrevista estruturada com a intenção de identificar características da personalidade associadas a doenças do coração; o *Relatório de Atividades de Jenkins* (Jenkins, Zyzanski & Rosenman, 1979) que é um inventário idealizado para avaliar as características comportamentais associados ao padrão tipo A de comportamento, entre outros.

O Padrão Tipo A de comportamento definido como um complexo ação-emoção envolvendo disposições comportamentais tais como: ambigüidade, agressividade, impaciência e competição; comportamentos específicos como: tensão muscular, vivacidade, estilística vocal rápida e enfática e ritmo acelerado de atividades; e repostas emocionais tais como: irritação, hostilidade e potencial crescente para a raiva (Rosenman, 1990).

Um dos testes idealizados especificamente para pacientes com doenças físicas é o *Inventário de Saúde Comportamental Millon-MBHI* de Millon, Green e Meagher (1982),

que é um questionário auto administrado de 150 Itens, idealizado nos padrões do MMPI. A intenção deste questionário é a de fornecer uma descrição da personalidade, atitudes psicogênicas, doenças psicossomáticas correlatas e índices de prognóstico especificamente idealizados para as várias populações de doentes como por exemplo, dores crônicas. Apesar destas premissas o MBHI tem sido muito pouco estudado, não havendo portanto a validação necessária para o seu uso em populações específicas de pacientes. As revisões feitas por Allen (1985) e Lanyoun (1985) foram bastante críticas em relação à avaliação inicial das qualidades psicométricas do MBHI.

Por outro lado, Piotrowski e Rubin (1990) pesquisaram especificamente a prática diagnóstica de 270 membros da Divisão 38 da APA, Psicologia da Saúde, que responderam a um questionário que perguntava sobre a frequência do uso de materiais de teste. Concluíram que 88% da amostra usava testes para propósitos diagnósticos, 73% para planejamentos terapêuticos, 50% para pré e pós medidas de tratamento e 33% para consultas de litígio. Refletindo a complexidade da avaliação dos pacientes dos psicólogos da saúde, os autores indicaram que 45% da amostra em alguma ocasião, incorporavam dados na avaliação psicológica obtidos por tomografias, ressonância magnética e eletromiogramas. Alguns respondentes aludiram ainda à utilização de dados compilados dos exames de revisão física. Estes mesmos autores sumarizaram seus estudos apontando os testes mais utilizados para avaliação de sintomas psicológicos em pacientes que também estão sendo avaliados na saúde geral: MMPI (Benko, 1970), *Symptom Checklist 90-R*, (Derogtis, 1973), *Millon Behavioral Health Inventory* (Millon, 1982), *Life Experience Survey* (Sarason, 1978), *Jenkins Activity Survey* (Jenkins, 1967), 16 PF (Cattell, 1970) e *Cornell Medical Index* (Wider, 1948).

Verifica-se que dentre estes muitos correspondem a escalas ou inventários de auto-relato (*self-report*).

Escalas de auto-relato ou auto avaliação

As escalas de auto-relato (Cronbach, 1996) também denominadas de escalas auto administradas de sintomas têm sido muito utilizadas na avaliação clínica de medidas psicopatológicas, elas iniciaram com o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* de Hathaway e McKinley (1940), em seguida surgiu o *Cornell Medical Index* (Wider, 1948). Atualmente os inventários têm surgido para sintomas unidimensionais, como o *Beck Depression Inventory* BDI (Beck & Steer, 1987), o *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) e como inventários multidimensionais a *Hopkins Symptom Checklist-HSCL* (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974), o *General Health Questionnaire- GHQ* (Goldberg, 1972), a *Symptom Checklist-90-R-SCL-90-R* (Derogatis, 1994) e o *Brief Symptom Inventory-BSI* (Derogatis, 1993), emergiram como os inventários usualmente mais comuns como medida psicopatológica e de distúrbios psicológicos.

Butcher (1995) afirma que a escolha do teste psicológico é inseparável da avaliação como um todo e da estratégia da consulta. O material de teste que será utilizado ou as técnicas de avaliação escolhidas dependerão da informação que se está procurando, de diagnóstico ou de tratamento, da filosofia ou prática padrão da instituição, e obviamente, da validade e fidedignidade comprovadas pela literatura relevante científica e clínica do instrumento selecionado.

As escalas de auto-relato, como medida psicológica, possuem características que as recomendam na área da psicopatologia, porque podem fornecer informações exclusivas de forma simples, às vezes impossíveis de serem avaliadas por outros canais diagnósticos. A vantagem deste tipo de escala, está em refletir a informação via a experiência pessoal do próprio sujeito, economizar tempo do profissional avaliador, possibilitar a avaliação por profissionais ou estudantes com pouca experiência clínica, e principalmente, em poder ser usada como um crivo para determinar qual paciente requer mais atenção e para a tomada de decisões clínicas de intervenção psicológica.

A busca de transtornos psicológicos em estados fisiopatológicos e de internação é uma necessidade para o psicólogo no ambiente hospitalar e mesmo para a psicologia na saúde (Rosensky e cols., 1997).

A avaliação psicológica em circunstâncias de hospitalização necessita de instrumentos que sejam de fácil administração e permitam a reserva de algum sigilo, levando-se em conta que a consulta será no leito e muitas vezes com outros pacientes no mesmo quarto.

Para a identificação da variável psicológica é necessária a análise das condições psicológicas predisponentes às doenças, condições psicológicas associadas às doenças e condições psicológicas conseqüentes às doenças.

O uso de escalas para a identificação de variáveis psicológicas, como instrumento de triagem, vem de encontro à necessidade de avaliação das variáveis psicológicas presentes na internação, para a seleção dos pacientes com indicadores de risco psicológico. Nestes casos a triagem permitirá uma ação de intervenção.

Existe uma enorme carência de instrumentos adequadamente padronizados e validados para possibilitar as pesquisas sobre transtornos psicológicos e de comportamento, em situações de internação, em enfermarias de Hospital Geral. No Brasil algumas escalas multidimensionais encontram-se à disposição dos psicólogos, o *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade- MMPI* traduzido e adaptado por Benko e Simões (1970) e o *Questionário de Dezesesseis Fatores de Personalidade-16 PF*, com tradução e adaptação de Andrade e Alves (1997) ambos publicados pelo Centro Editor de Psicologia Aplicada Ltda e o *Questionário de Saúde Geral de Goldberg-QSG* com adaptação de Pasquali, Andriola, Miranda e Ramos (1996), publicado pela Casa do Psicólogo.

O MMPI foi o instrumento mais utilizado até 1975 conforme a literatura (Greene, 1980) quando o próprio grupo de Minnesota reconheceu que ele era longo e ineficiente e um certo número de itens já estavam muito antigos. Foi então, revisado em 1989, tendo sido publicado o MMPI-2 que parece muito semelhante ao original mas está sintonizado com os diagnósticos contemporâneos e as características da população atual, tendo novos gabaritos de avaliação (Cronbach, 1996). É um questionário de 566 itens onde as respostas estão categorizadas em “certo”, “errado” e “não sei”. As respostas são classificadas e transformadas em 4 escalas de validade e 10 escalas chamadas “escalas clínicas” (Benko, 1970). Os estudos brasileiros de tradução e adaptação do MMPI foram efetuados numa amostra composta preferencialmente por jovens e com grau de escolaridade colegial ou universitário, na década de 70, não havendo registro de publicação brasileira a partir do MMPI-2.

O *Sixteen Personality Factor Questionnaire -16 PF* (Cattell, 1970), está organizado com 187 itens cada um oferecendo 3 alternativas de resposta. O original é oferecido em

seis formas A-B-C-D-E-F destinadas a populações de diferentes graus de instrução e cultura. As formas brasileiras A e B, com tradução e adaptação de Andrade e Alves (1997) foram estudadas numa amostra estratificada da população universitária de 1068 sujeitos com idades entre 17 a 32 anos para a forma A e 909 sujeitos, não estudantes entre 18 e 63 anos para a forma B. O teste pretende medir 16 Fatores de Personalidade como: Fator A = reservado ou expansivo, Fator E = humilde ou afirmativo, Fator H = acanhado ou desenvolto e fundamenta-se na teoria psicológica geral de Cattell. É um instrumento longo para sua aplicação e complexo na sua avaliação, no Brasil sua utilização é principalmente na área de Psicologia das Organizações (Andrade & Alves, 1997).

O *Questionário de Saúde Geral de Goldberg-QSG*, criado por Goldberg (1972) com o nome de *General Health Questionnaire-GHQ* foi concebido para avaliar a saúde mental das pessoas. Apesar das diversas definições que permeiam o constructo saúde mental na prática clínica não é adotado como categoria diagnóstica, ao contrário, são utilizados índices comportamentais observáveis desviantes da população que caracterizam o estado de saúde da pessoa. Goldberg propôs o *General Health Questionnaire* utilizando a definição de saúde mental em termos dos desvios de índices comportamentais da pessoa. O teste é composto de 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos. Os itens devem ser respondidos em uma escala *Likert* de quatro pontos. O GHQ foi organizado para avaliar 5 Fatores: stress psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios de sono, distúrbios psicossomáticos e o Fator geral denominado Saúde Geral. O autor considera que quanto maior for o escore no Fator geral, maior será o nível de distúrbios psiquiátricos. A versão brasileira foi traduzida por Giglio (1976) e alguns itens foram ligeiramente alterados para versão atual de Pasquali e cols. (1996). As normas foram

obtidas numa amostra de 902 sujeitos não psiquiátricos residentes em São Paulo e no Distrito Federal. O grupo foi de 314 sujeitos masculinos e 599 femininos, com idade entre 19 e 70 anos, de estudantes dos três níveis acadêmicos, preponderantemente com estudantes universitários.

O Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1993) é uma forma abreviada da SCL-90-R, com 53 itens. A sua estrutura é igual a da SCL-90-R, seus itens estão agrupados em 9 dimensões, as mesmas do instrumento original, sendo 7 itens de Somatização, 6 de Obsessividade Compulsividade, 4 de Sensibilidade Interpessoal, 6 de Depressão, 6 de Ansiedade, 5 de Hostilidade, 5 de Ansiedade Fóbica, 5 de Idéias Paranóides e 5 de Psicoticismo e 4 Itens Adicionais. Ramírez, Álvarez e Galán (2000) num estudo realizado com 743 adultos normais estudaram as qualidades psicométricas do BSI, encontrando resultados que indicaram tratar-se de um instrumento formado por uma única dimensão que avalia o distúrbio psicológico geral com excelente fidedignidade.

No Brasil, o BSI foi estudado por Martins, Gandini e Costa (2000). O objetivo do trabalho foi validar fatorialmente e estabelecer os índices de fidedignidade da escala. O estudo foi conduzido com 427 sujeitos, sendo 162 pacientes com câncer e 265 não pacientes. Foram encontrados 4 Fatores, identificados como “sintomas físicos”, “sinais psicóticos com depressão”, “sintomas psicóticos com idéias paranóides” e “ansiedade”.

Com o propósito de ampliar o espectro de instrumentos disponíveis para os profissionais brasileiros, escolheu-se para este estudo a Escala SCL-90-R pela facilidade de aplicação e simplicidade de compreensão dos respondentes, e pela indicação na literatura como instrumento capaz de avaliar sintomas psicológicos em pacientes com doenças físicas.

A avaliação das qualidades psicométricas de um instrumento demanda estudos de validade e precisão.

Precisão

Os requisitos ou qualidades principais e indispensáveis de um teste são: validade, precisão ou fidedignidade, padronização e aferição. São requisitos correlatos a homogeneidade e a sensibilidade ou fineza discriminativa e requisitos secundários: a simplicidade técnica, economia, facilidade e rapidez na aplicação, avaliação e interpretação (Van Kolck, 1974).

“O termo precisão, quando usado em psicometria, sempre significa estabilidade ou consistência. Precisão do teste é a consistência dos resultados obtidos pelo mesmo indivíduo quando testado novamente com o mesmo teste, ou com uma sua forma equivalente” (Anastasi, 1967, p. 34).

“A precisão de um teste, qualidade que se refere ao fato do instrumento medir bem, com acuracidade, é verificada através da fidedignidade, isto é, da confiança na permanência dos resultados. As denominações usadas são: fidelidade, constância, estabilidade (em inglês “reliability”). Um teste é tanto mais preciso e fidedigno quanto mais estáveis e constantes nos seus resultados” (Van Kolck, 1974, p. 20).

A preocupação central dos estudos de fidedignidade é verificar se no caso da pessoa ser testada duas vezes, os dois escores seriam semelhantes (Cronbach, 1996). Em geral, quanto maior o intervalo de tempo mais baixa será a correlação. Uma correlação de medidas separadas por um longo intervalo relata a estabilidade da característica em qualquer situação experienciada pelos testandos.

“Precisão da escala é a proporção da variância atribuída ao escore verdadeiro da variável latente. Há vários métodos para análise da precisão, como o de itens contínuos versus itens dicotômicos, precisão baseada na correlação entre escores da escala, como por exemplo desenvolver dois grupos de itens equivalentes e administrar nos sujeitos e correlacionar os escores dos grupos de itens no mesmo sujeito. Outro método é o das metades , é comparar a metade dos itens com a outra metade” (DeVellis, 1991, p. 24).

A consistência interna de um teste refere-se usualmente à análise estatística de partes do teste (duas metades ou Itens). O método requer que escores parciais sejam analisados de forma independente.

Várias fórmulas são avaliadoras da consistência interna. Alguns estatísticos conhecem como uma correlação intraclasse e outros pesquisadores como coeficiente alfa. São métodos que diferem nas suas formulações, mas essencialmente avaliam coeficientes de fidedignidade. Cronbach (1996) apresenta quatro fórmulas de consistência interna e demonstra que os cálculos efetuados produzem o mesmo resultado. A fórmula de Cyril Hoyt que aplica-se quando K é igual ao número de partes consideradas na análise, a fórmula de Kuder Richardson (KR20) utilizada quando todas as respostas certas contam um ponto, e uma resposta errada conta zero, o coeficiente alfa e a fórmula de Sperman-Brown.

“A fidedignidade ou confiabilidade refere-se à consistência dos escores obtidos pelas mesmas pessoas quando elas são reexaminadas com o mesmo teste em diferentes ocasiões, ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes, ou sob outras condições variáveis de exame” (Anastasi & Urbina, 2000, p. 84).

Pasquali (1999) conceituou fidedignidade indicando todas as outras expressões utilizadas: precisão, constância, consistência interna, confiabilidade, estabilidade,

confiança, homogeneidade. Definiu fidedignidade como os aspectos do teste que se referem a quanto os escores de um sujeito se mantêm idênticos em ocasiões diferentes.

Os autores citados indicam algumas medidas de fidedignidade, como a determinação de grau de consistência ou concordância entre dois conjuntos de escores independentemente derivados, todos eles expressos em termos de um coeficiente de correlação. Dentre os tipos de fidedignidade apontados por Anastasi e Urbina (2000), estão Teste-Reteste, forma alternada, método das metades (*split-half*), fidedignidade de Kuder-Richardson, e coeficiente alfa.

Validade

“A validade, isto é, o grau em que o teste mede, efetivamente, o que pretende medir, é sem dúvida, a questão mais importante a ser proposta com relação a qualquer teste psicológico. A validade apresenta uma verificação direta da possibilidade do teste fazer sua função. Sua determinação exige geralmente critérios externos e independentes daquilo que o teste pretende medir” (Anastasi, 1967, p. 35).

Validade refere-se à maneira como a escala foi construída, à capacidade de predizer um evento específico ou a relação da medida com outros constructos. Há essencialmente três tipos de validade que correspondem à: validade do conteúdo, validade do critério e validade do constructo (DeVellis, 1991).

A validade de um instrumento de avaliação está relacionada ao fato dele medir realmente aquilo a que se propõe.

“Validade de teste refere-se àquilo que o teste mede e quão bem ele faz isso” (Anastasi & Urbina, 2000, p. 107).

A validade de um constructo pesquisa as qualidades psicológicas que o instrumento avalia, o constructo corresponde ao conceito que orientou a organização do teste.

A validade precisa ser estabelecida com referência ao uso específico para o qual o teste está sendo considerado. Uma das tendências atuais é a análise da ligação entre a teoria psicológica e a verificação através da testagem de hipóteses empíricas experimentais. O resultado é o reconhecimento do valor dos constructos na descrição e no entendimento do comportamento humano. Constructos são categorias amplas derivadas das características comuns compartilhadas por variáveis comportamentais observáveis. Porém os constructos são entidades teóricas (Anastasi & Urbina, 2000).

Constructo significa contruir, organizar, uma teoria é construída com constructos, e cada um deles é criado para descrever eventos, objetos, situações ou pessoas semelhantes (Cronback, 1996).

A validade de critério é a validação do instrumento que indica sua efetividade para prever o desempenho de um indivíduo em atividades específicas. Nessa validação o teste deve ser associado empiricamente a outro critério.

“Um teste pode ter validade em comparação com muitos critérios, de acordo com seus usos específicos. Qualquer método para avaliar o comportamento em qualquer situação poderia fornecer uma medida de critério para um determinado objetivo” (Anastasi & Urbina, 2000, p. 112).

Na validação do critério, os métodos podem ser de validação concorrente ou preditiva. No desenvolvimento de certos testes de personalidade, o diagnóstico psiquiátrico é usado como uma base para a seleção dos itens e como uma incidência da validade. O

diagnóstico psiquiátrico etiológico pode servir como um critério satisfatório quando é baseado na observação prolongada e uma história detalhada do caso (Anastasi, 1988).

Na validação simultânea ou concorrente e na validação preditiva são comparados os resultados do teste com um critério externo. No método de validação simultânea ou concorrente o critério externo pode ser outro teste já validado ou a avaliação por juízes competentes. No método de validação preditiva, a comparação é feita com a posterior realização do sujeito em relação à variável considerada. Os dois métodos são empíricos e baseados em dados de experimentação (Van Kolk, 1974).

A validade ou dimensionalidade do instrumento deve ser estudada estatisticamente através da Análise Fatorial (Pasquali, 1999).

A Análise Fatorial é indicada como procedimento para validação do constructo, é através da matriz Fatorial que se obtém informações sobre os itens e os fatores que ele está medindo, ela produz a carga fatorial para cada item no fator. Após os fatores terem sido identificados, eles descrevem a composição do teste, assim caracteriza-se o teste em termos de fatores mais importantes. É uma técnica que permite reunir itens em agrupamentos relativamente homogêneos e independentes, que comparados com critérios empíricos contribuem para a definição do constructo.

Silva (1993) discute a avaliação comportamental e os critérios psicométricos, no que diz respeito a precisão e fidedignidade tem uma abordagem crítica aos procedimentos clássicos e defende a validade como a análise mais consistente de um teste.

Bellack e Hersen (1998) ao analisarem a avaliação descritiva de sintomas demonstram que uma grande parte está nos aspectos psicopatológicos e apontam a SCL-90-R como instrumento útil para a avaliação de doenças crônicas.

Padronização e Normas

Padronização refere-se a existência de uniformidade no uso do instrumento, desde a aplicação até o desenvolvimento de parâmetros para a interpretação dos resultados.

A norma do instrumento indica como os resultados brutos devem ser interpretados.

Qualquer norma está restrita à população normativa específica da qual foi derivada. As normas do instrumento representam o desempenho no teste das pessoas que constituíram a amostra de padronização (Anastasi & Urbina, 2000).

O resultado bruto é transformado num escore dentro da norma estabelecida. Esse procedimento permite determinar a posição que o sujeito ocupa no grupo.

SCL - 90 - R

A *Symptom Checklist-90-Revised-SCL-90-R*, Derogatis (1994) instrumento produzido atualmente pela *National Computer Systems Inc.*, é um inventário multidimensional de auto avaliação de sintomas, projetado para avaliar um amplo espectro de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos. É um instrumento utilizado também como uma medida externa de melhora nos problemas e sintomas quando utiliza-se a avaliação da eficácia de drogas nos seres humanos.

A SCL-90-R tem sido utilizada por psicólogos clínicos e psiquiatras, em saúde mental, em ambientes médicos e educacionais e para propósitos de pesquisa. Ela pode ser usada ainda, como um instrumento de avaliação do nível clínico, isto é, o grau de intensidade do sintoma e sua dimensão, repetidamente, para documentar altas formais, tendência de resposta ou avaliação pré e pós terapêutica Derogatis e Lazarus (1994).

Foi desenvolvida por Leonard R. Derogatis a partir de estudos anteriores com a *Hopkins Symptom Checklist-HSCL*, Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth e Covi (1974) e com a SCL-90, e foi publicada inicialmente em 1975.

A história da SCL-90-R inicia-se com a escala a HSCL que foi idealizada como um instrumento de pesquisa e nunca foram construídas normas para o respondente individual.

A HSCL foi criada para avaliar 5 dimensões psicopatológicas, com 45 itens. As pesquisas conduzidas pelos autores Derogatis, Lipman, Covi e Rickels (1971; 1972) sugeriram que o contínuo de distúrbios psicológicos era superior a 5 dimensões levando-os a desenvolver o protótipo da SCL-90. Não foram feitas as normas para esse protótipo e foi portanto uma versão incompleta do instrumento.

A SCL-90-R foi projetada para refletir o nível de sintomas psicopatológicos de pacientes psiquiátricos, pacientes clínicos e indivíduos da comunidade em geral. As características do teste são medidas dos níveis de sintomas psicopatológicos atuais, e não se trata de uma medida de personalidade.

A Escala de Avaliação de Sintomas-90-R é composta de 90 itens de auto-relato que visam refletir o padrão psicológico dos respondentes. Cada item deve ser respondido segundo uma escala de 5 pontos graduada de 0 a 4, desde nenhum (“not at all”) até extremamente (“extremelly”).

Os itens da Escala compõem 9 dimensões primárias de sintomas: Somatização (S), Obsessividade Compulsividade (OC), Sensibilidade Interpessoal (SI), Depressão (D), Ansiedade (An), Hostilidade (H), Ansiedade Fóbica (AF), Idéias Paranóides (IP) e Psicoticismo (Ps).

As nove dimensões primárias de sintomas da SCL-90-R , de acordo com o manual foram descritas como:

“Somatização (S) - reflete distúrbios que aparecem da percepção da disfunção corporal. As queixas localizam-se nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e outros que tenham uma forte mediação autonômica. Dores e desconfortos da musculatura grossa e outros equivalentes somáticos da ansiedade são também componentes de somatização.

Obsessividade Compulsividade (OC) - inclui sintomas que são freqüentemente identificados com a síndrome clínica padrão do mesmo nome. Essa medida focaliza-se em pensamentos, impulsos e ações que são experienciados como renitentes (repetitivos) e irresistíveis e que são de natureza indesejável. Comportamentos e experiências de caráter cognitivo que indiquem dificuldade nessa área estão aqui incluídos também, como por exemplo dificuldade de concentração.

Sensibilidade Interpessoal (SI) - está focalizada em sentimentos de inadequação, inferioridade, particularmente em comparação com outras pessoas. Auto depreciação, falta de auto confiança, desconforto grande durante interações interpessoais, são as manifestações características desta síndrome. Adicionalmente, indivíduos com alto score em SI relatam auto consciência aguda e expectativas negativas sobre comportamentos e percepções interpessoais com outros e de si mesmo.

Depressão (D) - refletem as manifestações clínicas da depressão. Sintomas de distúrbio de humor e afetivo são representados como sinais de retraimento, de baixo interesse na vida, falta de motivação e falta de energia vital. Além disso, sentimentos de

derrota, pensamentos suicidas, e outros correlatos cognitivos e somáticos da depressão estão incluídos.

Ansiedade (An) - Sinais gerais de ansiedade tais como nervosismo, tensão, tremor estão incluídos na definição, assim como ataques de pânico, sentimentos de terror, de apreensão e de medo. Alguns correlatos somáticos da ansiedade estão incluídos também como componentes desta dimensão.

Hostilidade (H) - reflete pensamentos, sentimentos ou ações que são características da afetividade negativa do estado de raiva. A seleção desses itens inclui todos os 3 modos de expressão e reflete qualidades como agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento.

Ansiedade Fóbica (AF) - é definida como uma resposta persistente de medo dirigida a uma pessoa específica, lugar, objeto ou situação, que é irracional e desproporcional ao estímulo e leva a comportamentos de fuga e esquivas. Os itens dessa dimensão estão focalizados nas manifestações de comportamentos fóbicos mais disruptivos e patogênicos. Ansiedade fóbica é uma definição similar a “agorafobia”.

Idéias Paranóides (IP) - é representada fundamentalmente por comportamentos paranóides como um modo desordenado de pensamento. As características cardinais do pensamento projetivo, hostilidade, suspeição (desconfiança), grandiosidade, centralidade, medo de perder autonomia, e desilusão são considerados os sinais primários dessa ordem. Os itens selecionados foram orientados na direção da representação dessa conceituação.

Psicoticismo (Ps) - foi designada para representar o constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Os itens indicativos de retraimento (afastamento), isolamento, estilo de vida esquizóide. Foram incluídos como sendo primeiro grau de sintomas da esquizofrenia, tais como alucinações e pensamentos controlados por delírios.

A dimensão psicoticismo provém de um contínuo graduado de uma suave alienação interpessoal para uma dramática psicose” Derogatis (1994, pp. 9-11).

As nove dimensões primárias de sintomas da SCL-90-R foram desenvolvidas através de uma combinação de procedimentos clínicos, racionais, empíricos e analíticos. Cada dimensão foi verificada empiricamente (Derogatis & Cleary, 1977).

A significância clínica foi o requisito primário para todos os constructos dos sintomas.

Há 7 itens adicionais na SCL-90-R que não fazem parte de nenhuma das nove dimensões. Esses itens foram incluídos porque possuem significância clínica, eles contribuem para o escore global da escala e são utilizados na avaliação final. Esses itens tem carga fatorial em alguma dimensão mas não estão unicamente em uma delas. Assim, um alto escore em depressão com um ou dois itens adicionais pode significar uma grande diferença de um escore similar sem esses sintomas.

Os itens que compõem cada uma das nove dimensões estão listados no Anexo A.

Aplicação e avaliação da SCL-90-R

Algumas instruções mínimas são necessárias para assegurar a validade da medida. Em qualquer contexto de avaliação a atitude utilizada pelo administrador do teste sobre a valorização da avaliação marcará efetivamente as respostas dos entrevistados.

A escala deve ser introduzida para o sujeito de uma maneira positiva e informativa que comunique a importância da avaliação psicológica e a relevância dos dados para o status da saúde individual e o tratamento em potencial. A SCL-90-R nunca deve ser

introduzida para ser respondida de má vontade ou de maneira descuidada e nunca por um aplicador que não acredite na validade do processo de avaliação clínica.

Conforme o manual original a SCL-90-R deve ser apresentada ao paciente por entrevistadores clínicos, enfermeiros ou técnicos. A apresentação deve ser breve sendo gasto apenas 1 ou 2 minutos. O aplicador deve ser capaz de lidar facilmente com qualquer questão que possa surgir. Alguns cuidados especiais devem ser tomados na administração do teste para os indivíduos mais velhos, quando repetições da escala podem ser necessárias.

A SCL-90-R pode ser administrada de 2 formas: lápis e papel ou no computador (“on line”). As instruções ao cliente são similares nas 2 formas, é importante ressaltar que essa forma de aplicação é indicada no manual original.

As instruções para a forma lápis e papel são:

Abaixo está uma lista de problemas que as pessoas têm, às vezes. Por favor leia cada um cuidadosamente e marque o círculo que melhor descrever **quanto esse problema tem preocupado ou angustiado você durante os últimos 7 dias incluindo hoje**. Marque o círculo em somente um número para cada problema e não pule nenhum item. Se você mudar de idéia, apague sua primeira marca cuidadosamente.

Exemplo: O quanto você está preocupado ou angustiado com:

Dores no corpo

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Sendo o 0 (zero) indicado como nenhum sintoma, o 1 (um) como um pouco, o 2 (dois) como moderadamente, o 3 (três) como bastante e o 4 (quatro) como extremamente (muito).

Em circunstâncias normais, a SCL-90-R requer entre 12 a 15 minutos para ser completada. Indivíduos extremamente conscientes necessitam de mais tempo. Para as instruções o tempo necessário é de 2 a 5 minutos.

Pacientes que claramente estão apresentando delírios, são retardados mentais ou encontram-se em surto psicótico são considerados não candidatos para a administração da SCL-90-R. Similarmente, indivíduos que podem estar motivados para distorcer suas respostas ou minimizando ou exagerando o sintoma, são também considerados maus candidatos.

Um aspecto importante de uma avaliação clínica é a referência ao tempo de auto avaliação. O tempo padrão utilizado pela SCL-90-R é “nos últimos 7 dias incluindo hoje”. Hamilton (1970) promoveu uma extensa discussão sobre o tempo de uma semana referente à avaliação clínica. As informações de vida nos últimos 7 dias nos indivíduos são mais relevantes para o status clínico atual. Estudos informais demonstraram que o intervalo de 14 dias não parece ser efetivo para o perfil clínico. Tempos mais longos referidos começam a introduzir distorções, provavelmente por causa da memória e da natural variabilidade dos sintomas psicológicos durante período de longa duração. As normas da SCL-90-R são baseadas no período dos últimos 7 dias, entretanto outros períodos podem ser usados, particularmente se o período de tempo é de interesse específico para a condição ou contexto do estudo proposto.

1. A SCL-90-R é pontuada e interpretada em termos de nove dimensões de sintomas psicológicos e em três índices globais de distúrbios.

2. Os índices globais são denominados de: Índice Global de Severidade - (IGS), Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP) e o Total de Sintomas Positivos(TSP).

3. Os índices globais foram desenvolvidos para fornecer maior flexibilidade em toda a avaliação dos pacientes com diferentes graus psicopatológicos e apresentar um sumário de índices com os níveis de sintomatologia e de distúrbios psicológicos. Pesquisas usando medidas análogas confirmaram que os três índices são indicadores de aspectos distintos das desordens psicológicas (Derogatis, Yevzeroff & Wittelsberger, 1975).

4. As desordens psicológicas apontadas pelo DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1987) podem ser caracterizadas no perfil das dimensões primárias de sintomas.

5. Para o cálculo dos escores da escala pode-se usar a forma manual ou a computadorizada, que é oferecida pelo National Computer Systems (NCS). O cálculo é efetuado através da soma dos pontos, somando-se os valores de 0 (zero) a 4 (quatro).

Para o cálculo do escore bruto somam-se os valores de 0 a 4 para cada item respondido em cada uma das 9 dimensões e mais os 7 itens adicionais. Os 7 itens adicionais não compõem um constructo sintomático mas são incluídos para o cálculo global. A soma dos pontos em cada dimensão é então dividida pelo número de itens daquela dimensão. Se o sujeito não respondeu a todos os itens da dimensão a divisão é efetuada pelo número de itens respondidos. Por exemplo Somatização tem 12 itens, se o cliente respondeu a 11 itens, a soma deverá ser dividida por 11 e não por 12.

Para o cálculo dos 3 índices globais:

- a) O Índice Global de Severidade (IGS) é calculado pela soma dos pontos nas 9 dimensões sintomáticas mais os itens adicionais. A soma é então dividida pelo número total de itens respondidos. (isto é, 90 se todos os itens foram respondidos)

- b) O Total de Sintomas Positivos (TSP) é derivado do contínuo dos números dos itens apontados como respostas positivas, sem a resposta zero.
- c) O Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP) é calculado pela divisão da soma de todos os itens válidos pelo TSP, não nulos.

Os resultados brutos para cada dimensão e para os 3 índices globais são convertidos em resultados ponderados utilizando-se a norma do grupo apropriado para o sujeito examinado.

A função de cada uma dessas medidas globais é comunicar num escore simples o nível ou intensidade de um distúrbio psicológico de um indivíduo. Cada medida reflete alguma coisa dos diferentes aspectos dos distúrbios psicológicos.

O Índice Global de Severidade é o melhor indicador simples do nível atual ou intensidade da desordem. Ele combina informações sobre o número de sintomas relatados com a intensidade percebida do distúrbio. O IGS deveria ser usado em primeira instância quando uma medida simples fosse usada.

O Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP) funciona como uma medida de estilo de resposta indicando quando o respondente está aumentando ou atenuando os distúrbios sintomáticos. Isto é, o IDSP, reflete o nível médio de distúrbio relatado para o sintoma, assim como ele pode ser interpretado como uma medida da intensidade do sintoma. Positivo porque é a somatória dos pontos obtidos a partir do um.

O Total de Sintomas Positivos (TSP) é simplesmente o retrato do número de sintomas apontados pelo sujeito, independente do nível de distúrbio relatado. Pode ser interpretado como uma medida da abrangência do sintoma (Anexo B).

A interpretação clínica do perfil obtido pela SCL-90-R oferece uma variada gama de perfil sintomático multidimensional. Para a comparação com uma avaliação unidimensional é necessário a utilização apenas de uma sub escala.

Para definir se um resultado é positivo a medida utilizada é o escore IGS (da NORMA B - Grupo de não pacientes) maior ou igual ao T Score de 63, ou se 2 escores de dimensões primárias são maiores ou igual ao T Score de 63, então o indivíduo é considerado um caso de risco. A nota T de 63 é o ponto de corte selecionado pelo autor, no estudo original das normas para a população do AEB. A generalização desta regra ainda não está suficientemente explorada em todo o potencial da população.

Qualidades psicométricas da SCL-90-R da escala original

Foram efetuadas quatro normas distintas da SCL-90-R. A Norma A foi obtida através de uma amostra de 1002 pacientes psiquiátricos ambulatoriais heterogêneos, sendo 425 homens e 577 mulheres de 4 serviços psiquiátricos diferentes; a Norma B teve como amostra 974 sujeitos não pacientes, sendo 494 homens e 480 mulheres de diversos locais diferentes; a Norma C foi efetuada através da amostra de 423 pacientes psiquiátricos internados, sendo mais homens do que mulheres, e a Norma E foi obtida com 806 adolescentes não pacientes, sendo 60 % de mulheres, com idade variando entre 13 e 18 anos.

A precisão formal estimada para as nove dimensões primárias e os três índices globais da SCL-90-R são de 2 tipos: consistência interna e Teste-Reteste. Os estudos efetuados por Derogatis, Rickels e Rock (1976) com 209 voluntários sintomáticos, e os de Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, e Villasenor (1988) com 103 pacientes psiquiátricos

ambulatoriais utilizaram o coeficiente alpha que é uma variação da fórmula de Kuder-Richardson 20. Foram encontrados coeficientes muitos satisfatórios, na maior parte das dimensões acima de 0,70, em algumas até 0,90. No estudo de precisão do Teste-Retest, para um instrumento de avaliação de sintomas psicológicos ou de psicopatologia, há uma flutuação da manifestação dos sintomas ao longo de um tempo. Nenhum registro aponta estabilidade no Teste-Retest num período superior a duas semanas. O coeficiente relatado por Derogatis e cols. (1976) é derivado de uma amostra de 94 pacientes ambulatoriais heterogêneos que foram avaliados inicialmente numa primeira entrevista e reavaliados uma semana depois, antes da sua primeira sessão de terapia. Os coeficientes variaram entre 0,80 e 0,90. Nos estudos de Horowitz e cols. (1988) os coeficientes encontrados no Teste-Retest variaram de 0,68 a 0,83, sendo que o tempo de intervalo foi de até 10 semanas.

Os estudos de validação efetuados para a escala SCL-90-R durante esses anos de sua utilização foram conduzidos por vários autores em diferentes épocas e de diversas maneiras. Alguns foram através da estrutura interna, isto é a estrutura Fatorial das medidas. Derogatis e Cleary (1977) estudaram a validade da escala através da hipótese de matriz. A matriz foi de 9 dimensões por 83 itens, eliminando os 7 itens adicionais, foi feito um estudo binário onde cada item foi considerado pertencente a uma dimensão recebendo 1 (um) nessa coluna e 0 (zero) nas outras oito. Os dados foram de 1002 respondentes psiquiátricos ambulatoriais que foram correlacionados resultando uma matriz de correlação de 83 x 83, e subseqüentemente uma análise dos Fatores pelo método dos componentes principais (procustes e varimax). Esse estudo representou um passo importante na validação da SCL-90-R. Os dados demonstraram que o constructo hipotético dos sintomas

pode ser comparado com dados clínicos reais e que essas medidas empíricas podem ser bem correlacionadas com critérios estabelecidos e aceitos de medidas externas.

Outro método de validação utilizado para a Escala SCL-90-R foi a análise da invariância fatorial (Derogatis & Cleary, 1977). Usando o coeficiente de invariância Pinneau e Newhouse (1964) encontraram alto nível de acordo (60-85) entre homens e mulheres na definição estrutural em 8 das 9 dimensões. Quanto aos achados na dimensão Idéias Paranóides (IP) estes não foram altos e sim moderados.

A validação através de estudos da discriminação simultânea ou concorrente das medidas demonstrou uma alta correlação com medidas independentes do mesmo constructo e baixa correlação com medidas de constructo não similar. Muitas pesquisas compararam a SCL-90-R com outras medidas psicopatológicas multidimensionais. Derogatis, Rickels e Rock (1976) com o grupo de 209 voluntários sintomáticos compararam a dimensão do escore da SCL-90-R com os escores do M.M.P.I., os resultados indicaram alta correlação com o constructo do M.M.P.I com exceção da sub escala Obsessividade Compulsividade, que não foi comparada diretamente.

Estudos efetuados por Koeter (1992) avaliaram a validade simultânea ou concorrente entre os instrumentos SCL-90-R e o *General Health Questionnaire* (GHQ-28), particularmente com ênfase nas sub-escalas de Depressão e Ansiedade. Foram sujeitos 134 pacientes psiquiátricos ambulatoriais, retirados de um grupo de 315 pacientes, foram excluídos os psicóticos e os aditos e os que apresentaram sinais de organicidade e retardo mental. Os pacientes foram avaliados por um entrevista clínica onde receberam um diagnóstico classificado pelo D.S.M. III, e foram avaliados com o GHQ-28 e com a SCL-90-R. Os resultados indicaram boa convergência entre os dois instrumentos para a sub-

escala Depressão mas há divergência para Ansiedade. A conclusão do estudo recomenda a SCL-90-R como uma medida multidimensional de psicopatologia superior ao GHQ-28.

Peveler e Fairburn (1990) publicaram estudos de validação com a SCL-90-R. Eles correlacionaram escores da SCL-90-R com os dados de uma entrevista clínica estruturada, usando 2 tipos de amostra: 102 pacientes diabéticos e 71 pacientes bulímicos. O estudo demonstrou que a SCL-90-R apresentou sensibilidade de 0,88 para o grupo de diabéticos e 0,76 para o grupo bulímico. Os achados também avaliaram a validade do índice global como uma medida psicopatológica, pois nos dois grupos a correlação foi considerada significativa.

Vassend e Skrondal (1999) discutiram o problema estrutural na escala multidimensional, no caso da SCL-90-R. Através da Análise Fatorial confirmatória demonstraram que o modelo original de nove dimensões não foi observado, sugerindo que um número inferior de fatores seria satisfatório. Na análise exploratória 5 fatores foram observados Sensibilidade Interpessoal, Hostilidade, Idéias Paranóides, Depressão, Somatização e Obsessividade Compulsividade, podendo ser aceito até o 6º fator, com itens de Somatização, Ansiedade e Ansiedade Fóbica. Os resultados na análise confirmatória para os dois sub grupos da amostra, homens e mulheres, demonstraram que não há diferenças entre os fatores para os grupos. A conclusão do estudo indicou que o suporte estrutural em nove dimensões não foi confirmado, indicando a dificuldade da determinação da estrutura multidimensional, confirmam que a escala no índice global distingue a população com sintomas da população sem sintomas.

Holi, Sammaelahti e Aalberg (1998) investigaram a utilidade da versão da SCL-90-R para a população da Finlândia. A consistência interna foi confirmada com a

escala original. A Análise Fatorial demonstrou que a discriminação para pacientes é boa, sugerindo que um Fator geral está presente, no entanto não confirmou a multidimensionalidade do instrumento. Concluíram tratar-se de um bom instrumento para triagem e para medida de distúrbios psicopatológicos.

Schimtz e Hartkamp (2000) demonstraram a eficácia da SCL-90-R como instrumento para avaliar o progresso dos pacientes em psicoterapia, e descrevendo conceitos estatísticos e mudanças clínicas significantes.

Schimtz, Kurse, Heckrath, Alberti e Tress (1999) utilizaram o SCL-90-R e o GHQ-12 com o objetivo de avaliar as propriedades de triagem dos instrumentos para programas de atenção primária. O estudo foi feito com 408 pacientes ambulatoriais de 18 clínicas de atenção primária na Alemanha. Os resultados indicaram uma correlação de 0,64 entre os dois instrumentos para os escores totais. Os autores firmaram que os testes foram capazes de detectar distúrbios mentais na amostra, sugerindo que o Fator geral está presente nos instrumentos. O estudo demonstrou também que há diferenças nos escores totais entre os sexos, as mulheres tem escores mais altos que os homens, tanto na SCL-90-R quanto no GHQ. Examinaram ainda a validade da SCL-90-R para as subescalas de Ansiedade e Depressão, sendo tomado como critério externo o DSM-III-R com os diagnósticos de desordens de Ansiedade e Depressão, a conclusão dos autores foi da validade das subescalas, podendo ser utilizado como escalas para discriminar pacientes com Ansiedade e Depressão. A conclusão é que a SCL-90-R abrange uma gama maior de problemas psicológicos e de sintomas psicopatológicos em contraste com o GHQ que indica apenas um resultado geral, a desvantagem da SCL-90-R em relação ao outro teste é o tempo de aplicação, que é de 30 minutos, superior ao GHQ.

Cyr, Mckenna-Foley e Peacock (1985) analisaram a estrutura fatorial da SCL-90-R através de uma revisão da literatura, concluíram que a interpretação do teste em 9 dimensões para finalidade clínica é altamente questionável, trata-se de uma boa medida geral de distúrbio, como foi proposto originalmente pelo seu precursor o *Hopkins Symptom Check List (HSCL)*. Concluíram que as versões da SCL-90-R parecem medir mais um Fator geral de distúrbios do que diferentes dimensões de sintomas.

Pesquisas com a SCL-90-R

Um número significativo de pesquisas recentes nas área das patologias biológicas indicam que a SCL-90-R tem qualidades diagnósticas nessa população.

As referências da utilização da SCL-90-R em populações clínicas (pacientes com alguma patologia biológica) são inúmeras nos países da Europa, nos Estados Unidos e no Canadá. Quanto ao Brasil, não foram encontradas referências de pesquisas.

Alguns autores buscaram a relação entre a doença específica e fatores psicológicos utilizando a SCL-90-R e correlacionaram as sub escalas com a patologia. Como demonstraram Weidner e cols. (1992) num programa de intervenção em dieta para redução de colesterol, durante um período de cinco anos, ocorreu uma redução significativa nos escores de Depressão e Hostilidade, nesses pacientes quando avaliados nesse mesmo período com a SCL-90-R.

Turnbull e Vallis (1995) avaliaram os fatores psicológicos em doenças inflamatórias intestinais. Num estudo com 22 pacientes (8 homens e 14 mulheres), sendo 16 com doença de Crohn e 6 com colite ulcerativa e a idade média de 32 anos. As doenças inflamatórias intestinais foram avaliadas com os índices de atividade de *Dutch Crohn e St.*

Mark Colite. Os aspectos psicológicos foram avaliados com a SCL-90-R, *Sickness Impact Profile (SIP)* e *Self Control Schedule (SCS)*. Através de uma análise da combinação das medidas psicológicas com as medidas da atividade da doença concluíram que apenas as medidas dos índices de atividade das doenças não foram suficientes para a predição das recidivas mas a combinação das medidas possibilitou a previsão de que maior quantidade de sintomas psicológicos (SCL-90-R) e maior índice de impacto da doença (*SIP*) ajudam a predição de recidivas e Fatores como sexo, idade e auto controle (*SCS*) não são preditivos.

Grassi e Rosti (1996) demonstraram uma relação entre sintomas psicológicos e câncer, estudando 201 pacientes com diagnóstico recente da doença. Os sujeitos foram avaliados com a SCL-90-R, com uma entrevista clínica baseada no D.S.M. III-R para avaliar desordens psiquiátricas passadas e atuais, e com o *Illness Behaviour Questionnaire-IBQ.*, 33 pacientes apresentaram problemas psiquiátricos na história passada, 101 pacientes demonstraram um problema psicológico atual avaliado pelo D.S.M. III-R e nesses foi associada a SCL-90-R e o IBQ. O estudo confirmou a associação entre os distúrbios psicológicos e respostas mal adaptativas ao câncer, demonstrando um perfil variado de distúrbios psicológicos e a necessidade de maiores estudos de aprofundamento nessas variáveis.

Outros estudos têm sido efetuados usando a SCL-90-R para avaliar o perfil psicológico de pacientes que apresentam sintoma de dor. Mc Gregor e cols (1996) avaliaram a resposta à SCL-90-R de 43 pacientes com eventos infecciosos e dor crônica orofacial comparados com os resultados em 40 sujeitos do grupo controle. Os pacientes com dor crônica orofacial apresentaram alta prevalência de escore maior que 62 na subescala de Somatização e não apresentaram índices significativos nas escalas de Depressão e

Ansiedade quando comparados com o grupo controle. Em 67% dos pacientes houve uma associação entre o evento infeccioso e a dor.

Williams e cols. (1995) analisaram distúrbio psicológico de pacientes com dor. O objetivo do estudo foi identificar sub grupos distintos com dor crônica com base nas respostas aa SCL-90-R. Foram encontrados 3 grupos, cada um formado de acordo com os escores obtidos na SCL-90-R e nas suas subescalas. Os grupos foram obtidos pelo método de Análise de Agrupamento (Cluster Analyses) e os escores desses grupos foram denominados de escore por Fator. Os resultados indicaram que o método permitiu a utilização do teste para dividir os pacientes nos sub grupos de dor, sendo útil aos clínicos para o manejo de medicação.

Erbil e cols. (1996) avaliaram pacientes com câncer na Bélgica e na Turquia. Os resultados demonstraram uma diminuição nos índices dos escores da SCL-90-R entre o início e o fim do tratamento, sendo que a população Belga apresentou escores mais altos em comparação à população Turca.

Scheidt (1995) conduziu um estudo prévio de triagem para avaliação de sintomas psicopatológicos numa amostra de 256 pacientes com torcicolo espasmódico. O resultado encontrado indicou que 27% da amostra apresentou o escore médio do IGS da SCL-90-R, acima do dobro do desvio padrão do grupo controle de normais. Nesse mesmo estudo um grupo de 19 pacientes com torcicolo foi avaliado clinicamente através de uma entrevista psiquiátrica e os resultados confirmaram a validade da SCL-90-R como instrumento de triagem para distúrbio psicológico e psicopatologia.

Derogatis e cols. (1983) usaram a SCL-90-R numa série de pacientes recém admitidos num centro de câncer que foram também avaliados pelo GHQ. A SCL-90-R

discriminou entre pacientes com problemas psicológicos e sem problemas psicológicos aqueles que necessitavam de ajuda psiquiátrica.

O tempo de internação num hospital e a rehospitalização também tem sido objeto de estudo com a SCL-90-R. Saravay e cols. (1991) usaram a escala para avaliar o impacto do distúrbio psicológico e o tempo de permanência no hospital geral. As sub-escalas de Depressão e Ansiedade foram significativamente correlacionadas com o tempo mais longo de permanência e o resultado demonstrou ainda que avaliações clínicas não haviam sido preditivas. Allison e cols. (1995) estudaram o custo médico e econômico em pacientes coronarianos com distúrbios psicológicos e conseqüente rehospitalização. Foram estudados 381 pacientes durante 6 meses, destes, 41 foram considerados com distúrbio psicológico, apresentando o escore acima do percentil 90. Segundo os autores, os dados sugerem a hipótese de que o distúrbio psicológico afeta o prognóstico nas doenças coronarianas, confirma o agravamento da morbidade e a ocorrência de rehospitalização e indica que o tratamento apropriado dos distúrbios psicológicos melhora o prognóstico.

A SCL-90-R foi utilizada também para avaliação de pacientes com uma doença específica e intensidade de resposta ao tratamento clínico. Johnstone e cols (1991) relataram diferentes respostas ao tratamento de câncer em 2 grupos de pacientes (controle e Hodgkins) comparáveis em prognóstico e intensidade de tratamento, tendo sido utilizado em cada grupo um mesmo protocolo de tratamento padrão. Os pacientes no início do tratamento, quando avaliados com a SCL-90-R, apresentaram um elevado índice no perfil de distúrbio. Após 3 meses do encerramento do tratamento clínico os pacientes foram reavaliados pela SCL-90-R e o resultado demonstrou que o grupo de pacientes com Hodgkins apresentou redução no índice de distúrbio e o grupo de pacientes do grupo

controle não apresentou redução mesmo quando informados que suas chances de sobrevivência eram muito boas.

A SCL-90-R já foi traduzida para aproximadamente 24 línguas diferentes conforme cita o próprio autor. No momento ela está disponível em Espanhol, Português (Portugal), Alemão, Italiano, Francês, Japonês, Coreano, Chinês, Vietnamita, Suíço, Hebraico, Árabe, Dinamarquês, Norueguês e Irlandês, versões que foram utilizadas apenas para fins de pesquisa.

A versão em Português foi utilizada por Ferreira e cols. (1995), no Serviço de Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia em Lisboa para avaliação psicológica de mulheres com ganho de peso recente e comparado com medidas endócrinas. As pacientes foram avaliadas com a SCL-90-R e com o MMPI. O grupo I foi de mulheres com ganho de 5 kg. de peso em 1 ano e menstruação regular e foi comparado com o grupo II (grupo controle pareado). O grupo I apresentou diferenças significantes em relação ao grupo II nos itens: disfunção sexual, altos índices nos parâmetros do MMPI e SCL-90-R e nos demais dados não houve diferença significativa nos níveis de prolactina e cortisol, indicando diferença somente na resposta simpática adrenérgica do “stress”.

Quanto à utilização da SCL-90-R para a população clínica brasileira, esta necessitava, até o momento, de adequação da linguagem e estudos de precisão e validação. Esta pesquisa visa ser um primeiro passo neste sentido.

Os estudos de precisão indicam se a Escala, após sua tradução e aplicação na população brasileira, continua apresentando a consistência interna necessária para sua fidedignidade, além de estabilidade e constância nos resultados.

Os estudos de validade são necessários para apontar se junto à nossa população os fatores já identificados em outros países, se mantêm.

Por outro lado, os estudos de precisão e validade efetuados sem normas brasileiras para determinação dos escores, indicam a necessidade da construção dessas normas.

Objetivo Geral

O objetivo principal desta pesquisa foi de adaptar para o português e estimar a precisão, validade de constructo e validade de critério da *Sympton Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*, aqui denominada de Escala de Avaliação de Sintomas - 90 - Revisada.

Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste trabalho foram: obtenção de medidas de precisão, analisando-se sua consistência interna para as nove dimensões sintomáticas e precisão de Teste-Reteste.

Verificação, através da análise dos Itens, da sensibilidade e discriminabilidade dos mesmos.

Estudos de validação de constructo através da análise da estrutura interna do instrumento, utilizando-se os métodos estatísticos de Análise Fatorial, Análise de Correspondência e Análise de Agrupamento.

Validação de critério por três procedimentos distintos: o de grupos comparados, o método de Kruskal-Wallis e de validade concorrente.

Comparação dos resultados com a norma americana.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo utilizou 599 participantes adultos, de um número inicialmente previsto de 600. Um participante foi descartado pois não respondeu a um dos instrumentos. Sendo assim a amostra contou com 200 adultos, acima de 19 anos de idade, pacientes do Ambulatório de Saúde Mental do Hospital e Maternidade Celso Pierro, que serão doravante denominados de Grupo Caso e 399 adultos, acima de 19 anos de idade, pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia e Clínica Cirúrgica do Hospital e Maternidade Celso Pierro, que serão denominados Grupo Controle. Os participantes do Grupo Caso foram todos indivíduos que buscaram o Ambulatório de Saúde Mental do Hospital e Maternidade Celso Pierro no período de março a outubro de 1999, e aceitaram participar da pesquisa.

As características demográficas dos participantes nos dois grupos da amostra estão na Tabela 1.

Tabela 1

Características Demográficas da Amostra

	Grupo Caso		Grupo Controle		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sexo:						
Masculino	63	(31,50)	183	(45,86)	246	(41,07)
Feminino	137	(68,50)	216	(54,14)	353	(58,93)
Total	200	(33,39)	399	(66,61)	599	(100,00)
Estado Civil:						
Casado	128	(64,32)	244	(61,31)	372	(62,31)
Separado	24	(12,06)	27	(6,78)	51	(8,54)
Solteiro	41	(20,06)	89	(22,36)	130	(21,78)
Viúvo	06	(3,02)	38	(9,55)	44	(7,37)
Total	199	(33,33)	398	(66,67)	597	(100,00)
Sem resposta	01	(0,50)	01	(0,25)	02	(0,33)
Idade:						
18 a 19	04	(2,00)	11	(2,76)	15	(2,50)
20 a 39	87	(43,50)	188	(47,12)	275	(45,91)
40 a 59	88	(44,00)	122	(30,58)	210	(35,06)
> 59	21	(10,50)	78	(19,55)	99	(16,53)
Total	200	(33,39)	399	(66,61)	599	(100,00)
Média	42,11		44,59		43,54	
D.P.	13,50		27,36		23,79	
Grau de Escolaridade:						
Analfabeto	12	(6,74)	41	(11,65)	53	(10,00)
1º grau incompleto	148	(83,15)	287	(81,53)	435	(82,10)
1º grau completo	04	(2,25)	05	(1,42)	09	(1,70)
2º grau incompleto	05	(2,81)	09	(2,56)	14	(2,64)
2º grau completo	03	(1,69)	05	(1,42)	08	(1,51)
Superior incompleto	01	(0,59)	01	(0,28)	02	(0,38)
Superior completo	05	(2,81)	04	(1,14)	09	(1,70)
Total	178	(33,58)	352	(66,42)	530	(100,00)
Sem resposta	22	(11,00)	47	(11,78)	69	(11,52)
Trabalho:						
Não trabalha	27	(60,00)	240	(62,34)	267	(62,09)
Trabalha	18	(40,00)	145	(37,66)	163	(37,97)
Total	45	(10,47)	385	(89,53)	430	(100,0)
Sem resposta	155	(77,50)	14	(3,50)	169	(28,21)

A distribuição por gênero dentro dos grupos foi equilibrada no Grupo Controle, 54% de mulheres (N = 216) e 46% de homens (N = 183). No grupo Caso houve certo desequilíbrio, 68,5 % de mulheres (N = 137) e 31,5% de homens (N = 63).

O desequilíbrio no grupo Caso ocorreu porque a demanda de mulheres para o Ambulatório de Saúde Mental é maior, e todos os pacientes que buscaram o Ambulatório pela primeira vez, durante o período da pesquisa foram sujeitos deste estudo, refletindo portanto a população real não se tratando de uma amostra estratificada. O que não ocorreu no grupo Controle em que o equilíbrio entre homens e mulheres foi mantido, pois teve-se a oportunidade de escolha do sujeito quanto ao sexo.

Quanto ao estado civil, há a predominância dos casados, 62,3% da amostra, seguido pelos solteiros, 21,8%. Estes percentuais se mantêm bem equilibrados entre os grupos.

A predominância de casado em ambos os grupos e o equilíbrio entre os grupos para o estado civil casado e solteiro são indicadores da não diferenciação da população quanto a esse aspecto. No entanto, pelos dados observamos que o Grupo Caso, isto é pacientes da Saúde Mental tem 12% de separados para 6% do Grupo Controle, indicando uma população maior de separados, portanto supostamente com maiores problemas nas relações familiares no grupo de pacientes da Saúde Mental. Ainda dentro desse aspecto a incidência de viúvos na população das Enfermarias é de 9,5% para 3%, talvez porque há um maior contingente de pessoas acima de 59 anos nesta sub amostra.

Quanto à distribuição por idade, as faixas etárias apresentam-se bem distribuídas entre os grupos, havendo apenas um leve desequilíbrio na faixa dos 20 a 39 anos, onde se tem cerca de 14% a mais de indivíduos nesta faixa no Grupo Caso. De modo geral a

amostra apresentou predominância das faixas de 20 a 39 anos (46%), seguido pela faixa de 40 a 59 anos, com 35%. A faixa menos representada é a de 18 a 19 anos (2,50%).

O grupo de pacientes do Ambulatório de Saúde Mental (Grupo Caso) apresentou na faixa etária de 40 a 59 anos uma porcentagem 14% maior de participantes do que no grupo de pacientes das Enfermarias (Grupo Controle), evidenciando que a população que busca a saúde mental é maior nessa faixa etária. O inverso foi observado no grupo de pacientes das Enfermarias (Grupo Controle) com uma porcentagem 9% maior de indivíduos com mais de 59 anos.

Os dados indicaram uma população mais jovem no Grupo Controle do que no Grupo Caso, sendo 50% da amostra entre 18 e 39 anos no Grupo Controle para 45% da amostra nessa mesma faixa etária para o Grupo Caso.

Com relação à escolaridade a amostra é predominantemente de indivíduos com 1º grau incompleto, sendo 82% do total da amostra. Esta proporção se mantém dentro dos grupos, conforme apontado na Tabela 1. Em seguida temos os analfabetos, contando com 10% da amostra. Os demais níveis possuem pouca representatividade, e estão equilibrados entre os grupos de estudo. Houve um índice significativo de não respostas, com 22 não respostas nos Casos e 47 nos Controles.

Quanto ao grau de escolaridade, 82% da amostra é de indivíduos com 1º grau incompleto. Por se tratar de grupos de pacientes tanto Ambulatoriais da Saúde Mental, quanto das Enfermarias Médicas do Hospital e Maternidade Celso Pierro, que atende ao convênio S.U.S., os dados refletem que a população que busca os serviços do H.M.C.P. é predominantemente de baixa escolaridade e possivelmente de baixa renda. Os dois grupos, tanto da Saúde Mental, quanto das Enfermarias são muito semelhantes nesse aspecto. Entre

analfabetos e de 1º grau incompleto temos 92% da amostra, indicando o baixo grau de instrução da população estudada.

A pergunta sobre trabalho teve um grande número de não respostas no grupo Caso. Tal fato inviabilizou qualquer análise sobre este tema no grupo citado. Já nos Controles foi obtido um total de 385 respostas, sendo que 62% não trabalham.

Os dados quanto ao trabalho no grupo de pacientes do Ambulatório de Saúde Mental de apenas 45 sujeitos indicaram que os avaliadores não conseguiram registrar o dado.

Concluindo pode-se dizer que o perfil médio da amostra é de equilíbrio entre os sexos, predominantemente de baixa educação, casada e quanto ao trabalho nada se pode afirmar.

Deve-se no entanto levar em consideração o desequilíbrio entre os sexos na amostra do grupo Caso.

Material

A versão em português da escala, denominada de Escala de Avaliação de Sintomas-90-R foi o instrumento utilizado para a presente pesquisa (Anexo C).

O Questionário de Saúde Geral de Goldberg - QSG (1996).

Termo de Consentimento (Anexo D)

Instrumentos

O *Questionário de Saúde Geral de Goldberg-QSG* (Pasquali e cols., 1996) avalia cinco Fatores de caráter psiquiátrico: stress psiquiátrico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbios de sono e distúrbios psicossomáticos e também produz um escore geral de distúrbios mentais, que fornece um perfil psiquiátrico do indivíduo o Fator G, severidade doença mental. O QSG é composto de 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos. Estes são apresentados em um folheto e respondidos em uma escala de quatro pontos tipo *Likert*.

“Para interpretação do escore do Fator geral, o autor considera que quanto maior for este escore, maior será o nível de distúrbios psiquiátricos. O ponto de corte para sintomático versus não sintomático no sistema padrão de apuração situa-se em 3 4 pontos; no sistema *Likert*, 39 40 (na escala 0,1,2 e 3) ou 52 53 pontos (na escala 1,2,3 e 4)” (Pasquali & cols., 1996, p. 13).

A *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R - SCL-90-R* (Derogatis, 1994), é composta de 90 itens de auto avaliação numa escala de 0 a 4, avalia 9 dimensões sintomáticas: Somatização, Obsessividade Compulsividade, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Idéias Paranóides e Psicoticismo. É uma escala ou instrumento que pretende medir o nível de sintomas psiquiátricos e psicológicos de pacientes psiquiátricos e não pacientes. Há 4 grupos de normas, norma A para adultos psiquiátricos ambulatorial, norma B para adultos não pacientes, norma C para adultos psiquiátricos internados, norma E para adolescentes não pacientes, para cada grupo há normas para homens e mulheres. A interpretação final indica 3 índices, Índice Global de

Severidade (IGS), Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP) e Total de Sintomas Positivos (TSP), conforme já referido na introdução.

Aplicadores

Participaram da pesquisa como aplicadores da SCL-90-R e QSG, 4 psicólogas e 8 alunos da Graduação em Psicologia. Das psicólogas, eram duas com experiência clínica há mais de 5 anos, com idade média de 30 anos e as outras duas com experiência clínica de 2 anos, com idade média de 25 anos. As alunas eram estudantes do terceiro ao quinto ano do Curso de Psicologia. Foram treinadas para a aplicação dos dois instrumentos e para explicarem aos pacientes os objetivos da pesquisa e solicitarem o consentimento.

Procedimento

Como uma etapa antecessora da pesquisa propriamente dita, alguns procedimentos foram realizados:

1. Foi solicitado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas a aprovação do presente estudo. (Anexos E e F).

2. A tradução do original foi submetida a 2 psicólogos com domínio da língua inglesa, 1 professor de língua inglesa e 1 brasileiro trilingüe fluente no inglês.

3. Foi efetuado um estudo para verificação da adequação da linguagem utilizada. Foram selecionados 10 pacientes das enfermarias e do ambulatório do H.M.C.P. que responderam à Escala traduzida e foram anotados os itens de difícil compreensão.

4. Após a adequação da semântica dos itens, a Escala foi corrigida por um professor de português, versão final que serviu para os propósitos dessa pesquisa (Anexo C).

Primeira fase

Na primeira fase 4 psicólogas foram treinadas pela pesquisadora nos dois instrumentos. O treinamento consistiu na leitura dos manuais, discussão das dúvidas e aplicação de cada um dos testes num sujeito.

Após esse treinamento, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a necessidade da aplicação ser alternada, isto é, o participante 1 responderia aa SCL-90-R e em seguida ao QSG, o participante 2 responderia ao QSG e em seguida aa SCL-90-R e assim sucessivamente, os procedimentos éticos quanto ao esclarecimento dos objetivos e assinatura do Termo de Consentimento, como elementos obrigatórios e necessários na entrevista com o participante.

Após o treinamento das psicólogas, foi efetuado o recrutamento e treinamento dos alunos da graduação, que auxiliaram como aplicadores.

As psicólogas treinaram as alunas e as acompanharam durante o período da coleta de dados.

Durante o treinamento para aplicação de ambos os instrumentos, foi solicitado às psicólogas e alunas que as instruções do teste e as questões fossem lidas aos participantes, pois a população alvo do estudo é de baixa escolaridade e não domina a leitura para garantir que a aplicação fosse efetuada conforme as instruções do manual.

Durante o treinamento dos aplicadores foi enfatizado que a leitura dos instruções e dos itens deveria ser rigorosamente de acordo com o manual.

A fase de treinamento da psicóloga, recrutamento e treinamento dos alunos e distribuição das tarefas durou 30 dias, durante o mês de março de 1999.

Segunda Fase

A segunda fase consistiu na coleta de dados propriamente dita.

O procedimento de coleta de dados durou 8 meses, no período de abril a novembro de 1999.

As psicólogas ficaram com a tarefa de indicar os pacientes do Ambulatório de Saúde Mental e os pacientes das Enfermarias do H.M.C.P. que poderiam ser participantes da pesquisa.

As variáveis que ficaram sob controle das psicólogas para garantir a amostra e aplicação foram:

1. observar que o paciente do Ambulatório de Saúde Mental não estava em atendimento psiquiátrico ou psicológico.
2. observar que o participante não estava em surto psicótico.
3. observar que o paciente da Enfermaria estava entre o segundo e sétimo dia de internação.
4. observar que o paciente da Enfermaria estava consciente e lúcido no dia da aplicação.
5. garantir que os instrumentos fossem aplicados alternadamente.

O cuidado com o período de internação foi indicado para evitar a avaliação de sujeitos com alterações psicológicas provocadas pela internação recente ou pela internação prolongada.

As escalas foram apresentadas aos pacientes com a leitura dos itens sendo efetuada pelos aplicadores dado que a população escolhida para este estudo não possui escolaridade suficiente para leitura dos itens.

Os alunos receberam a indicação dos psicólogos dos possíveis participantes, contactaram o paciente, demonstraram os objetivos da pesquisa, solicitaram a assinatura do Termo de Consentimento e em seguida aplicaram os instrumentos.

O Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG (1996) foi aplicado como medida de critério externo.

Terceira Fase

Um grupo de 17 pacientes foi submetido ao Reteste.

Esse sub-grupo foi de participantes do Grupo Caso do Ambulatório de Saúde Mental. Esses pacientes foram selecionados como participantes no dia da triagem e retornaram para o acompanhamento psicológico num período de 7 a 15 dias e no dia do retorno foram retestados. Foi garantido que nesse período entre o Teste e o Reteste não ocorreu nenhuma intervenção terapêutica, seja medicamentosa ou psicoterápica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Precisão ou Fidedignidade

A consistência interna da SCL-90-R, foi estudada pela estimativa da homogeneidade dos itens representativos dos constructos de cada dimensão.

O cálculo utilizado foi o coeficiente alfa de Cronbach, que é proposto como o mais adequado para instrumentos com escores múltiplos, onde as respostas aos itens variam numa escala graduada de pontos, neste caso de 0 a 4.

A fidedignidade foi investigada nos dois grupos, no grupo Caso com 200 pacientes do Ambulatório de Saúde Mental e no grupo Controle com 399 pacientes das diversas enfermarias do HMCP. Estimou-se o coeficiente alfa dentro de cada dimensão de sintoma da SCL-90-R. para a amostra toda, para o Grupo Caso e Grupo Controle, de forma a possibilitar a comparação dos índices encontrados.

Foi feita ainda uma análise de influência de item, ou seja, o coeficiente foi calculado retirando-se um item (um por vez). Desta forma observou-se se algum item influenciou mais na fidedignidade e conseqüentemente na avaliação dos índices.

Todos os índices e coeficientes calculados estão no Anexo G, estando presente aqui apenas uma tabela resumo. Esses resultados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2

Coefficiente Alfa () para as Dimensões de Sintomas em cada Grupo Estudado e suas Correlações Médias (rM).

Dimensão	Grupo Caso N = 200		Grupo Controle N = 399		Total N = 599	
		rM		rM		rM
Somatização	0,88	0,38	0,85	0,33	0,88	0,38
Obsessividade Compulsividade	0,83	0,33	0,81	0,32	0,85	0,36
Sensibilidade Interpessoal	0,82	0,34	0,78	0,29	0,82	0,34
Depressão	0,85	0,32	0,83	0,28	0,86	0,33
Ansiedade	0,86	0,38	0,84	0,34	0,86	0,39
Hostilidade	0,76	0,36	0,76	0,36	0,79	0,40
Ansiedade Fóbica	0,79	0,36	0,76	0,32	0,79	0,36
Idéias Paranóides	0,73	0,31	0,74	0,33	0,75	0,33
Psicoticismo	0,77	0,26	0,85	0,36	0,83	0,33

Como pode ser observado, tanto no grupo Caso quanto no grupo Controle as correlações obtidas atingiram alto nível de associação. Na amostra geral os índices variaram entre 0,88 e 0,75 relacionados, respectivamente, à dimensão Somatização e Idéias Paranóides. No Grupo Caso a variação ficou entre 0,88 e 0,73 também relacionados às dimensões Somatização e Idéias Paranóides.

E no grupo Controle observa-se alfa igual a 0,85 em Somatização e Psicoticismo, tendo sido registrado o menor índice também na dimensão Idéias Paranóides (0,74).

Observou-se portanto pouca variação entre as amostras e alta consistência interna de seus itens.

A fidedignidade estudada para a SCL-90-R pelos autores Derogatis (1976) e Horowitz (1988) foi de 2 tipos: consistência interna e Teste-Reteste.

Os coeficientes alfa das análises da consistência interna da SCL-90-R para as 9 dimensões de sintomas efetuadas por Derogatis, Rickels e Rock (1976), num primeiro estudo com 209 voluntários sintomáticos, e por Horowitz e cols. (1988), num outro estudo, com 103 pacientes psiquiátricos ambulatoriais, encontram-se apresentados na Tabela 3 e são comparadas aos dados deste estudo.

Tabela 3

Coeficientes Alfa de Estudos Anteriores e do Atual

	Estudo 1*	Estudo 2**	Estudo 3***		
			Caso	Controle	Geral
Somatização	0,86	0,88	0,88	0,85	0,88
Obsessividade Compulsividade	0,86	0,87	0,83	0,81	0,85
Sensibilidade Interpessoal	0,86	0,84	0,82	0,78	0,82
Depressão	0,90	0,90	0,85	0,83	0,86
Ansiedade	0,85	0,88	0,86	0,84	0,86
Hostilidade	0,84	0,85	0,76	0,76	0,79
Ansiedade Fóbica	0,82	0,89	0,79	0,76	0,79
Idéias Paranóides	0,80	0,79	0,73	0,74	0,75
Psicoticismo	0,77	0,80	0,77	0,85	0,85

* Estudo 1 – Derogatis, Rickels e Rock (1976).

** Estudo 2 – Horowitz e cols. (1988).

***Estudo 3 – estudo atual

Na comparação entre os índices de fidedignidade encontrados observou-se pouca variação entre os estudos, corroborando que o instrumento apresenta alta fidedignidade. No Grupo Controle os níveis de correlação também são altos, apesar de menores do que os do Grupo Caso, indicando que o teste foi mais consistente no grupo de pacientes que têm um perfil psicopatológico.

No grupo Controle a precisão é menor, mas ainda boa, acima de 0,70, indicando que o instrumento pode ser preciso em população de pacientes internados por patologias físicas e sem queixa ou indicadores de problemas psicopatológicos.

Outro estudo de fidedignidade foi efetuado através do procedimento de Teste-Reteste.

O estudo do Teste-Reteste foi sobre 17 participantes do Grupo Caso que foram submetidos a uma nova avaliação, num período de 7 a 15 dias de intervalo. O estudo para este caso é a estimativa da correlação entre os escores obtidos pela mesma pessoa nas duas aplicações, procurando-se verificar a estabilidade da medida no espaço de tempo decorrido entre as duas avaliações.

Para distúrbios psicológicos ou psicopatológicos as flutuações são grandes num espaço de tempo relativamente pequeno, por essa razão não é aconselhável que para o Reteste fosse num período superior a 15 dias.

A tabela 4 apresenta os coeficientes de Teste-Retestes dos estudos originais e do presente estudo, todos os índices calculados estão no Anexo H.

Tabela 4

Coefficientes de Correlação (r) da Precisão do Teste-Reteste de Estudos Anteriores e do Atual

Dimensões	Teste-Reteste (rtt)		
	Estudo 1*	Estudo 2**	Estudo 3***
Somatização	0,68	0,86	0,40
Obsessividade Compulsividade	0,70	0,85	0,64
Sensibilidade Interpessoal	0,81	0,83	0,67
Depressão	0,75	0,82	0,47
Ansiedade	0,80	0,80	0,72
Hostilidade	0,73	0,78	0,79
Ansiedade Fóbica	0,77	0,90	0,82
Idéias Paranóides	0,83	0,86	0,76
Psicoticismo	0,77	0,84	0,78

Estudo*1- N = 103 pacientes psiquiátricos ambulatoriais (Horowitz et al, 1988), intervalo de tempo entre os testes = 10 semanas.

Estudo**2- N = 94 pacientes psiquiátricos heterogêneos (Derogatis, Rickels e Rock, 1976), intervalo de tempo entre os testes = 1 semana.

Estudo***3- N = 17 pacientes da Saúde Mental Ambulatórias, dados deste estudo, intervalo de tempo entre os testes = entre 7 e 15 dias.

Os resultados demonstraram alta fidedignidade nas dimensões Ansiedade Fóbica, Hostilidade, Psicoticismo e Idéias Paranóides. Uma boa fidedignidade para as dimensões de Ansiedade, Sensibilidade Interpessoal e Obsessividade Compulsividade e um índice de fidedignidade mais baixo para Depressão e Somatização.

Comparando-se aos estudos 1 e 2 observa-se que os achados deste estudo estão mais próximos aos do estudo 1, que também apontou uma correlação menor nas dimensões de Somatização e Obsessividade Compulsividade. Nas outras dimensões, tanto para o estudo

1 quanto para o estudo 2, os resultados são semelhantes, apresentando apenas uma diferenciação para as dimensões de Depressão e Sensibilidade Interpessoal, em que os coeficientes foram inferiores no presente estudo.

Esses resultados indicaram que na população estudada, para as dimensões Somatização e Depressão houve mudança nas respostas aos itens após o intervalo de tempo, indicando, provavelmente, uma alteração na sintomatologia nesse espaço, que teria sido captada pelo instrumento.

Apesar dos índices mais baixos de correlação nestas dimensões, pode-se dizer que a versão em português da SCL-90-R detém boa precisão de Teste-Reteste.

Concluindo, pode-se dizer que os estudos de fidedignidade demonstraram que a versão brasileira da SCL-90-R apresentou-se com boa precisão na população estudada. Os resultados encontrados quando comparados aos estudos originais do instrumento, confirmaram a fidedignidade do instrumento, tanto no que diz respeito à consistência interna quanto à estabilidade da medida num intervalo de uma a duas semanas.

Validade

Conforme indicado nos objetivos, procedeu-se a diferentes estudos de validade: a validação de constructo e validação de critério.

Validade de constructo

A validação de constructo foi estudada, pela Análise Multivariada, que é uma abordagem estatística que considera o comportamento de muitas variáveis

simultaneamente. As técnicas utilizadas foram Análise Fatorial (AF), Análise de Agrupamento (AA) e Análise de Correspondência (AC).

A Análise Fatorial é uma análise multivariada que se aplica à busca de identificação de fatores num conjunto de medidas realizadas. Identifica os fatores, que inicialmente são arbitrados pelo pesquisador. O *eigenvalue* ou auto-valor é a medida de quanto da variância total das medidas realizadas pode ser explicada pelo fator. O *eigenvalue* avalia a contribuição do fator ao modelo construído pela Análise Fatorial, sendo que um valor pequeno sugere pequena contribuição do fator na explicação das variações das variáveis originais. Normalmente a matriz utilizada para a interpretação dos resultados de uma Análise Fatorial é uma “matriz rodada”, um artifício para prover maior distinção das relações encontradas (Pereira, 1999).

O passo final da Análise Fatorial é verificar se os fatores, que são dimensões abstratas, podem ser interpretadas de forma coerente com a natureza dos fenômenos estudados (Pereira, 1999).

Análise Fatorial

A validação de constructo estudada pela Análise Fatorial, através dos métodos dos componentes principais, teve como objetivo definir a dimensionalidade, determinando o número de fatores que o teste efetivamente mede. O número de fatores que poderiam ser teoricamente encontrados por esse método é igual ao número de itens, 90 no caso. Sendo um número muito grande, fixou-se em dez fatores, seguindo o raciocínio original do instrumento, um fator geral e nove correspondentes às dimensões. A análise foi feita dentro de cada grupo da amostra e mostrou a presença de dez fatores com eigenvalues

(autovalores) superiores a 1,0 e apenas quatro com autovalores acima de 2,7 no Grupo Caso e três acima de 2,6 no Grupo Controle. Quanto ao percentual de explicação da variância dos 10 fatores, verificou-se que no Grupo Caso explicam 52,8% da variância total, enquanto que no Grupo Controle eles são responsáveis por 48,5%, conforme indicado nas Tabelas 5 e 6.

Os valores iniciais apresentaram uma estrutura de média no primeiro fator sem oposições entre os itens, confirmando uma estrutura de correlação positiva. Tal fato indica que as respostas aos itens variam todas na mesma direção. Os demais fatores não apresentaram pesos significativos passíveis de análise.

Tabela 5

Autovalores (eigenvalue) – Grupo Caso

	Autovalor	% total Variância	Autovalor Acumulado	% Total da Variância. Acum.
1	26.18294	29.09215	26.18294	29.09215
2	4.00293	4.44770	30.18586	33.53985
3	2.91639	3.24044	33.10226	36.78028
4	2.74562	3.05069	35.84788	39.83098
5	2.38758	2.65287	38.23546	42.48385
6	2.21096	2.45662	40.44642	44.94047
7	1.99191	2.21323	42.43833	47.15370
8	1.76276	1.95862	44.20109	49.11232
9	1.72400	1.91556	45.92509	51.02788
10	1.65354	1.83727	47.57863	52.86514

Tabela 6

Autovalores (eigenvalue) – Grupo Controle

	Autovalor	% total Variância	Autovalor Acumulado	% Total da Variância Acum.
1	26.01737	28.90819	26.01737	28.90819
2	2.85071	3.16746	28.86809	32.07565
3	2.65528	2.95032	31.52337	35.02597
4	2.26870	2.52078	33.79207	37.54675
5	1.90412	2.11569	35.69619	39.66243
6	1.77809	1.97566	37.47428	41.63809
7	1.60292	1.78102	39.07720	43.41912
8	1.57165	1.74628	40.64885	45.16539
9	1.51916	1.68795	42.16801	46.85334
10	1.45905	1.62117	43.62706	48.47451

Considerando o conteúdo dos itens representativos de cada dimensão e a experiência clínica da pesquisadora com a população estudada foi levantada a hipótese de que cerca de quatro grandes constructos deveriam ser identificados: transtornos psicossomáticos, transtornos depressivos, transtornos fóbicos e ansiosos e transtornos psicóticos. Os transtornos de personalidade, eventualmente, presentes no grupo estudado deveriam estar confundidos nos constructos o mesmo devendo ocorrer com o transtorno de adição, pois os sintomas que são elencados no instrumento tanto para os transtornos de personalidade quanto de adição, usualmente são encontrados em mais de uma dimensão.

Partindo-se da hipótese de que o cruzamento (interseção) entre as dimensões de sintoma formaria quatro grandes constructos, fixou-se uma explicação mínima de 3% de

variância para se interpretar um fator e em quatro o número de fatores, totalizando aproximadamente 40% da variância total. Desta forma optou-se por uma rotação dos fatores, através do método Varimax, tentando se obter alguma estrutura mais interpretável.

Tabela 7

Autovalores (eigenvalue) – Grupo Geral

	Autovalor	% total Variância	Autovalor Acumulado	% Total da Variância Acum.
1	28.86400	32.07111	28.86400	32.07111
2	3.17676	3.52974	32.04076	35.60085
3	2.29168	2.54632	34.33245	38.14717
4	2.11773	2.35304	36.45018	40.50020

A Tabela 7 indica a variância dos 4 fatores no total da amostra.

A estrutura fatorial encontrada aparece no Anexo I para o Grupo Caso, no Anexo J para o Grupo Controle e no Anexo K para o Grupo Geral.

Visando facilitar a leitura dos dados encontram-se reunidos na Tabela 8 os itens do Fator 1 que apresentaram carga fatorial superior a 0,30 em cada grupo assim como as respectivas dimensões que representam na versão original da escala. Aparecem em negrito aqueles cujas cargas fatoriais são superiores a 0,30 nos 3 grupos.

Tabela 8

Itens com Carga Fatorial Superior a 0,30 no Fator 1 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R

Item	Enunciado	Carga Fatorial			
		Caso	Controle	Geral	Dimensão Original
3	Pensamentos ruins repetidos que não saem de sua mente (cabeça)	0,40	0,45	0,42	OC
5	Perda do interesse ou de prazer sexual		0,36		D
6	Sentir-se crítico em relação a outras pessoas		0,53	0,38	SI
7	A idéia de que outra pessoa pode controlar seus pensamentos	0,42	0,45	0,50	Ps
8	Sentir que os outros são culpados de muitos dos seus problemas		0,51	0,39	IP
10	Preocupado com o desleixo ou falta de cuidado	0,37	0,34	0,37	OC
11	Sentir-se facilmente incomodado ou irritado	0,34	0,41	0,34	H
12	Dores no coração ou no peito	0,36		0,33	S
14	Sentir-se com pouca energia ou para baixo		0,42		D
15	Pensamentos de acabar com a própria vida	0,46	0,65	0,53	D
16	Escutar vozes que outras pessoas não escutam	0,33	0,42	0,38	D
21	Sentir-se envergonhado ou desconfortável em relação ao sexo oposto	0,34			SI
22	Sentir-se trapaceado ou encurralado (sem saída)	0,45	0,52	0,48	D
23	Repentinamente sentir medo sem razão		0,39	0,37	An
24	Explosões que você não pode controlar (explosões de raiva)	0,36	0,48	0,43	H
26	Sentir-se culpado	0,53	0,42	0,50	D
28	Sentir-se bloqueado (com dificuldade) para terminar as coisas		0,48	0,37	OC
29	Sentir-se sozinho		0,41	0,33	D
30	Sentir-se sem importância	0,43	0,64	0,52	D
32	Sentir-se desinteressado pelas coisas		0,46	0,37	D
34	Sentir-se facilmente ferido em seus sentimentos	0,32	0,42	0,39	SI
35	Outras pessoas estarem a par de seus pensamentos íntimos	0,49	0,33	0,49	Ps
36	Sentir que os outros não o entendem ou são antipáticos	0,49	0,37	0,42	SI
37	Sentir que os outros não são amigos ou não gostam de você	0,48	0,32	0,43	SI
39	Coração palpitando ou disparando	0,33		0,32	An
41	Sentir-se inferior aos outros	0,46	0,51	0,47	SI
43	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros	0,59	0,42	0,54	IP
46	Dificuldade para tomar decisões		0,41	0,34	OC

Item	Enunciado	Caso	Controle	Geral	Dimensão Original
51	Um “branco” na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembrar-se de algo)		0,32	0,32	OC
54	Sentir-se sem esperança sobre o futuro	0,45	0,60	0,54	D
55	Dificuldade de concentração	0,34	0,53	0,47	OC
56	Sentir fraqueza em partes do corpo		0,33		S
57	Sentir-se tenso ou travado		0,32		An
59	Pensar sobre morte ou sobre estar morrendo	0,44	0,52	0,49	AD
61	Sentir-se desconfortável quando as pessoas o observam ou falam de você	0,44		0,38	SI
62	Ter pensamentos que não são seus	0,44	0,52	0,55	Ps
63	Ter desejos de bater, machucar ou ameaçar alguma pessoa	0,44	0,54	0,53	H
67	Ter desejos de quebrar ou destruir coisas	0,61	0,60	0,63	H
68	Ter idéias ou crenças que os outros não aceitam	0,50	0,41	0,50	IP
72	Ondas de terror ou pânico	0,37	0,42	0,48	An
73	Sentir-se desconfortável por comer ou beber em público			0,33	SI
74	Envolver-se frequentemente em discussões	0,66	0,36	0,61	H
76	Os outros não dão o devido crédito (valor) às suas conquistas	0,43	0,47	0,51	IP
77	Sentir-se solitário mesmo quando está acompanhado		0,51	0,44	Ps
78	Sentir-se tão agitado que não é capaz de parar quieto (de movimentar-se)	0,36	0,38	0,42	An
79	Sentimentos de inutilidade	0,46	0,50	0,51	D
80	O sentimento de que algo ruim está para acontecer com você	0,54	0,47	0,52	An
81	Gritar ou atirar coisas	0,56	0,43	0,57	H
83	Sentir que as pessoas tirarão vantagens de você, caso permita	0,52	0,46	0,55	IP
84	Ter pensamentos sobre sexo que o incomodam muito	0,45	0,40	0,48	Ps
85	A idéia de que você deveria ser punido pelos seus pecados	0,58	0,47	0,51	Ps
86	Pensamentos e imagens de natureza assustadora	0,52	0,39	0,54	An
87	A idéia de que algo sério está errado com seu corpo	0,38		0,39	Ps
88	Nunca se sentir próximo à outra pessoa	0,49	0,52	0,57	Ps
89	Sentimentos de culpa	0,55	0,46	0,56	AD
90	A idéia de que há algo errado com sua mente	0,49	0,57	0,59	Ps

Verifica-se que 56 itens apresentam carga fatorial acima de 0,30 em ao menos um dos grupos. Destes, 6 estão associados à dimensão Hostilidade na versão original, 9 a Psicoticismo, 8 a Sensibilidade Interpessoal, 11 a Depressão, 5 a Idéias Paranóides, 7 a Ansiedade e 6 a Obsessividade Compulsividade.

Considerando apenas os 35 itens que se mostraram representativos nos 3 grupos pode-se dizer que este fator se encontra associado sobretudo a sintomas de Depressão (7 itens), Psicoticismo (6 itens), de Hostilidade (6 itens), seguidos de Idéias Paranóides (4 itens), além de Obsessividade Compulsividade (3 itens), Sensibilidade Interpessoal (3 itens), Ansiedade (4 itens) e Adicionais (2 itens), ou seja, ele parece agregar os itens relacionados a sintomas de distúrbios mais graves com forte matiz psicótica.

Numa análise dos enunciados dos itens e da descrição das dimensões no teste original, pode-se interpretar que na amostra brasileira o constructo representado pelo Fator 1 encontra-se associado a características de natureza psicótica. Comparando-se os itens 43 “sentir-se vigiado e comentado pelos outros” com o 88 “nunca se sentir próximo de outra pessoa” pode-se exemplificar o cruzamento entre as dimensões idéias paranóides e psicoticismo para a nossa população, pois não contêm uma diferença semântica significativa, ambos indicando isolamento social, sintomas que aparecem fortemente nessas dimensões. Por outro lado os itens 67 “ter desejos de bater, machucar ou ameaçar alguma pessoa” e 81 “gritar e atirar coisas” indicam explosões de raiva, sentimentos de ira, irritabilidade, sintomas que estão presentes em quadros depressivos e psicóticos, conforme pode-se observar nas descrições do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O item 41 “sentir-se inferior aos outros” no teste original na dimensão Sensibilidade Interpessoal, na nossa amostra se sobrepõe a Depressão, identificando sentimentos de desvalia. O item 80 “o sentimento de que algo ruim está para acontecer com você”, fortemente, representado nesse Fator no Grupo Caso pode ser interpretado também como dentro desse mesmo constructo na versão brasileira. Trata-se aqui também de sentir-se ameaçado.

Vistos em conjunto estes itens parecem medir distúrbios no pensamento, sentimento e ações que se refletem em profundo sentimento de inadequação e inferioridade. Ou seja, do ponto de vista clínico todos eles estão voltados para a avaliação de sintomas, usualmente, associados a distúrbios mais graves.

Considerando que 35 itens associados a um mesmo fator podem tornar redundante a escala, considerou-se oportuno adotar um critério mais restritivo e manter para a versão em português da escala, apenas aqueles itens que apresentaram carga fatorial igual ou superior a 0,55 em qualquer grupo, selecionados dentre os 35 itens que se mostraram representativos nos 3 Grupos.

Desta forma este fator ficaria composto por 10 itens conforme indicado na Tabela 9.

Tabela 9

Itens Retidos do Fator 1 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R

Item	Enunciado	Dimensão Original
15	Pensamentos de acabar com a própria vida	D
30	Sentir-se sem importância	D
43	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros	IP
54	Sentir-se sem esperança sobre o futuro	D
67	Ter desejos de quebrar ou destruir coisas	H
74	Envolver-se freqüentemente em discussões	H
81	Gritar ou atirar coisas	H
88	Nunca se sentir próximo a outra pessoa	Ps
89	Sentimentos de culpa	AD
90	A idéia de que há algo errado com sua mente	Ps

Numa análise desses itens e das dimensões que são representadas na versão original podemos interpretar que correspondem aos sintomas de natureza psicótica. Os itens 15 “pensamentos de acabar com a própria vida” e 30 “sentir-se sem importância” e 54 “sentir-se sem esperança sobre o futuro”, que na versão original encontram-se na dimensão Depressão, podem indicar sentimentos fortes de desajustamento, também encontrados nos quadros psicóticos. O item de Idéias Paranóides (43) representa pensamentos de desconfiança encontrados comumente em quadros psicóticos, os itens de Hostilidade (67, 74 e 81) demonstram ações e pensamentos agressivos que também são usuais em psicóticos e os itens (88 e 90) representam a própria dimensão Psicoticismo.

Retendo-se na versão brasileira os 10 itens contidos na Tabela 9, o constructo aqui representado corresponderia portanto a uma dimensão de psicoticismo.

Os itens que compõem o Fator 2, que apresentaram carga fatorial superior a 0,30 em cada grupo, foram reunidos na Tabela 10, e aparecem em **negrito** aqueles cujas cargas fatoriais são superiores a 0,30 nos 3 Grupos.

Tabela 10

Itens com Carga Fatorial Superior a 0,30 no Fator 2 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R

Item	Enunciado	Carga Fatorial			Dimensão Original
		Caso	Controle	Geral	
2	Nervosismo ou tremores internos	0,33		0,40	An
3	Pensamento ruins repetidos que não saem de sua mente (cabeça)			0,32	OC
5	Perda de interesse ou de prazer sexual	0,38		0,38	D
6	Sentir-se crítico em relação a outras pessoas	0,46		0,37	SI
8	Sentir que os outros são culpados de muitos dos seus problemas	0,36			IP
9	Dificuldade para se lembrar das coisas		0,33		OC
10	Preocupado com o desleixo ou falta de cuidado	0,43		0,53	OC
11	Sentir-se facilmente incomodado ou irritado	0,43		0,53	H
13	Sentir medo em espaços abertos ou nas ruas		0,35		AF
14	Sentir-se com pouca energia ou para baixo	0,39		0,39	D
18	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	0,35		0,42	IP
20	Chorar facilmente	0,45		0,53	D
21	Sentir-se envergonhado ou desconfortável em relação ao sexo oposto	0,42		0,34	SI
22	Sentir-se trapaceado ou encurralado (sem saída)			0,35	D
23	Repentinamente sentir medo sem razão	0,38			An
24	Explosões que você não pode controlar (explosões de raiva)			0,31	H
25	Ter medo de sair de casa sozinho		0,39		AF
28	Sentir-se bloqueado (com dificuldade) para terminar coisas	0,40		0,33	OC
29	Sentir-se sozinho	0,48		0,50	D
30	Sentir-se sem importância	0,42		0,34	D
31	Preocupar-se demais com as coisas	0,45		0,59	D
32	Sentir-se desinteressado pelas coisas	0,38		0,32	D
34	Sentir-se facilmente ferido em seus sentimentos	0,52		0,53	SI
35	Outras pessoas estarem a par de seus pensamentos íntimos		0,35		Ps
36	Sentir que os outros não o entendem ou são simpáticos	0,39	0,37	0,50	SI
37	Sentir que os outros não são amigos ou não gostam de você		0,31	0,39	SI
38	Ter que fazer as coisas muito devagar para ter certeza de que estão corretas	0,37	0,47		OC
41	Sentir-se inferior aos outros		0,43	0,37	SI

Item	Enunciado	Caso	Controle	Geral	Dimensão Original
42	Dores musculares (dor no corpo)	0,35			S
43	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros		0,34		IP
44	Problemas para conciliar o sono	0,35		0,40	AD
45	Ter que conferir e reconferir o que fez	0,53	0,52	0,39	OC
46	Dificuldade para tomar decisões	0,57		0,41	OC
47	Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trens		0,47		AF
50	Ter que evitar certas coisas lugares ou atividades que o amedrontam (dão medo)	0,50	0,57		AF
51	Um “branco” na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembrar-se de algo)	0,41	0,36	0,35	OC
55	Dificuldade de concentração	0,50	0,31	0,39	OC
57	Sentir-se tenso ou travado	0,41	0,34	0,43	An
61	Sentir-se desconfortável quando as pessoas o observam ou falam de você	0,42	0,36	0,46	SI
62	Ter pensamentos que não são seus		0,41		Ps
64	Acordar de madrugada	0,51		0,57	AD
65	Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar ou lavar	0,43	0,34	0,39	OC
66	Sono sem descanso ou perturbado	0,50		0,55	AD
68	Ter idéias ou crenças que os outros não aceitam		0,36		IP
69	Sentir-se muito acanhado ou preocupado com os outros	0,41	0,41	0,44	SI
70	Sentir-se inquieto numa multidão, fazendo compras ou no cinema	0,31	0,61	0,37	AF
71	Sentir que tudo é um esforço	0,56	0,51	0,43	D
72	Ondas de terror ou pânico		0,48		An
73	Sentir-se desconfortável por comer ou beber em público		0,48		SI
74	Envolver-se freqüentemente em discussões		0,51		H
75	Sentir nervosismo quando é deixado sozinho	0,40	0,46	0,39	AF
76	Os outros não dão o devido crédito (valor) às suas conquistas	0,53	0,37	0,44	IP
77	Sentir-se solitário mesmo quando está acompanhado	0,60	0,31	0,47	Ps
78	Sentir-se tão agitado que não é capaz de parar quieto (de movimentar-se)	0,47	0,49	0,42	An
80	O sentimento de que algo ruim está para acontecer com você		0,31		An
81	Gritar ou atirar coisas		0,41		H
82	Com medo de desmaiar em público		0,43		AF
83	Sentir que as pessoas tirarão vantagens de você, caso permita		0,38		IP
84	Ter pensamentos sobre sexo que o incomodam muito		0,37		Ps
85	A idéia de que você deveria ser punido pelos seus pecados		0,47		Ps
86	Pensamentos e imagens de natureza assustadora	0,52	0,51		An
88	Nunca se sentir próximo a outra pessoa		0,40		Ps
89	Sentimentos de culpa	0,43			AD
90	A idéia de que há algo errado com sua mente	0,36	0,47		Ps

Observa-se que esse fator tem inicialmente 14 itens comuns aos 3 grupos que têm carga superior a 0,30, sendo 4 de Obsessividade Compulsividade, 3 de Sensibilidade Interpessoal, 2 de Ansiedade, 2 Ansiedade Fóbica, 1 Depressão, 1 Idéias Paranóides e 1 Psicoticismo.

O fator está mais fortemente representado pelas dimensões Obsessividade Compulsividade e Sensibilidade Interpessoal.

Aplicando-se o critério já utilizado anteriormente de reter os itens com carga fatorial superior a 0,55 em qualquer grupo selecionado dos 14 itens que se mostraram representativos no fator, fica-se apenas com os itens 45, 71 e 77. Ampliando-se o critério para outros itens que tiveram carga fatorial superior a 0,30 nos 3 Grupos, selecionou-se os itens 51, 55, 57, 61, 65, 69 e 78, cujo conteúdo clínico encontra-se mais próximo.

Analisando-se o enunciado dos itens e a descrição das dimensões no instrumento original pode-se observar que o item 57 “sentir-se tenso ou travado”, assim como o item 78 “sentir-se tão agitado que não é capaz de parar quieto (movimentar-se)” expressam sensações somáticas que podem estar associadas a transtornos obsessivos compulsivos. Os itens 61 “sentir-se desconfortável quando as pessoas o observam ou falam de você”, 69 “sentir-se muito acanhado ou preocupado com os outros” e 77 “sentir-se solitário mesmo quando está acompanhado” que compõem o fator indicam sentimentos de desconforto social encontrado com mais frequência em outros transtornos, mas na presente amostra estão neste grupo em que prevalece a sintomatologia dos transtornos obsessivos compulsivos. O transtorno obsessivo compulsivo geralmente é acompanhado com sintomas de depressão, ansiedade, esQUIVA fóbica e preocupação excessiva (Riggs & Foa, 1999). O que explica nesse fator a presença desses itens.

Considerando que 10 itens foram selecionados para compor o Fator 2, indica-se na Tabela 11 os itens e sua respectiva dimensão na versão original da escala.

Tabela 11.

Itens Retidos do Fator 2 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R

Item	Enunciado	Dimensão Original
45	Ter que conferir e reconferir o que fez	OC
51	Um “branco” na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembrar-se de algo)	OC
55	Dificuldade de concentração	OC
57	Sentir-se tenso ou travado	An
61	Sentir-se desconfortável quando as pessoas o observam ou falam de você	SI
65	Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar ou lavar	OC
69	Sentir-se muito acanhado ou preocupado com os outros	SI
71	Sentir que tudo é um esforço	D
77	Sentir-se solitário mesmo quando está acompanhado	Ps
78	Sentir-se tão agitado que não é capaz de parar quieto (de movimentar-se)	An

Considerando portanto o conjunto dos itens presentes na Tabela 11 pode-se dizer que representam dimensão associada à Obsessividade Compulsividade.

Os itens do Fator 3 foram reunidos na Tabela 12 conforme o critério anteriormente estabelecido, itens com carga fatorial acima de 0,30 em cada grupo da amostra.

Tabela 12

Itens com Carga Fatorial Superior a 0,30 no Fator 3 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R

Item	Enunciado	Carga Fatorial			Dimensão Original
		Caso	Controle	Geral	
01	Dores de cabeça	0,56	0,48	0,53	S
02	Nervosismo ou tremores internos	0,50	0,38	0,48	An
04	Fraqueza ou tonturas	0,69	0,57	0,65	S
05	Perda de interesse ou de prazer sexual	0,34		0,38	D
09	Dificuldade para se lembrar das coisas	0,40	0,36	0,40	OC
10	Preocupado com desleixo ou falta de cuidado		0,31		OC
11	Sentir-se facilmente incomodado ou irritado		0,34		H
12	Dores no coração ou no peito	0,56	0,64	0,64	S
14	Sentir-se com pouca energia ou para baixo	0,31	0,36	0,42	D
17	Estar trêmulo (com tremedeira)	0,50	0,49	0,51	An
19	Ter pouco apetite		0,36		AD
24	Explosões que você não pode controlar (explosões de raiva)	0,36		0,36	H
25	Ter medo de sair de casa sozinho		0,32		AF
27	Dores nas costas e quadris	0,60	0,53	0,57	S
39	Coração palpitando ou disparando	0,48	0,59	0,56	An
40	Náuseas, enjôos ou estômago ruim	0,55	0,54	0,54	S
42	Dores musculares (dor no corpo)	0,69	0,62	0,66	S
44	Problemas para conciliar o sono	0,34	0,41	0,38	AD
47	Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trens		0,35		AF
48	Problemas para respirar	0,56	0,57	0,58	S
49	Ondas de calor ou frio	0,57	0,40	0,49	S
50	Ter evitar certas coisas, lugares ou atividades que o amedrontam (dão medo)	0,34			AF
51	Um “branco” na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembrar-se de algo)	0,47	0,43	0,46	OC
52	Dormência ou formigamento em partes do corpo	0,57	0,50	0,54	S
53	Um nó na garganta	0,42	0,51	0,48	S
55	Dificuldade de concentração			0,31	OC
56	Sentir fraqueza em partes do corpo	0,71	0,56	0,64	S

Item	Enunciado	Caso	Controle	Geral	Dimensão Original
57	Sentir-se tenso ou travado	0,47	0,34	0,38	An
58	Sentir peso nos braços e pernas	0,60	0,44	0,53	S
66	Sono sem descanso ou perturbado	0,35	0,36	0,38	AD
68	Ter idéias ou crenças que os outros não aceitam	0,33			IP
72	Ondas de terror ou pânico	0,35	0,34	0,31	An
79	Sentimentos de inutilidade		0,34		D
80	O sentimento de que algo ruim está para acontecer com você	0,33	0,36	0,37	An
82	Com medo de desmaiar em público	0,36	0,40	0,36	AF
87	A idéia de que algo sério está errado com seu corpo	0,38	0,37	0,35	Ps

Verifica-se que o Fator 3 está definido com 36 itens, sendo 12 da dimensão Somatização da versão original do teste e todos estão com carga fatorial alta nos grupos estudados, mais 6 de Ansiedade, 2 de Obsessividade Compulsividade, 1 de Depressão, 1 de Ansiedade Fóbica, 1 de Psicoticismo, todos com carga fatorial acima de 0,30 nos 3 Grupos.

Analisando-se o conteúdo dos itens, observa-se que os de Ansiedade: 02 “nervosismo ou tremores internos”, 17 “estar trêmulo”, 39 “coração palpitando” e 57 “sentir-se tenso ou travado” se referem a sintomas somáticos, portanto demonstrando que podem ser interpretados dentro do mesmo constructo. Da mesma forma o item 87 “a idéia de que algo sério está errado com seu corpo”, diz respeito a sensação corporal e portanto altamente associado à Somatização.

Aplicando-se o critério de reter no fator os itens com carga fatorial acima de 0,55 em qualquer Grupo, selecionados dos itens indicados na Tabela 13 o fator seria composto por 10 itens, conforme a Tabela 13.

Tabela 13

Itens Retidos do Fator 3 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R

Item	Enunciado	Dimensão Original
04	Fraqueza ou tonturas	S
12	Dores no coração ou no peito	S
27	Dores nas costas e quadris	S
40	Náuseas, enjôos ou estômago ruim	S
42	Dores musculares (dor no corpo)	S
48	Problemas para respirar	S
49	Ondas de calor ou frio	S
52	Dormência ou formigamento em partes do corpo	S
56	Sentir fraqueza em partes do corpo	S
58	Sentir peso nos braços e pernas	S

Analisando-se a composição deste fator fica, claramente, definido como constructo de somatização ou melhor denominado de transtorno somatoforme que inclui o transtorno de somatização, de acordo com o DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). Os itens de Ansiedade que aparecem neste fator são sintomas observados nesse mesmo transtorno. Identifica-se portanto nesse fator a dimensão somatização.

A Tabela 14 indica os itens que compõem o Fator 4 e que foram selecionados utilizando-se o mesmo critério para os fatores anteriores.

Tabela 14

Itens com Carga Fatorial Superior a 0,30 no Fator 4 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R

Item	Enunciado	Carga Fatorial			Dimensão Original
		Caso	Controle	Geral	
02	Nervosismo ou tremores internos		0,35		An
03	Pensamentos ruins repetidos que não saem de sua mente (cabeça)	0,47	0,35		OC
11	Sentir-se facilmente incomodado ou irritado		0,50		H
13	Sentir medo em espaços abertos ou nas ruas	0,70		0,60	AF
14	Sentir-se com pouca energia ou para baixo		0,33		D
15	Pensamentos de acabar com a própria vida	0,42			D
18	Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas		0,47		IP
20	Chorar facilmente		0,51		D
23	Repentinamente sentir medo sem razão	0,59		0,43	An
24	Explosões que você não pode controlar (explosões de raiva)		0,35		H
25	Ter medo de sair de casa sozinho	0,74		0,67	AF
28	Sentir-se bloqueado (com dificuldade) para terminar as coisas	0,40	0,48		OC
29	Sentir-se sozinho	0,33	0,39		D
30	Sentir-se sem importância	0,31			D
31	Preocupar-se demais com as coisas		0,61		D
32	Sentir-se desinteressado pelas coisas	0,40			D
33	Sentir medo	0,71	0,54		An
34	Sentir-se facilmente ferido em seus sentimentos		0,41		SI
36	Sentir que os outros não o entendem ou são antipáticos		0,52		SI
37	Sentir que os outros não são amigos ou não gostam de você		0,45		SI
38	Ter que fazer as coisas muito devagar para ter certeza de que estão corretas			0,39	OC
43	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros		0,32		IP
44	Problemas para conciliar o sono		0,31		AD
45	Ter que conferir e reconferir o que fez			0,38	OC
47	Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trens	0,65		0,64	AF
50	Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que o amedrontam (dão medo)	0,37		0,54	AF

Item	Enunciado	Caso	Controle	Geral	Dimensão Original
51	Um “branco” na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembrar-se de algo)			0,31	OC
54	Sentir-se sem esperança sobre o futuro	0,33			D
57	Sentir-se tenso ou travado		0,34		An
59	Pensar sobre morte ou sobre estar morrendo	0,47			AD
61	Sentir-se desconfortável quando as pessoas o observam ou falam de você		0,47		SI
62	Ter pensamentos que não são seus	0,41		0,31	Ps
64	Acordar de madrugada		0,57		AD
65	Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar ou lavar		0,32		OC
66	Sono sem descanso ou perturbado		0,50		AD
69	Sentir-se muito acanhado ou preocupado com os outros		0,41	0,32	SI
70	Sentir-se inquieto numa multidão, fazendo compras ou no cinema	0,38		0,48	AF
71	Sentir que tudo é um esforço			0,34	D
72	Ondas de terror ou pânico	0,45		0,45	An
73	Sentir-se desconfortável por comer ou beber em público			0,34	SI
75	Sentir nervosismo quando é deixado sozinho	0,45		0,44	AF
77	Sentir-se solitário mesmo quando está acompanhado	0,34			Ps
79	Sentimentos de inutilidade	0,31			D
80	O sentimento de que algo ruim está para acontecer com você	0,39			An
82	Com medo de desmaiar em público	0,47		0,43	AF
86	Pensamentos e imagens de natureza assustadora	040		0,37	An

Observou-se inicialmente, que nenhum item apresenta carga fatorial superior a 0,30 nos 3 Grupos simultaneamente .

Verificou-se então que o Fator 4 está definido com 16 itens com carga fatorial superior a 0,30 em dois grupos, sendo 12 no Grupo Caso e Geral, 03 no Grupo Caso e Controle e 01 no Grupo Controle e Geral.

Esse fator parece diferenciar os 2 grupos estudados. Enquanto para a população do Ambulatório de Saúde Mental este fator está associado a Transtornos Fóbicos Ansiosos, para o Grupo Controle, o fator parece refletir a dimensão Sensibilidade Interpessoal, que

conforme o instrumento original, diz respeito a sentimentos de inadequação, inferioridade em comparação com outras pessoas. Considerando que o Grupo Controle é de pacientes das enfermarias e que estão em situação de internação hospitalar, é possível interpretar que este fator tenha captado os sentimentos transitórios desse Grupo, como sintomas de retraimento (itens 34, 36 e 61).

Aplicando-se o critério de reter no fator os itens com carga fatorial igual ou superior a 0,30 em 2 grupos e retendo também os itens com a maior carga fatorial em qualquer dos grupos, o fator fica composto por 10 itens, conforme a Tabela 15.

Tabela 15

Itens Retidos do Fator 4 e Respectiva Dimensão na Versão Original da SCL-90-R

Item	Enunciado	Dimensão Original
13	Sentir medo em espaços abertos ou nas ruas	AF
23	Repentinamente sentir medo sem razão	An
25	Ter medo de sair de casa sozinho	AF
33	Sentir medo	An
47	Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trens	AF
50	Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que o amedrontam (dão medo)	AF
70	Sentir-se inquieto numa multidão, fazendo compras ou no cinema	AF
72	Ondas de terror ou pânico	An
75	Sentir nervosismo quando é deixado sozinho	AF
82	Com medo de desmaiar em público	AF

O conjunto de itens representados na Tabela 15, indica que o Fator 4 encontra-se associado a sintomas de Ansiedade e Ansiedade Fóbica, o que o identifica com o Transtorno de Ansiedade, onde se inclui Ansiedade Fóbica conforme o DSM IV (American Psychiatric Association, 1994).

A dimensão Ansiedade, na versão original da escala definida como nervosismo, tensão, temor, assim como sentimentos de medo e apreensão tem estreita interseção com a dimensão Ansiedade Fóbica definida na escala original como resposta persistente de medo.

A dimensão Sensibilidade Interpessoal, na escala original foi explicada como sentimentos de inadequação, inferioridade e auto depreciação, falta de auto confiança.

Numa interpretação clínica desse fator, encontram-se aqui reunidos pacientes com retraimento, por sentimento de medo ou de auto depreciação.

Conclui-se que através do estudo pela Análise Fatorial, aparecem bem definidos três fatores para os 2 grupos da amostra, o que sugere que correspondem a medida válida de 3 dimensões: Somatização, Obsessividade Compulsividade e Psicoticismo. O quarto fator embora não apresente estrutura uniforme para o 2 grupos, pode ser associado à dimensão de Ansiedade conforme o proposto.

A partir da Análise Fatorial pelo método dos componentes principais realizado e dos critérios adotados para a retenção dos itens na versão brasileira da SCL-90-R, sugere-se portanto que ela conte com 10 itens de Psicoticismo, 10 itens de Obsessividade Compulsividade, 10 itens de Somatização e 10 itens de Ansiedade, num total de 40 itens, e 4 Dimensões.

Outros estudos fatoriais da SCL-90-R sugeriram que as sub escalas se interrelacionam, o que não o recomenda como instrumento para diagnóstico diferencial, mas o índice global de diagnóstico é um indicador confiável da presença e do grau de gravidade da psicopatologia (Payne, 1985).

Análise de Agrupamento

Outro estudo de validação do constructo foi efetuado pela Análise de Agrupamento dos itens do instrumento, Análise de Agrupamento (Cluster Analysis) trata-se de um método de análise multivariada, onde as distâncias entre os objetos estudados dentro do espaço multiplano constituído por eixos de todas as medidas realizadas (variáveis) são calculadas e, a seguir, os objetos são agrupados conforme a proximidade entre eles (Pereira, 1999). Foi utilizado o critério de Ward, sobre os pesos fatoriais. O critério de Ward é considerado um dos melhores para maximizar as distâncias entre os grupos e otimizar os agrupamentos. Ward considera um procedimento de agrupamento hierárquico baseado na minimização da “perda de informação” na união de dois grupos (Ward, 1963). Espera-se dessa forma que as questões se agrupem de forma coerente com os fatores encontrados.

A Tabela 16 indica a classificação dos itens pela Análise de Agrupamento (Cluster) nos dois grupos estudados.

Tabela 16

Classificação dos Itens pela Análise de Agrupamento (Cluster)

Dimensões	Grupo Caso						Grupo Controle						
	F1	%	F2	%	F3	%	F1	%	F2	%	F3	%	
Somatização (S)	12	<u>11</u>	<u>(91,70)</u>	1	(8,30)	0	(0,00)	0	(0,00)	<u>12</u>	<u>(100,00)</u>	0	(0,00)
Obsess. Compulsividade (OC)	10	0	(0,00)	<u>9</u>	<u>(90,00)</u>	1	(10,00)	<u>5</u>	<u>(50,00)</u>	2	(20,00)	3	(30,00)
Sensibilidade Interpessoal (SI)	9	0	(0,00)	<u>7</u>	<u>(77,70)</u>	2	(22,30)	3	(33,30)	0	(0,00)	<u>6</u>	<u>(66,70)</u>
Depressão (D)	13	0	(0,00)	<u>11</u>	<u>(84,60)</u>	2	(15,40)	<u>10</u>	<u>(76,90)</u>	0	(0,00)	3	(23,10)
Ansiedade (An)	10	2	(20,00)	3	(30,00)	<u>5</u>	<u>(50,00)</u>	<u>5</u>	<u>(50,00)</u>	2	(20,00)	3	(30,00)
Hostilidade (H)	6	0	(0,00)	1	(16,70)	<u>5</u>	<u>(83,30)</u>	<u>5</u>	<u>(83,30)</u>	0	(0,00)	1	(16,70)
Ansiedade Fóbica (AF)	7	0	(0,00)	2	(28,60)	<u>5</u>	<u>(71,40)</u>	0	(0,00)	1	(14,30)	<u>6</u>	<u>(85,70)</u>
Idéias Paranóides (IP)	6	0	(0,00)	2	(33,30)	<u>4</u>	<u>(66,70)</u>	<u>5</u>	<u>(83,30)</u>	0	(0,00)	1	(16,70)
Psicoticismo (Ps)	10	0	(0,00)	4	(40,00)	<u>6</u>	<u>(60,00)</u>	<u>7</u>	<u>(70,00)</u>	1	(10,00)	2	(20,00)

O método de Análise de Agrupamento indicou que três grandes grupos se formaram, confirmando a hipótese clínica de que deveriam surgir 3 a 4 constructos. E confirmando também Análise Fatorial já apresentada.

A dimensão Somatização definiu um Grupo, sendo o Fator 1 no Grupo Caso com 92% dos itens e o Fator 2 no Grupo Controle com 100% dos itens.

O segundo grupo foi definido pelas dimensões Hostilidade, Idéias Paranóides e Psicoticismo, sendo o Fator 3 no Grupo Caso com 83% dos itens em Hostilidade, 67% em Idéias Paranóides, 60% em Psicoticismo e 71% em Ansiedade Fóbica, para o Grupo Controle no Fator 1 estão Hostilidade com 83%, Idéias Paranóides com 83%, Psicoticismo com 70% e Depressão com 77%.

O terceiro grupo foi definido pelas dimensões Sensibilidade Interpessoal e Obsessividade Compulsividade, sendo para o Grupo Caso o Fator 2 com Sensibilidade

Interpessoal 78%, Obsessividade Compulsividade 90% e Depressão 84% e para o Grupo Controle o Fator 3 com Sensibilidade Interpessoal 67% e Ansiedade Fóbica 86%.

O agrupamento demonstrou que Somatização é um constructo independente no presente estudo, que Hostilidade, Idéias Paranóides e Psicoticismo formam um outro constructo, que no estudo pela Análise Fatorial equivale ao Fator 1, e que Sensibilidade Interpessoal e Obsessividade Compulsividade formam o terceiro constructo.

Nos dois grupos da amostra as dimensões Depressão e Ansiedade do instrumento original estão em mais de um agrupamento, demonstrando que não identificaram constructos independentes neste estudo.

A representação gráfica dos agrupamentos encontrados estão no Anexo L para o Grupo Caso e no Anexo M para o Grupo Controle.

Conclui-se pelo estudo de Análise de Agrupamento que três grandes constructos foram observados, sendo um agrupamento coerente com o modelo fatorial, confirmando a estrutura do instrumento em três fatores, isto é uma estrutura multidimensional.

Comparando-se os dois estudos de validade de constructo, os métodos AF e AA indicaram que a hipótese clínica levantada de três a quatro grandes constructos está confirmada e que na amostra brasileira dificilmente se encontrariam nove dimensões como propõe o instrumento.

A dimensão Ansiedade do instrumento original aparece confundida nos diversos fatores, nos dois estudos, indicando que não se trata de um constructo independente neste estudo. A interpretação clínica para esse fato é de que as respostas de ansiedade são encontradas em diversas patologias, que não caracterizam um quadro de transtorno, apesar de ser uma categoria diagnóstica no DSM IV (American Psychiatric Association, 1994).

Os transtornos de ansiedade na classificação diagnóstica atual compreende a ansiedade fóbica, no instrumento original está definida como nervosismo, tensão, ataques de pânico, medo, sentimentos de temor. Este estudo demonstrou que para a versão brasileira da S.C.L.-90-R as dimensões se confundem, sendo que alguns itens de ansiedade estão agrupados aos de ansiedade fóbica formando um único fator.

A dimensão Sensibilidade Interpessoal aparece nos 2 grupos em mais de um fator, tratando-se portanto de um conjunto de sintomas que estão presentes em mais de uma dimensão, não formando um constructo independente. Conforme é definida no instrumento original está focalizada em sentimentos de inadequação, inferioridade, auto depreciação, falta de auto confiança, que neste caso também são sintomas que estão em mais de um distúrbio psicopatológico.

Análise de Correspondência

O terceiro estudo de validação do constructo foi efetuado pela técnica de Análise de Correspondência.

A Análise de Correspondência é uma técnica multivariada para análise exploratória de dados categorizados. Examina as relações geométricas do cruzamento de variáveis categorizadas. Converte uma matriz de dados negativos em um particular tipo de gráfico que exhibe linhas e colunas da matriz como pontos de um espaço vetorial de dimensão menor que o original, de maneira que as relações entre as linhas, entre as colunas e entre linhas e colunas possam ser interpretadas (Pereira, 1999). A AC fornece imagens simplificadas da realidade multidimensional e busca a melhor representação simultânea dos

conjuntos de categorias da matriz de dados. O principal objetivo é transformar uma matriz de informações numéricas num gráfico visual, facilitando a interpretação da informação.

Ao se utilizar da AC como instrumento, faz-se uso de gráficos para visualizar as relações entre as variáveis que se deseja analisar. Ao fazê-lo, parte-se da representação multidimensional onde se encontra uma nuvem de pontos (Pereira, 1999).

A demonstração gráfica mostra que o instrumento é discriminativo, isto é possui especificidade e sensibilidade, e é capaz de identificar indivíduos sintomáticos.

A técnica utilizada neste estudo focalizou os perfis de respostas dos indivíduos da amostra, no Grupo Caso. O estudo identificou se o instrumento é coerente quanto à discriminação dos grupos de estudo, bem como identificou quais os itens que mais contribuíram para esta discriminação.

A Análise de Correspondência estudou as relações entre os sujeitos quanto à sua semelhança em seus perfis de resposta, permitindo identificar as questões com maior sensibilidade e com maior especificidade.

A técnica é de caráter exploratório gráfico, fornecendo mapas onde a distância entre os pontos pode ser interpretada como uma similaridade entre estes pontos (quando ambos estão na mesma dimensão) ou de associação (quando estão em dimensões distintas). A palavra dimensão neste caso deve ser entendida como Sujeitos da Amostra, Estímulos como os itens do instrumento e Categorias de Resposta. A figura 1 demonstra o gráfico das dimensões analisadas.

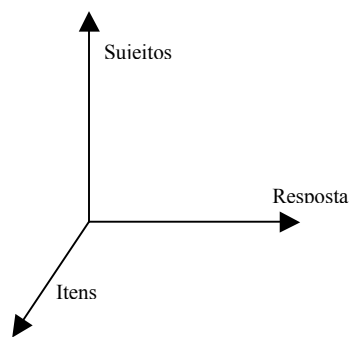


Figura 1. Dimensões Analisadas

Foi montada para esta análise uma tabela de duas entradas com 90 linhas (itens) e 5 colunas (níveis de resposta) com os 200 sujeitos do grupo Caso. Foi escolhido este grupo separadamente para a aplicação deste método por ter apresentado maior discriminabilidade além de ser a população alvo do instrumento. Nesta tabela foi aplicada a AC que forneceu o gráfico da Figura 2, desta forma são analisadas apenas as dimensões Itens e Resposta . A Tabela está no Anexo N.

Os dois primeiros eixos resultantes da ACS fornecem uma qualidade de representação de 91% da estrutura original, sendo portanto suficiente para uma boa análise.

A primeira dimensão representa a presença ou não de sintomas, enquanto o segundo eixo apresenta a intensidade do sintoma, caso esteja presente. Pode-se interpretar desta forma de acordo com a disposição dos pontos das categorias de resposta. A categoria NENHUM apresenta-se totalmente oposta às demais no primeiro eixo, e sem qualquer representação no segundo, uma vez que sua coordenada é praticamente 0 neste eixo. As demais categorias estão na mesma posição no primeiro eixo, distanciando-se apenas no segundo, mantendo a ordem de intensidade de sintoma.

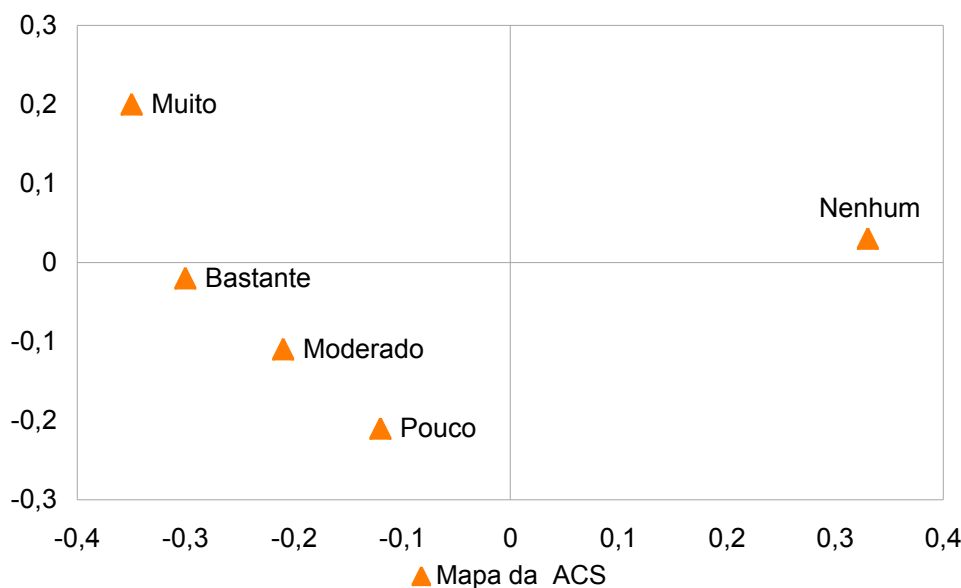


Figura 2 – Mapa da Análise de Correspondência – Representação da Escala de *Likert* nos Dois Primeiros Eixos

Desta forma quando se representa os pontos dos itens no mesmo mapa pode-se interpretar como estes se comportaram quanto à categoria predominante de resposta de acordo com seu posicionamento.

A predominância de resposta de modo geral no instrumento estudado é o de não sintoma (Nenhum), ou seja, é bastante claro que este instrumento possui grande Especificidade. Desta forma este mapa serve como um indicativo de Sensibilidade dos itens, pois aqueles que se apresentam próximos ao extremo de maior intensidade são realmente aqueles com maior poder de discriminar indivíduos sintomáticos.

A Figura 3 apresenta a representação simultânea dos itens e suas categorias de resposta.

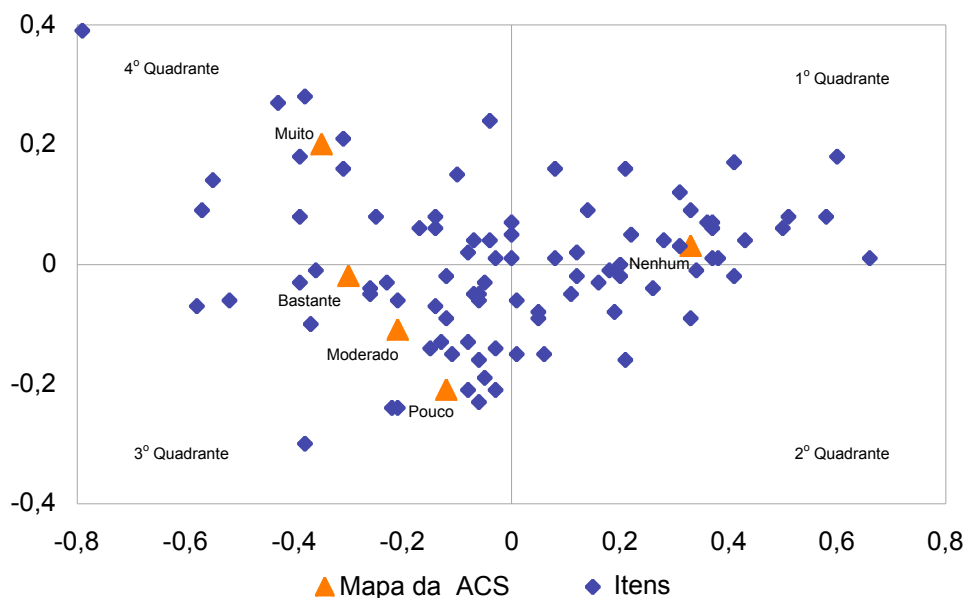


Figura 3 – Mapa da Análise de Correspondência – Representação Simultânea dos Itens e Escala de Resposta (*Likert*)

Nota-se um espalhamento dos itens (em azul no gráfico) obedecendo a forma da disposição da escala de resposta, permitindo uma interpretação direta destes itens como um perfil característico.

Uma maneira de se interpretar este Mapa é através de seus quadrantes. Partindo do primeiro quadrante (coordenadas positivas no eixo 1 e no eixo 2) até o quarto, no sentido horário podemos descrever os itens presentes da seguinte forma:

1º quadrante: São os itens com moda em NENHUM . Quanto mais para cima (mais próximas de MUITO no eixo 2) maior a frequência em MUITO. Ou seja, a distribuição das frequências apresenta uma forma em U.

2º e 3º quadrantes: Ainda com moda em NENHUM mas apresentando uma uniformidade maior nas categorias de intensidade intermediárias. No 3º quadrante,

a moda deixa de ser NENHUM nos itens mais distantes da origem, tendendo à uniformidade das respostas.

4º quadrante: A forma de U se mantém, porém a moda tende a ser a categoria MUITO. Quanto mais afastado da origem, maior a frequência de MUITO.

A AC representa os pontos de acordo com a semelhança de seus perfis, logo pontos próximos possuem perfis bastante semelhantes. Esse fato associado à representação simultânea das escalas induz à obtenção de grupos de itens que podem ser interpretáveis. Não se deve confundir estes agrupamentos com constructos. A estrutura de correlação dos itens com os eixos não é abordada, o que caracterizaria uma análise de constructo. As análises são de Perfil de Resposta, e devem ser interpretadas neste contexto.

A Análise de Agrupamentos (AA) forneceu o dendograma apresentado na Figura 4, sugerindo 3 grupos de itens, formados pelos nós abaixo da reta que indica a porcentagem. Estes grupos encontrados possuem indivíduos promédios que seriam os representantes eleitos destes grupos.

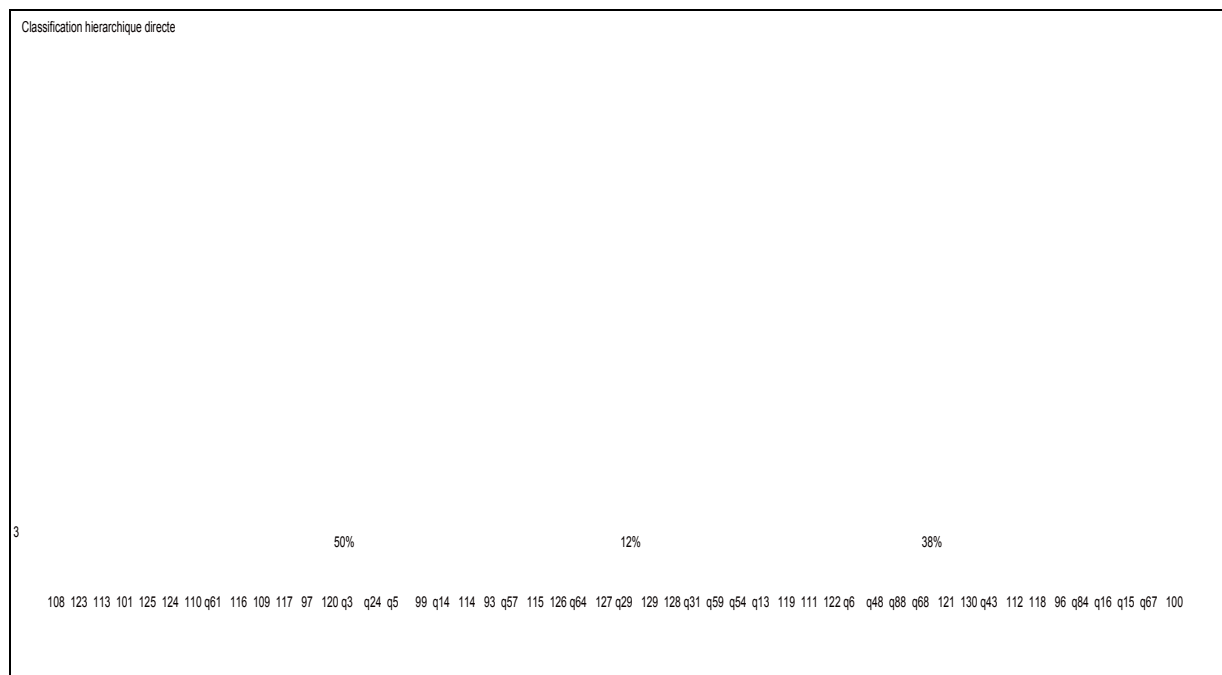


Figura 4 – Dendograma de Agrupamento dos Itens

Os representantes de cada grupo e seus perfis estão apresentados nas tabelas seguintes.

A Tabela 17 indica os perfis de resposta do Grupo 1, a Tabela 18 indica os perfis de resposta do Grupo 2 e a Tabela 19 os perfis do Grupo 3.

Tabela 17

Perfis de Resposta dos Primeiros Promédios do Grupo 1

Grupo 1	Resposta	F (%)		
40	Fator 3 0,55	Nenhum	40.0	
		Pouco	13.5	
		Moderado	13.5	
		Bastante	18.0	
		Muito	14.5	
58	Fator 3 0,60	Nenhum	39.5	
		Pouco	17.5	
		Moderado	11.0	
		Bastante	15.0	
		Muito	16.5	
70	Fator 4 0,38	Nenhum	40.0	
		Pouco	16.5	
		Moderado	12.1	
		Bastante	14.5	
		Muito	16.5	

O grupo 1 pode ser interpretado como os itens com maior uniformidade nas respostas, como pode-se ver por exemplo o perfil do item 58. Estes itens parecem não estar discernindo uma intensidade de sintoma, ou seja, as categorias de intensidade intermediárias estão confundidas, fazendo com que percam poder discriminatório caso utilizadas com todas estas categorias.

Os itens que representam esse grupo 40 “náuseas, enjôos ou estômago ruim”, 58 “sentir peso nos braços e pernas” e 70 “sentir-se inquieto numa multidão, fazendo compras ou no cinema” mostraram que na população estudada são sintomas que 60% apresentam, indicando que são sensíveis para os propósitos da escala, mas tem baixo poder discriminatório entre as categorias de intensidade do sintoma.

Tabela 18

Perfis de Resposta dos Primeiros Promédios do Grupo 2

Grupo 2	Resposta	F (%)	
29 Fator 2 0,48	Nenhum	26.0	
	Pouco	15.5	
	Moderado	11.5	
	Bastante	15.0	
	Muito	32.0	
34 Fator 2 0,52	Nenhum	18.5	
	Pouco	16.5	
	Moderado	11.0	
	Bastante	22.0	
	Muito	32.0	
64 Fator 2 0,51	Nenhum	25.5	
	Pouco	16.5	
	Moderado	12.5	
	Bastante	18.0	
	Muito	27.5	

O grupo 2 representa os itens que mais apresentaram resposta da categoria MUITO, conforme pode-se notar pelo perfil do item promédio 34. Chama atenção o item 34 pela alta frequência nesta categoria, fato que deve ser investigado. Estes itens parecem ser mais discriminativos na escala original com 5 categorias.

Os itens 29 “sentir-se sozinho”, 34 “sentir-se facilmente ferido em seus sentimentos” e 64 “acordar de madrugada”, indicam que são discriminativos para o propósito do instrumento, pois 80% da população estudada apresentou o sintoma e foi capaz de discriminar sua intensidade.

Tabela 19

Perfis de Resposta dos Primeiros Promédios do Grupo 3

Grupo 3	Respostas	F (%)	
65 Fator 2 0,43	Nenhum	59.0	
	Pouco	11.0	
	Moderado	8.5	
	Bastante	11.0	
	Muito	10.5	
82 Fator 4 0,47	Nenhum	57.0	
	Pouco	14.0	
	Moderado	6.5	
	Bastante	9.5	
	Muito	13.0	
85 Fator 1 0,58	Nenhum	59.5	
	Pouco	13.5	
	Moderado	9.5	
	Bastante	7.0	
	Muito	10.5	

O grupo 3 é basicamente o perfil médio de resposta, ou seja, freqüência muito alta em NENHUM, conforme pode-se verificar no perfil do item 65.

Os itens 65 “Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar ou lavar”, 82 “Com medo de desmaiar em público” e 85 “A idéia de que você deveria ser punido pelos seus pecados” indicaram que 60% da população estudada não apresenta o sintoma, são portanto pouco discriminativos.

A Figura 5 apresenta a disposição dos grupos no mapa da Análise de Correspondência.

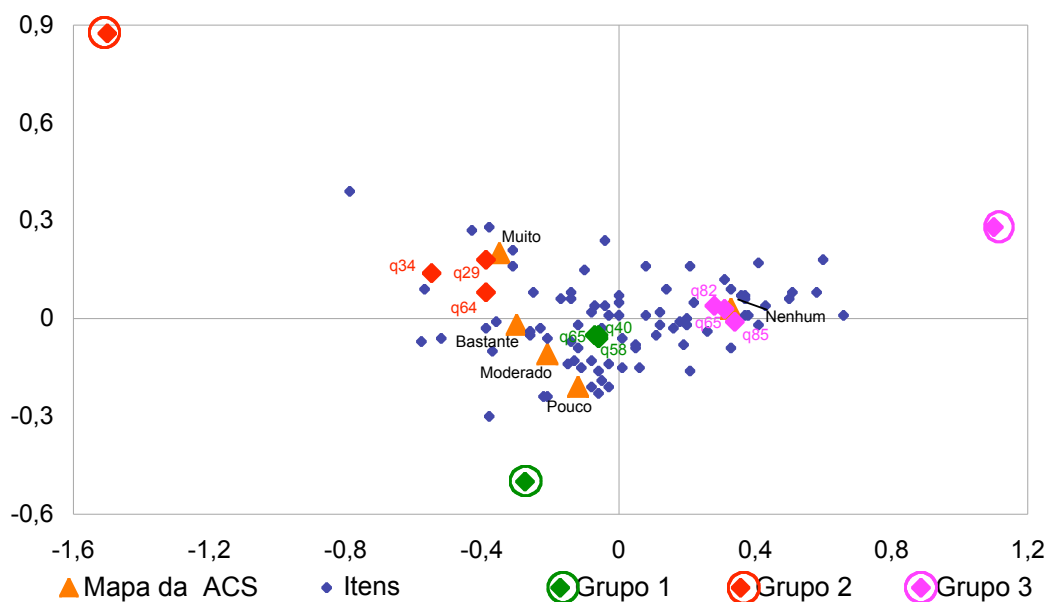


Figura 5. Mapa da Análise de Correspondência com Representação dos Grupos

Segundo as informações acima, parece evidente o confundimento causado pela escala de 5 categorias. A eliminação de uma ou duas classes intermediárias talvez aumente a sensibilidade do instrumento quanto à intensidade de sintoma. Este fato é comprovado pela alta porcentagem de explicação no eixo 1 (78%), que basicamente distingue a presença de um sintoma. O eixo 2, com 13% da explicação mostra que há discernimento entre MUITO e as categorias intermediárias (POUCO, MODERADO E BASTANTE), mas não entre elas.

As Figuras seguintes apresentam o mesmo mapa, porém com itens discriminados por Dimensão de Sintoma do instrumento. Desta forma pode-se entender como as diferentes dimensões atendem aos propósitos do instrumento.

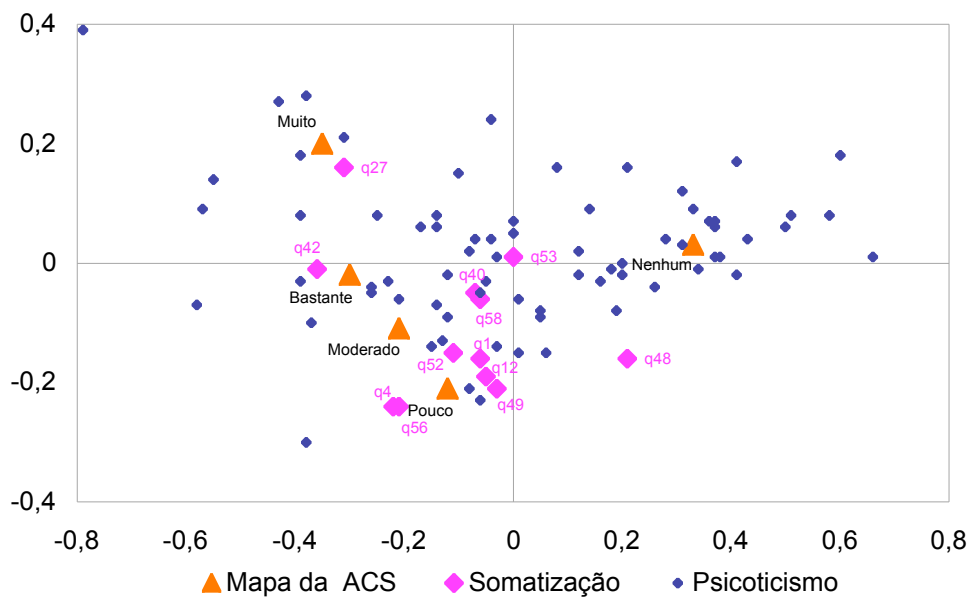


Figura 6. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Somatização

Somatização

Nesta dimensão de sintoma nota-se uma presença maior de respostas a sintoma, ou seja, os sujeitos tendem a sempre responder positivamente ao sintoma questionado. A maioria dos itens desta dimensão pertencem ao Grupo 1 descrito, chamando atenção o fato de que as intensidades intermediárias são bem discernidas, talvez pela objetividade dos julgamentos.

O item 27 “dores nas costas e nos quadris” foi o que apresentou maior frequência na categoria MUITO, indicando ser um item que o grupo estudado indicou como sintoma. Trata-se de sintoma de fácil identificação.

Os itens 58 “sentir peso nos braços e pernas” que representa o promédio do grupo 1 e mais 42 “dores musculares (dor no corpo)”, 52 “dormência ou formigamento em partes do corpo”, 12 “Dores no coração ou no peito”, 1 “Dores de cabeça”, 56 “sentir fraqueza em partes do corpo” e 49 “ondas de calor ou frio”, estão indicados nas intensidades intermediárias, provavelmente, pela objetividade de identificação do grau da sensação somática.

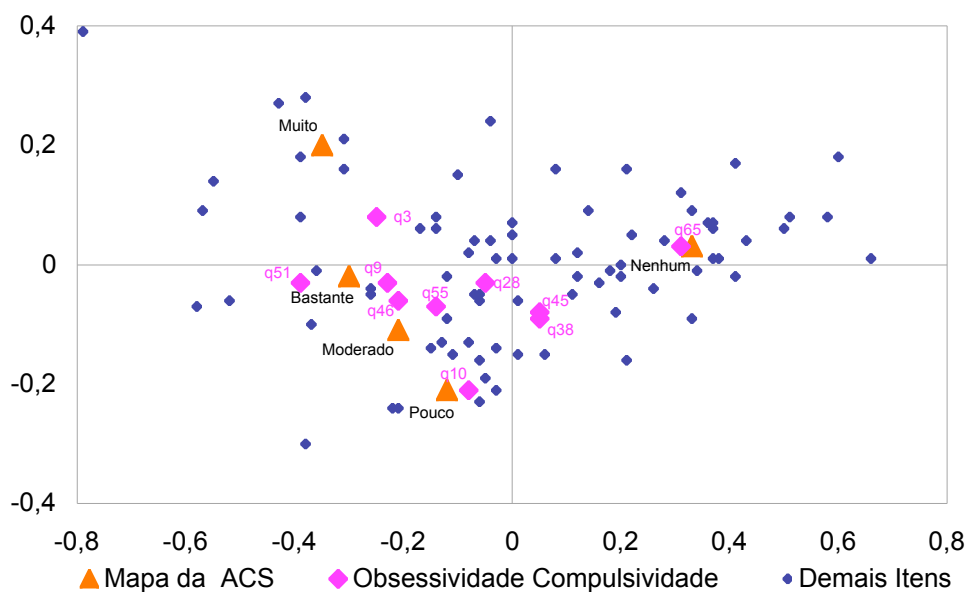


Figura 7. Mapa de Análise de Correspondência da Dimensão Obsessividade Compulsividade

Obsessividade Compulsividade

Nessa dimensão a distribuição apresentada é bastante semelhante à dimensão anterior quanto aos perfis de resposta. A maioria dos itens pertencem ao Grupo 1 de questões, no entanto sem o mesmo discernimento de intensidade.

O item 3 “Pensamentos ruins repetidos que não saem de sua mente (cabeça)” com muitas repostas na categoria MUITO e no extremo oposto o item 65 “Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar ou lavar” com as respostas na categoria NENHUM, indicam que ambos são discriminativos, sendo o item 3 bom para captar sintomas. Numa análise do significado podemos interpretar que esse item seja mais fácil de compreensão na população estudada. Os itens com intensidades intermediárias estão bem discernidos, observe-se o 45 “ter que conferir e reconferir o que fez”, 46 “dificuldade de tomar decisões” e 55 “dificuldade de concentração”, que apresentaram carga fatorial acima de 0,50 no mesmo fator, demonstrando que no Grupo estudado os indivíduos apresentaram o sintoma e foram capazes de indicar um grau intermediário de intensidade. Podem ser considerados itens de boa qualidade.

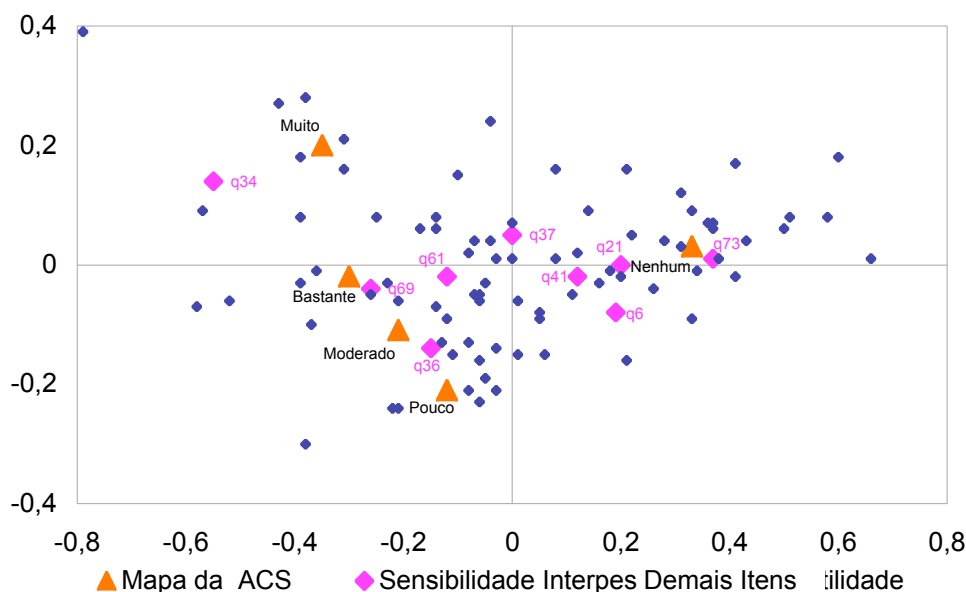


Figura 8. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Sensibilidade Interpessoal

Sensibilidade Interpessoal

Esta dimensão apresentou alta freqüência na categoria NENHUM, evidenciando talvez alguma dificuldade do instrumento em captar estes sintomas.

O item 34 “Sentir-se facilmente ferido em seus sentimentos” captou bastante sintoma, apresentando alta freqüência em MUITO, na Análise Fatorial apresentou carga fatorial acima de 0,50 no Fator 2, sendo o único item dessa dimensão com a carga acima de 0,50. Os itens 36 “Sentir que os outros não o entendem ou são antipáticos” e 69 “sentir-se muito acanhado ou preocupado com os outros” também captaram de forma mais amena o sintoma, indicando que são itens bons para a amostra brasileira, pois são de fácil compreensão.

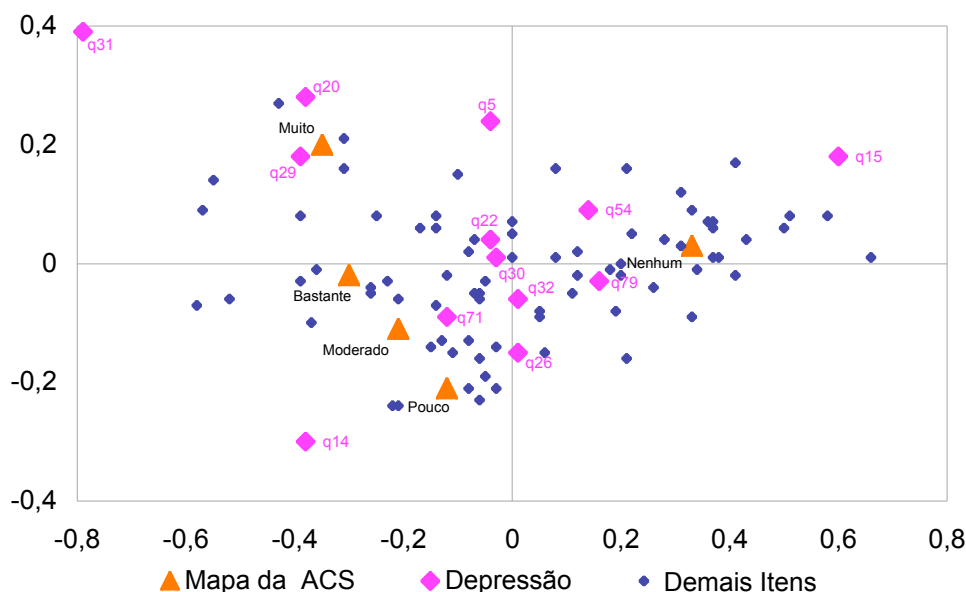


Figura 9. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Depressão

Depressão

Da mesma forma que na análise de constructos, esta dimensão se espalha apontando um comportamento misto de seus itens. Um fato marcante é que estão presentes todos os extremos dos 3 grupos de itens, os itens 14 “Sentir-se com pouca energia ou para baixo” (Grupo 1), 15 “pensamentos de acabar com a própria vida” (Grupo 3) e 31 “preocupar-se demais com as coisas (Grupo 2). Os itens estão poucos representados no Grupo 1, ou seja, nas intensidades intermediárias. Parece que nessa dimensão os indivíduos respondem ao sintoma nos extremos da escala, ou sentem muito ou nada.

Os itens 31 “preocupar-se demais com as coisas”, 29 “sentir-se sozinho” e 20 “chorar facilmente” apresentaram frequência em MUITO, e apresentaram maior carga fatorial no Fator 2.

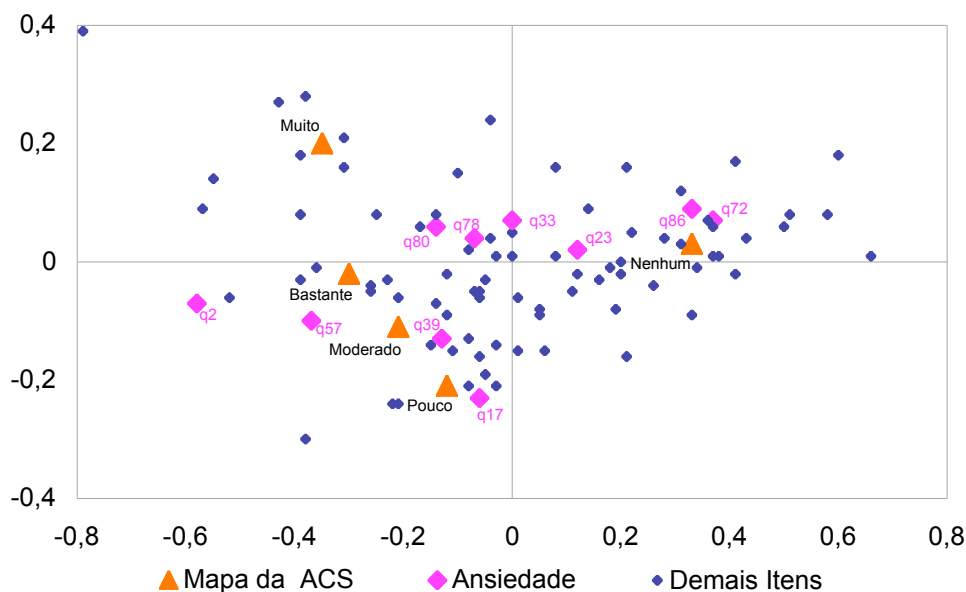


Figura 10. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Ansiedade

Ansiedade

Esta dimensão praticamente não detectou sintomas na categoria MUITO. Os itens estão mais bem representados junto às categorias de intensidade intermediária e alta a frequência de respostas NENHUM.

Os Itens 2 “nervosismo ou tremores internos”, 57 “sentir-se tenso ou travado”, 39 “coração palpitando ou disparando” e 17 “estar trêmulo (com tremedeira)” que estão bem representados nas categorias intermediárias, captaram os sintomas dessa dimensão. Sendo que os itens 2 e 17 apresentaram carga fatorial mais alta no Fator 3, indicando que discriminam os sintomas corporais da ansiedade.

Os itens 86 “pensamentos e imagens de natureza assustadora”, 72 “ondas de terror ou pânico” e 23 “repentinamente sentir medo sem razão” com alta frequência de respostas

NENHUM, indicando que foram pouco discriminativos, talvez rejeitados pelos sujeitos da amostra. Na Análise Fatorial os itens 86 e 72 apresentaram carga fatorial no Fator 1, indicando distúrbios mais graves e o de número 23 a carga foi no Fator 4 onde poucos itens concorreram para esse fator e indicaram constructo ligado à Ansiedade Fóbica. A localização no quadrante Nenhum mas próximo do eixo demonstra que o item foi pouco discriminativo nessa dimensão.

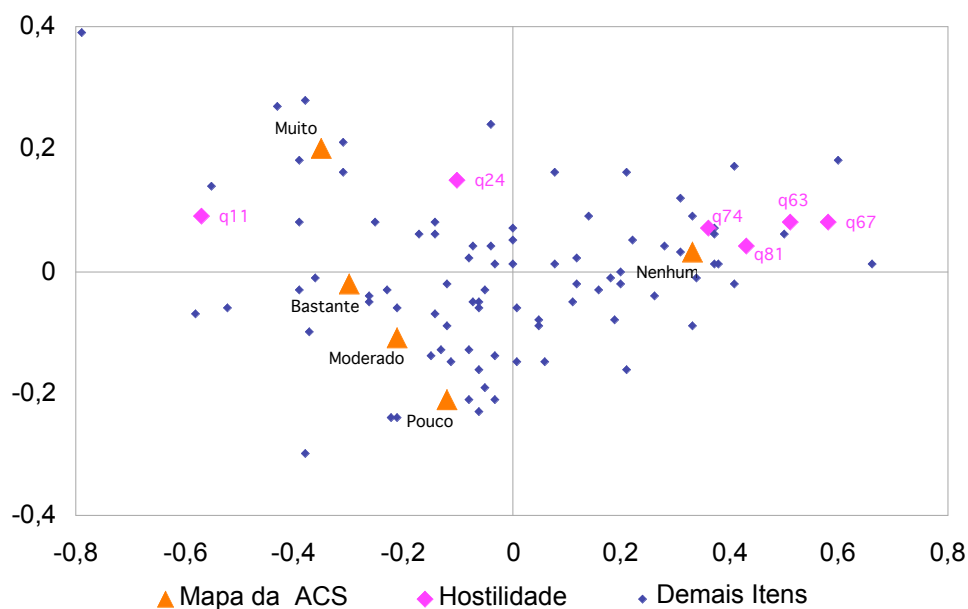


Figura 11. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Hostilidade

Hostilidade

Os itens aqui aparecem bem contrastantes. Estão representados junto a NENHUM e MUITO, de modo semelhante à Depressão, mas de forma mais intensa (menor número de itens).

Os itens 11 “Sentir-se facilmente incomodado ou irritado” e 24 “Explosões que você não pode controlar” (explosões de raiva) estão na intensidade de resposta MUITO, indicando que são altamente significativos no Grupo estudado. Na Análise Fatorial a carga até abaixo de 0,50 mas superior a 0,30 no Grupo 1. São sintomas indicativos de distúrbios mais graves, que se concentraram nesse fator.

Os itens 74 “Envolver-se freqüentemente em discussões”, 81 “Gritar ou atirar coisas”, 63 “Ter desejos de bater, machucar ou ameaçar alguma pessoa” e 67 “Ter desejos de quebrar ou destruir coisas” que estão representados no quadrante NENHUM, tiveram, carga fatorial alta no Fator 1.

Parece que esses itens são discriminativos de distúrbios mais graves, e a maioria da população estudada os rejeitou.

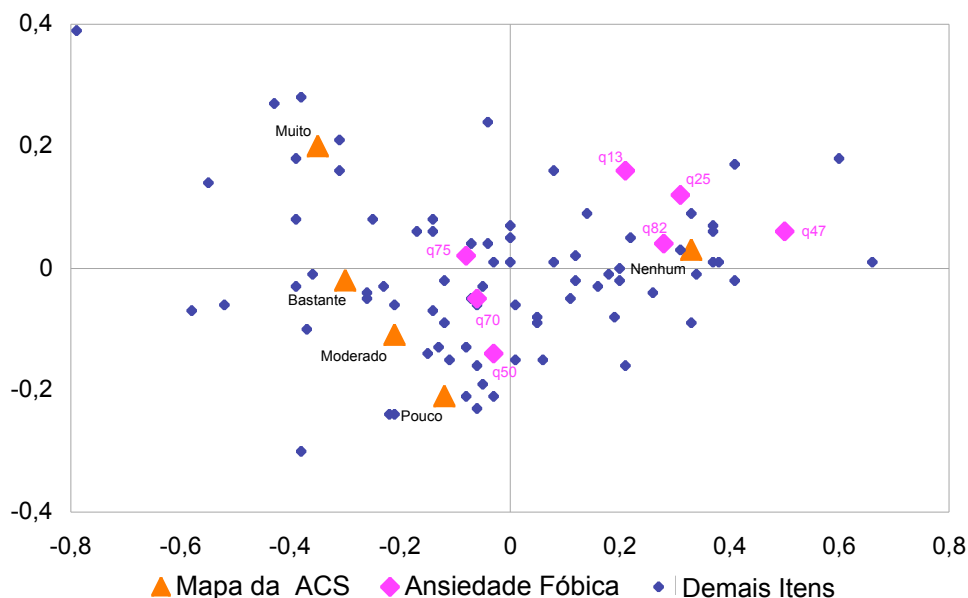


Figura 12. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Ansiedade Fóbica

Ansiedade Fóbica

Esta dimensão está mal representada no instrumento. A posição de seus itens evidencia a incapacidade da SCL-90-R em detectar sintomas desta natureza. Os itens estão espalhados nos quatro quadrantes, sendo os itens 47 “sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trens”, 82 “com medo de desmaiar em público”, 25 “ter medo de sair de casa sozinho” e 13 “sentir medo em espaços abertos ou nas ruas” mais próximos da resposta NENHUM, na Análise Fatorial concentram-se no Fator 4, compondo um constructo. No entanto os itens 75 “sentir nervosismo quando é deixado sozinho”, 70 “sentir-se inquieto numa multidão, fazendo compras ou no cinema”, 50 “ter que evitar certas coisas, ou lugares, ou atividades que o amedrontam”, concentraram também no Fator 4, mas com carga fatorial abaixo de 0,50.

Parece portanto que os itens com respostas em NENHUM captam os sintomas mas a grande maioria os rejeita.

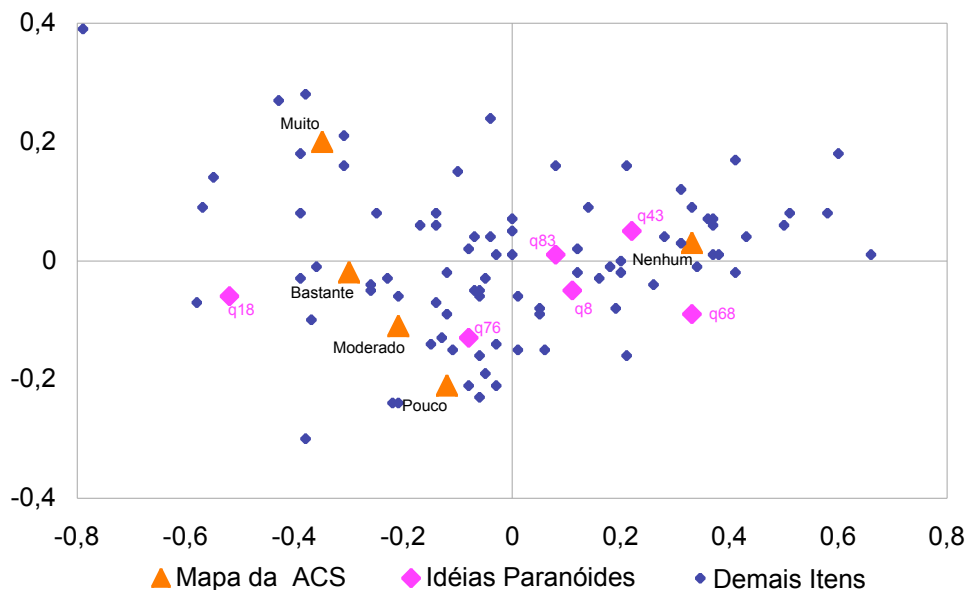


Figura13. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Idéias Paranóides

Idéias Paranóides:

O mesmo que a dimensão anterior merecendo destaque apenas os itens 18 e 76 que aparecem com freqüências nas categorias de intensidade intermediárias.

Os itens 18 “Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas” e 76 “os outros não dão o devido crédito (valor) às suas conquistas” aparecem como indicadores de sintomas para o Grupo estudado, são de fácil identificação e compreensão, e não são ameaçadores. No estudo fatorial apareceram com carga abaixo de 0,50 e cada um em um fator diferente.

Nos itens 43 “Sentir-se vigiado e comentado pelos outros”, 83 “Sentir que as pessoas tirarão vantagens de você, caso permita”, 8 “Sentir que os outros são culpados de muitos dos seus problemas” e 68 “Ter idéias ou crenças que os outros não aceitam” com frequência na categoria NENHUM, indicando que a maioria dos sujeitos rejeitam o item, aparecem com carga fatorial alta no Fator 1, os itens 43, 68 e 83, compondo o fator com sintomas mais graves.

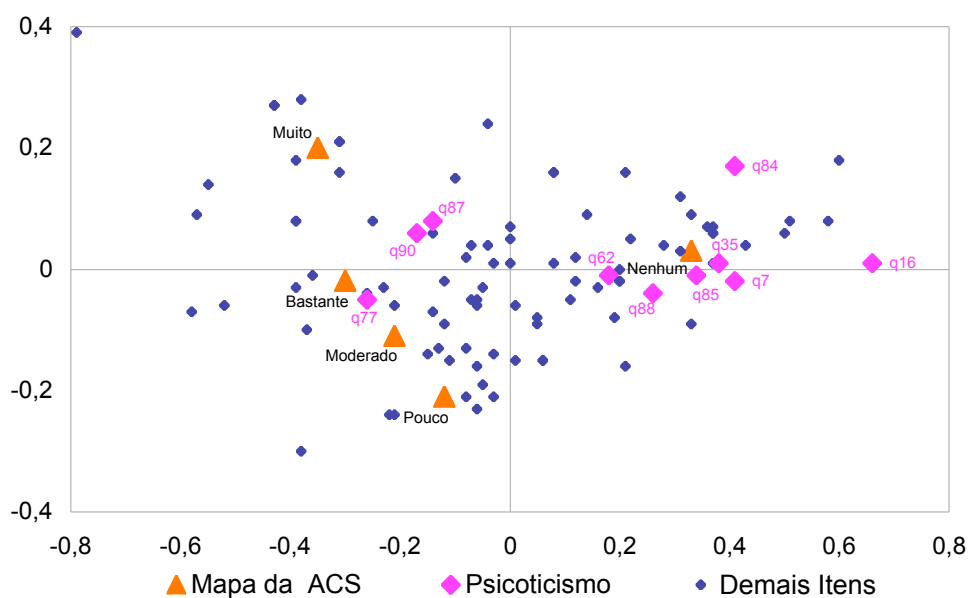


Figura 14. Mapa da Análise de Correspondência da Dimensão Psicoticismo

Psicoticismo

Esta dimensão quase não detectou sintomas. Os destaques são os itens 87, 77 e 90 que detectaram sintomas com maior intensidade.

Os itens 87 “a idéia de que algo sério está errado com seu corpo” e 90 “a idéia de que há algo errado com sua mente” são itens indicadores de sintomas mais graves, estão no Fator 1 com carga fatorial abaixo de 0,50 e não foram rejeitados pelos sujeitos, são bons indicadores de distúrbio, detectaram sintomas com maior intensidade.

O item 77 “sentir-se solitário mesmo quando acompanhado”, apresentou-se bom para detectar sintomas, mas está no Fator 2, indicando que para essa população foi melhor para avaliar um constructo mais ligado à Obsessividade Compulsividade.

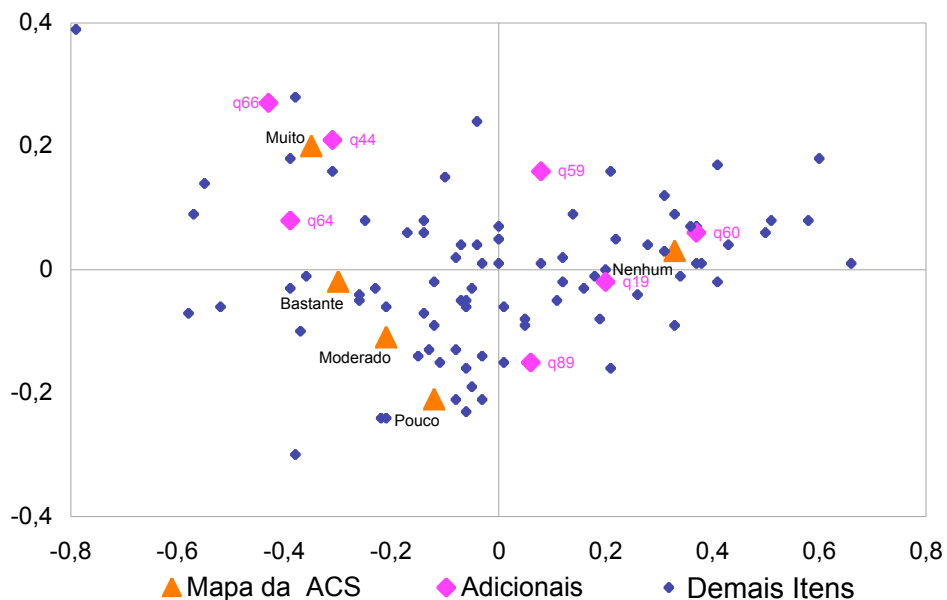


Figura 15. Mapa da Análise de Correspondência para Itens Adicionais

Adicionais

Este conjunto de itens foi os que mais apresentou MUITO sintoma, destacando 44, 64 e 66. Os demais apresentaram-se próximos a NENHUM.

Os itens 44 “problemas para conciliar o sono”, 64 “acordar de madrugada” e 66 “sono sem descanso ou perturbado”, todos indicando sintomas de alteração no sono, apresentaram-se no Fator 2, com destaque aos itens 64 e 66 com carga fatorial acima de 0,50, demonstrando que são bons para o constructo desse fator, mas ligado à Obsessividade Compulsividade.

Validade de Critério

A validação de critério foi estudada por três procedimentos distintos, considerando-se que as medidas de critério de um teste podem ser validadas em comparação com muitos critérios, de acordo com seus usos específicos.

Um dos métodos utilizados foi o de grupos comparados (Anastasi & Urbina, 2000). “A validação pelo método de grupos comparados e contrastantes pretende determinar o critério num Grupo em comparação com outro” (pp. 114-115). O outro método utilizado foi a prova estatística não paramétrica de Kruskal-Wallis (Siegel, 1979), com esse teste pretendeu-se comprovar se amostras independentes provêm de populações diferentes. O terceiro método utilizado foi a validação concorrente utilizando-se como critério externo um instrumento validado para a população brasileira, que é proposto também para avaliar distúrbios psicopatológicos.

No primeiro estudo de validação de critério pelo método de grupos comparados e contrastantes foi analisada a distribuição dos escores brutos da SCL-90-R no grupo de Pacientes Psiquiátricos (Grupo Caso) e Não Psiquiátricos (Grupo Controle), divididos em sexo, em cada dimensão de sintoma e no Índice Geral.

A Tabela 20 apresenta as médias e desvio padrão, mínimo e máximo dos escores de cada dimensão de sintoma, em cada grupo, para homens e mulheres.

Tabela 20

Médias e Desvios Padrões nas Dimensões da SCL-90-R, em cada Grupo, para Homens e Mulheres

Dimensão/Índice Global	GRUPO CASO (N=200)				GRUPO CONTROLE (N=399)			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Somatização	1,34	0,91	1,62	0,99	0,84	0,75	0,99	0,75
Obsess. Compulsiv.	1,51	0,96	1,58	0,96	0,87	0,74	0,99	0,75
Sensib. Interpessoal	1,39	0,90	1,51	0,98	0,76	0,68	0,94	0,76
Depressão	1,43	0,91	1,71	0,91	0,87	0,66	0,93	0,72
Ansiedade	1,41	0,99	1,53	1,00	0,75	0,74	0,92	0,83
Hostilidade	1,11	0,98	1,25	1,02	0,64	0,74	0,78	0,81
Ansiedade Fóbica	1,13	0,89	1,27	1,06	0,66	0,73	0,81	0,80
Idéias Paranóides	1,35	0,90	1,41	0,99	0,97	0,84	0,98	0,91
Psicoticismo	1,20	0,82	1,15	0,83	0,74	0,75	0,67	0,76
IGS	1,34	0,72	1,47	0,79	0,80	0,61	0,90	0,66

Observa-se que as médias no grupo Caso são relativamente maiores que as médias no grupo Controle. O mesmo quanto ao sexo, onde as médias do sexo feminino são maiores que no masculino.

Os dados indicam que o Grupo Caso apresentou mais sintomas que o Grupo Controle, confirmando que o teste estudado detecta sintomas, indicando que o critério, isto é a utilização do instrumento como avaliador de sintomas pode ser confirmada. Nesse mesmo estudo os dados demonstraram que a população feminina apresentou mais sintomas que a masculina, da mesma forma que no teste original onde as normas indicam que a população feminina apresentou mais sintomas. Esses dados confirmam as observações clínicas e dados de outros estudos que indicam que as mulheres apresentam significativamente mais sintomas que os homens, Schimtz e cols. (1999).

Ainda para análise da Validação de Critério foram utilizados os testes não paramétricos de Kruskal-Wallis (KW) para testar a hipótese de igualdade de distribuição em amostras independentes, sendo o grupo de controle entendido como critério.

A Tabela 21 apresenta os testes KW entre os grupos de estudo e a Tabela 22 apresenta os testes nos Grupos quanto ao sexo.

Tabela 21

Teste de Kruskal-Wallis para Diferença de Distribuições entre Grupos

	χ^2	valor-p
Somatização	55.0	< 0.001
Obsessiv-Compulsiv.	58.2	< 0.001
Sensib. Interpessoal	57.6	< 0.001
Depressão	88.5	< 0.001
Ansiedade	64.4	< 0.001
Hostilidade	36.5	< 0.001
Ansiedade Fóbica	33.8	< 0.001
Idéias Paranoides	26.5	< 0.001
Psicoticismo	50.7	< 0.001

Os dados indicaram que há uma significativa diferença entre os grupos, indicando que a escala avaliou diferentemente os dois grupos estudados, confirmando a validade de critério.

Tabela 22

Teste de Kruskal-Wallis para Diferença entre Sexo dentro dos Grupos.

	Casos			Controle	
	χ^2	valor-p		χ^2	valor-p
Somatização	<u>3,60</u>	<u>0,056</u>	Somatização	<u>4,90</u>	<u>0,024</u>
Obsessiv. Comp.	0,25	0,618	Obsessiv. Comp.	0,21	0,640
Sensib. Interpers.	0,50	0,471	Sensib. Interpers.	<u>4,50</u>	<u>0,030</u>
Depressão	<u>4,13</u>	<u>0,042</u>	Depressão	0,65	0,417
Ansiedade	0,05	0,815	Ansiedade	<u>3,70</u>	<u>0,054</u>
Hostilidade	0,78	0,374	Hostilidade	<u>5,36</u>	<u>0,020</u>
Ansiedade Fóbica	0,22	0,632	Ansiedade Fóbica	<u>3,59</u>	<u>0,058</u>
Idéias Paranóides	0,02	0,880	Idéias Paranóides	0,05	0,800
Psicoticismo	0,25	0,618	Psicoticismo	1,40	0,236

Os resultados indicaram que há diferença entre os grupos. No Grupo Caso a evidência de diferença nas distribuições aparece nas dimensões Somatização e Depressão, indicando que na amostra de pacientes homens e mulheres se diferenciam na intensidade de sintomas nessas duas dimensões apenas, nas demais não há diferença. Pode-se explicar essa evidência, quando se observa clinicamente a população e se encontra nas mulheres uma intensidade maior de sintomas depressivos e psicossomáticos o que é confirmado pela literatura (Kaplan e Sadock, 1999). No grupo Controle a diferença aparece em cinco (5) das nove (9) dimensões, em Somatização, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Hostilidade e Ansiedade Fóbica indicando que no Grupo Controle a diferença de sexo é maior nas 5 dimensões.

A comparação entre os grupos mostrou uma forte evidência das diferenças nas distribuições, melhor visualizada na Figura 16 que demonstra como ocorrem as diferenças, quando se considera o Índice Global de Severidade. (IGS).

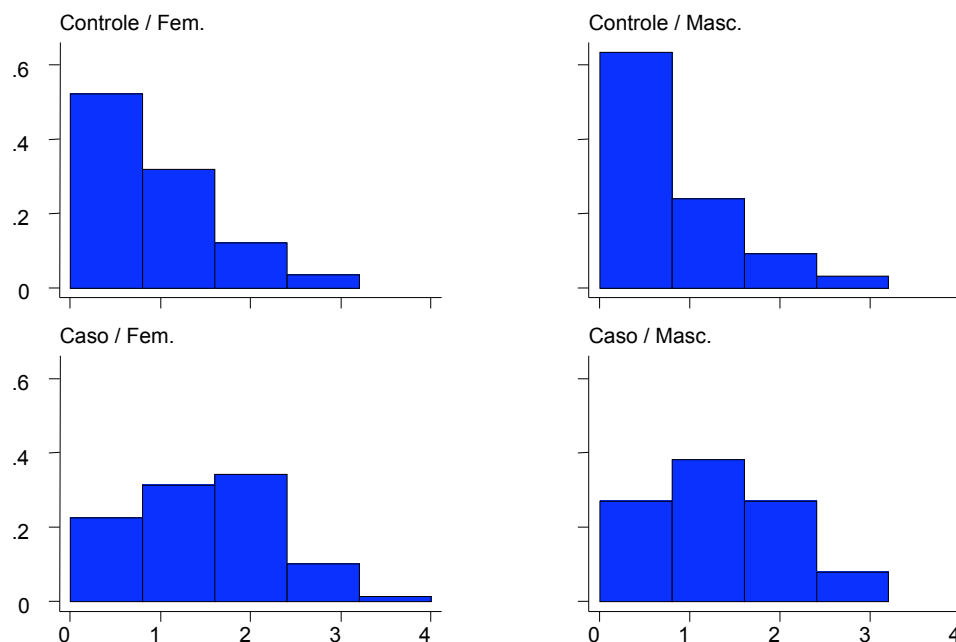


Figura 16. Distribuição dos Escores do IGS da SCL-90-R nos Grupos Divididos por Sexo.

As distribuições no grupo Controle apresentaram uma forte concentração na categoria Nenhum, muito mais forte do que no grupo Caso, tanto entre os sujeitos femininos quanto masculinos. No grupo Caso a distribuição tende a uma uniformidade nas cinco categorias, mostrando que os indivíduos deste grupo tendem a manifestar mais sintomas através do instrumento.

Esta análise demonstrou que o grupo Caso apresentou mais sintomas que o grupo Controle, confirmando a hipótese clínica de que o grupo de Pacientes do Ambulatório de Saúde Mental, tem mais sintomas que podem ser captados e analisados pelo instrumento estudado. A comparação entre os dois grupos confirma o critério e valida o instrumento.

Validade concorrente ou simultânea

Outro estudo de validação de critério foi realizado, utilizando-se como método a validação concorrente ou simultânea.

Foi adotado como critério externo o Questionário de Saúde Geral, QSG, instrumento já validado no Brasil (Pasquali e cols. 1996).

A população em que o QSG foi validado no Brasil difere muito da utilizada nesta pesquisa. Portanto, antes de se assumir tal instrumento como um critério, foram estudados ao menos as características simples deste, como a especificidade e sensibilidade, bem como de seus percentis. Este estudo envolveu apenas os escores de Saúde Geral.

Tabela 23

Percentis do Questionário de Saúde Geral na População Observada e no Estudo Original*

Grupo	Sexo	Percentil 90 Normativo	Percentil 90 Observado
Caso	F	2,42	3,16
Caso	M	2,33	3,13
Controle	F	2,42	2,75
Controle	M	2,33	2,50

* estudo original – (Pasquali e cols., 1996)

A Tabela 23 apresenta os percentis 90, utilizados como ponto de corte na norma Brasileira do QSG, e os observados na população estudada. Percebe-se que estes são maiores que os encontrados na norma, principalmente no grupo Caso, o que era de se esperar, uma vez que a validação do QSG foi feita apenas em população saudável, sendo que não existem normas para pacientes psiquiátricos.

Tabela 24

Classificação do Questionário de Saúde Geral nos Dois Grupos

	Classificação do QSG		
	0	1	Total
Controle	284	77	361
	78,67	21,33	100,00
	77,81	41,85	65,76
Caso	81	107	188
	43,09	56,91	100,00
	22,19	58,15	34,24
Total	365	184	549
	66,48	33,52	100,00
	100,00	100,00	100,00
Sensitividade	Pr (+) D		59,91%
Especificidade	Pr (-) ~D		78,57%
Classif. Correta			71,22%

Tal fato leva o instrumento a perder Sensibilidade (capacidade de classificar como doente doentes verdadeiros) e ser mais Específico (capaz de classificar Não Doente indivíduos realmente não doentes), como mostra a Tabela 24, onde se tem uma Sensibilidade de 56.91%, considerada baixa, e uma especificidade de 78.67%, considerado um índice satisfatório.

Portanto deve-se interpretar com cautela os resultados obtidos no QSG como sendo um critério. Considerou-se que a melhor alternativa seria manter uma análise de correlação dos escores brutos, sem realizar uma análise de classificação entre a SCL-90-R e o QSG.

Tabela 25

Correlação por Postos de Spearman entre SCL-90-R e o QSG

Dimensões	r	Dimensões	r
Somatização		Hostilidade	
SG *	0,62	SG	0,60
Stress	0,58	Stress	0,62
Morte	0,40	Morte	0,48
Desconfiança	0,49	Desconfiança	0,47
Distúrbio do sono	0,47	Distúrbio do sono	0,45
Psicossomático	0,69	Psicossomático	0,49
Obsess. Comp.		Ansiedade Fóbica	
SG	0,64	SG	0,53
Stress	0,61	Stress	0,52
Morte	0,54	Morte	0,43
Desconfiança	0,57	Desconfiança	0,42
Distúrbio do sono	0,46	Distúrbio do sono	0,41
Psicossomático	0,51	Psicossomático	0,47
Sensibil. Interp.		Idéias Paranóides	
SG	0,60	SG	0,51
Stress	0,61	Stress	0,52
Morte	0,54	Morte	0,46
Desconfiança	0,47	Desconfiança	0,41
Distúrbio do sono	0,42	Distúrbio do sono	0,37
Psicossomático	0,44	Psicossomático	0,37
Depressão		Psicoticismo	
SG	0,70	SG	0,60
Stress	0,69	Stress	0,58
Morte	0,63	Morte	0,52
Desconfiança	0,58	Desconfiança	0,49
Distúrbio do sono	0,51	Distúrbio do sono	0,45
Psicossomático	0,53	Psicossomático	0,46
Ansiedade			
SG	0,68		
Stress	0,68		
Morte	0,53		
Desconfiança	0,54		
Distúrbio do sono	0,58		
Psicossomático	0,58		

*SG = Saúde Geral/QSG

A Tabela 25 mostra as correlações por postos, ou o coeficiente R de Spearman, entre os escores de todas as dimensões de sintomas dos dois instrumentos (9 da SCL-90-R e 6 do QSG) além dos índices gerais. Todas correlações apresentaram significância estatística menores que 0,001.

Tabela 26

Correlação por Postos de Spearman do IGS (SCL-90-R) e os Índices das Dimensões e o Índice Geral do QSG

	r
IGS & Stress	0,72
IGS & Morte	0,60
IGS & Desconfiança	0,59
IGS & Distúrbio do Sono	0,56
IGS & Psicossomático	0,60
IGS & SG	0,74

A Tabela 6 indica as correlações entre o Índice Global de Severidade da SCL-90-R, e os índices de cada dimensão e de Saúde Geral do QSG.

Observa-se que o coeficiente de correlação entre os dois índices gerais, de 0,74 aproximadamente, é satisfatório em termos de correlação, principalmente relevando-se a aplicação do QSG na população de perfil diferente da que foi validado. Destaca-se ainda a forte correlação entre os escores de Depressão da SCL-90-R e o Índice Geral do QSG, 0,70, e entre o Índice Geral da SCL-90-R e os escores de Stress do QSG, 0,72.

Tabela 27

Correlação por Postos de Spearman entre a SCL-90-R e o QSG para cada Sexo.

	r
Controle Feminino	0,65
Caso Feminino	0,78
Controle Masculino	0,64
Caso Masculino	0,77

Avaliou-se também as correlações entre os índices gerais nos 4 perfis que constituiriam as normas da SCL-9-R, ou seja, o cruzamento entre Grupo e Sexo, conforme indica a Tabela 27. Observa-se que no Caso a correlação é da ordem de 0,77, uma correlação forte, enquanto que no grupo Controle esta foi da ordem de 0,65, um pouco mais fraca, mas ainda significativa. Todas foram estatisticamente significantes em um nível inferior a 0,001.

Como já referido na introdução, outros estudos envolvendo a SCL-90-R e o QSG demonstraram correlações significantes entre estes dois instrumentos indicando a validade simultânea, mas de uma maneira geral destacam a maior capacidade da SCL-90-R de abranger maiores problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos, enquanto que a favor do QSG haveria menor tempo requerido para sua aplicação (Koeter, 1992, Wiznitzer e cols., 1992, Schmitz e cols., 1999).

Pode-se concluir que quanto à validação de critério, utilizando-se o QSG como tal, a SCL-90-R demonstrou-se coerente com suas medições em termos de escores brutos, sendo que no entanto observou-se a baixa sensibilidade do critério na população estudada,

devendo ser este mais um problema da diferença entre as populações de normatização e de estudo.

Estudo preliminar de padronização

O presente estudo não foi efetuado para estabelecimento de normas para a população brasileira mas os dados permitem algumas análises nessa direção.

Para a padronização de um instrumento numa população efetua-se a equiparação entre a amostra e a população estudada, desenvolve-se parâmetros ou critérios para a interpretação dos resultados obtidos.

Tabela 28

Média (M) e Desvio Padrão (DP) nas 9 Dimensões e no IGS da Versão Original e Versão Brasileira, na Norma A* e no Grupo Caso

Dimensão	Versão Original				Versão Brasileira			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Somatização	0,70	0,67	0,99	0,78	1,34	0,91	1,62	0,99
Obsessiv. Compuls.	1,41	0,89	1,51	0,91	1,51	0,96	1,59	0,96
Sensib. Interpessoal	1,36	0,90	1,44	0,88	1,39	0,90	1,51	0,98
Depressão	1,59	0,92	1,94	0,93	1,43	0,91	1,71	0,91
Ansiedade	1,30	0,83	1,59	0,90	1,41	0,99	1,53	1,00
Hostilidade	1,00	0,89	1,17	0,95	1,11	0,98	1,25	1,02
Ansiedade Fóbica	0,65	0,74	0,81	0,84	1,13	0,89	1,27	1,06
Idéias Paranóides	1,07	0,90	1,21	0,94	1,35	0,90	1,41	0,99
Psicoticismo	0,90	0,65	0,98	0,74	1,20	0,82	1,15	0,83
IGS	1,14	0,64	1,35	0,69	1,34	0,72	1,47	0,79

*A norma A foi obtida por Derogatis e cols. (1973) em estudo com 1002 pacientes psiquiátricos ambulatoriais.

A Tabela 28 indica que as médias e desvio padrão no Grupo Caso comparadas às mesmas medidas do grupo de pacientes psiquiátricos ambulatoriais do estudo original, são sempre mais altas para a população brasileira.

Tabela 29

Média e Desvio Padrão nas 9 Dimensões e no IGS na Versão Original e na Versão Brasileira, na Norma B** e no Grupo Controle

Dimensão	Versão Original				Versão Brasileira			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Somatização	0,29	0,33	0,43	0,47	0,84	0,75	0,99	0,75
Obsessiv. Compuls.	0,34	0,39	0,44	0,49	0,87	0,74	0,99	0,75
Sensib. Interpessoal.	0,25	0,31	0,35	0,43	0,76	0,68	0,94	0,76
Depressão	0,28	0,31	0,46	0,52	0,87	0,66	0,93	0,72
Ansiedade	0,22	0,27	0,37	0,43	0,75	0,74	0,92	0,83
Hostilidade	0,29	0,37	0,33	0,42	0,64	0,74	0,78	0,81
Ansiedade Fóbica	0,08	0,19	0,19	0,38	0,66	0,73	0,81	0,80
Idéias Paranóides	0,34	0,40	0,34	0,46	0,97	0,84	0,98	0,91
Psicoticismo	0,13	0,22	0,15	0,25	0,74	0,75	0,67	0,76
IGS	0,25	0,24	0,36	0,35	0,80	0,61	0,90	0,66

** A Norma B foi obtida por Derogatis e cols. (1973) em estudo com 974 não pacientes.

As médias e desvio padrão do Grupo Controle estão na Tabela 29 e comparados com as médias e desvio padrão do estudo original, com um grupo de 974 não pacientes, indicam que os escores da amostra brasileira são mais altos que o estudo Norte Americano.

As médias da população estudada indicaram que a amostra brasileira comportou-se diferentemente da população Norte Americana da normatização do instrumento. Os dados indicam que a norma original não deve ser usada para a população brasileira, sugere-se que uma norma brasileira seja desenvolvida.

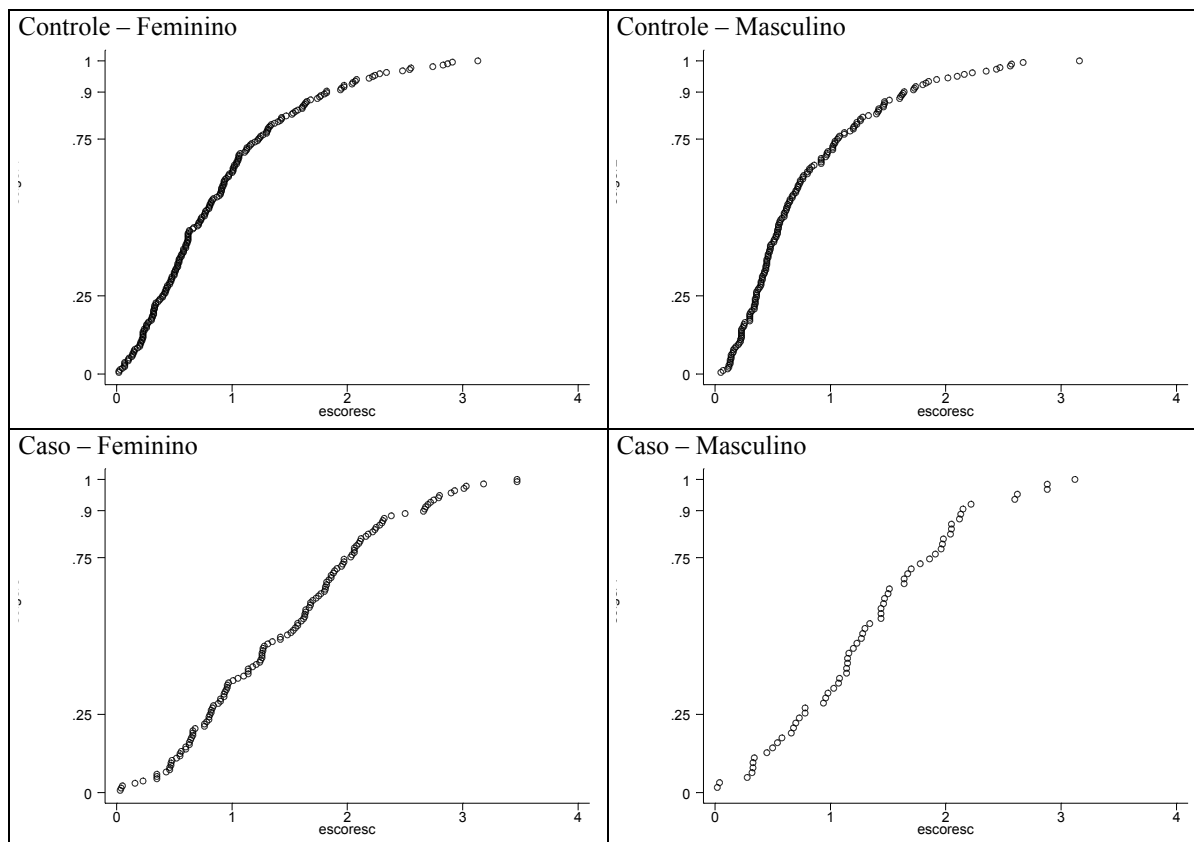


Figura 17. Curvas de Distribuições Empíricas para SCL-90-R de Acordo com o Sexo.

As curvas de distribuição empírica obtidas no presente estudo sugerem graficamente como se comportou a população estudada, fornecendo alguns indicadores para um estudo posterior, podendo sugerir que o ponto de corte estaria em torno do percentil 75.

Conclui-se que são necessários mais estudos brasileiros com vistas ao estabelecimento de normas para pacientes ambulatoriais de Saúde Mental e para outros Grupos, como pacientes com queixas físicas.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O estudo de precisão da SCL-90-R, investigada através da análise da consistência interna para as nove dimensões sintomáticas e pelos coeficientes do teste reteste, indicou que o instrumento tem boa confiabilidade, quando aplicado à amostra clínica brasileira. Os índices encontrados são semelhantes aos obtidos em pesquisas, envolvendo a versão original em inglês do instrumento (Derogatis, Richels & Rock, 1976, Horowitz e cols.,1988).

Os resultados indicaram que a escala detém boa consistência interna e estabilidade temporal.

A validade da SCL-90-R foi estudada através da validade de constructo e validade de critério.

A validade de constructo, estudada pela Análise Fatorial e pela Análise de Agrupamento, indicou que para a população brasileira 4 grandes constructos foram observados, não tendo sido encontradas as 9 dimensões propostas pela versão original da escala.

A dimensão Somatização destacou-se isoladamente, formando um constructo independente.

Um fator reuniu sintomas de Psicoticismo, Hostilidade, Depressão e Idéias Paranóides, definindo-se como representando um constructo de distúrbios graves, a que chamou-se de Psicoticismo.

Outro fator foi composto por sintomas de Obsessividade Compulsividade e Sensibilidade Interpessoal, identificando um constructo de sintomas com pensamentos,

impulsos e ações repetitivos e indesejáveis e sentimentos de desconforto durante interações interpessoais, aqui designado por: Obsessividade Compulsividade.

O quarto fator observado reuniu especialmente sintomas fóbicos e de ansiedade, definindo-se este constructo como Ansiedade.

Pode-se afirmar que a SCL-90-R é um instrumento multidimensional, capaz de avaliar sintomas em quatro dimensões da população brasileira.

A validação do constructo pela Análise de Correspondência mostrou que o instrumento é discriminativo, isto é, possui especificidade e sensibilidade, é capaz de identificar indivíduos sintomáticos. Além disto indicou que a escala *Likert* de 5 pontos da versão original, poderia ser revista na versão brasileira, considerando que as intensidades de resposta nas categorias intermediárias são pouco discriminativas.

A validade de critério estudada pelo método de grupos comparados e contrastantes e pelo método de Kruskal-Wallis (Siegel, 1979) indicou que há uma significativa diferença entre os grupos, demonstrando que o instrumento foi discriminante no Grupo de Pacientes Ambulatoriais da Saúde Mental. A comparação entre os grupos confirma o critério e valida o instrumento.

No estudo de validação concorrente ou simultânea as correlações entre a SCL-90-R e o QSG foram significantes, apesar do critério ter se mostrado menos sensível em a população estudada do que na amostra de universitários que serviu para sua padronização.

Comprando-se as médias da amostra brasileira com as médias da amostra americana, observa-se que os escores da amostra brasileira são maiores em todos os grupos estudados. Os dados indicam que a norma americana não pode ser usada para a população brasileira, sugere-se portanto que uma norma brasileira seja desenvolvida.

Os achados deste estudo sugerem que a escala brasileira da SCL-90-R seja constituída com 40 itens, distribuídos em 4 dimensões assim definidas:

1. Psicoticismo, um contínuo entre psicose e depressão com sintomas de hostilidade e idéias paranóides.
2. Obsessividade Compulsividade, um conjunto de sintomas de pensamentos e ações, repetidos acompanhados de desconforto nas relações interpessoais.
3. Somatização, compreendendo sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes.
4. Ansiedade, um conjunto de sintomas desde a ansiedade generalizada até a ansiedade fóbica dirigida a situações ou objetos.

Sugere-se que a escala possa ser administrada nas duas formas, respondida pelo indivíduo sem ajuda do aplicador e respondida com ajuda do aplicador para a leitura dos Itens, dependendo do nível de escolaridade da população atendida.

Indica-se também que o instrumento tenha apenas 3 níveis de intensidade do sintoma, isto é, 3 pontos na escala *Likert*, o 0 (zero) indicativo de nenhum sintoma, o 1 (um) indicativo de um pouco de sintoma e o 2 (dois) indicativo de muitos sintomas.

A proposta de redução do tamanho da escala de 90 para 40 itens, de 5 pontos de intensidade para 3 e da equiparação do número de itens por dimensão torna o instrumento de fácil aplicação e correção, sem prejuízo de sua capacidade de discriminação.

Encontra-se em seguida, na Tabela 30 a versão brasileira proposta a partir deste estudo.

Tabela 30

Versão Brasileira da SCL-90-R – “Escala de Avaliação de Sintomas – 40”

Item na versão original	Item na versão brasileira	Enunciado	Dimensão Original	Dimensão Proposta
4	1	Fraqueza ou tonturas	S	S
12	2	Dores no coração ou no peito	S	S
13	3	Sentir medo em espaços abertos ou nas ruas	AF	An
15	4	Pensamentos de acabar com a própria vida	D	Ps
23	5	Repentinamente sentir medo sem razão	An	An
25	6	Ter medo de sair de casa sozinho	AF	An
27	7	Dores nas costas e quadris	S	S
30	8	Sentir-se sem importância	D	Ps
33	9	Sentir medo	An	An
40	10	Náuseas, enjôos ou estômago ruim	S	S
42	11	Dores musculares (dor no corpo)	S	S
43	12	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros	IP	Ps
45	13	Ter que conferir e reconferir o que fez	OC	OC
47	14	Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trem	AF	An
48	15	Problemas para respirar	S	S
49	16	Ondas de calor ou frio	S	S
50	17	Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que o amedrontam (dão medo)	AF	An
51	18	Um “branco” na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembrar-se de algo)	OC	OC
52	19	Dormência ou formigamento em partes do corpo	S	S
54	20	Sentir-se sem esperança sobre o futuro	D	Ps

Item na versão original	Item na versão brasileira	Enunciado	Dimensão Original	Dimensão Proposta
55	21	Dificuldade de concentração	OC	OC
56	22	Sentir fraqueza em partes do corpo	S	S
57	23	Sentir-se tenso ou travado	An	OC
58	24	Sentir peso nos braços e pernas	S	S
61	25	Sentir-se desconfortável quando as pessoas o observam ou falam de você	SI	OC
65	26	Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar ou lavar	OC	OC
67	27	Ter desejos de quebrar ou destruir coisas	H	Ps
69	28	Sentir-se muito acanhado ou preocupado com os outros	SI	OC
70	29	Sentir-se inquieto numa multidão, fazendo compras ou no cinema	AF	An
71	30	Sentir que tudo é um esforço	D	OC
72	31	Ondas de terror ou pânico	An	An
74	32	Envolver-se freqüentemente em discussões	H	Ps
75	33	Sentir nervosismo quando é deixado sozinho	AF	An
77	34	Sentir-se solitário mesmo quando está acompanhado	S	OC
78	35	Sentir-se tão agitado que não é capaz de parar quieto (de movimentar-se)	An	OC
81	36	Girar ou atirar coisas	H	Ps
82	37	Com medo de desmaiar em público	AF	An
88	38	Nunca se sentir próximo a outra pessoa	Ps	Ps
89	39	Sentimentos de culpa	Ad	Ps
90	40	A idéia de que há algo errado com sua mente	Ps	Ps

O estudo da Escala de Avaliação de Sintomas-90-R comprovou sua capacidade de avaliar sintomas psicopatológicos de forma simples e rápida, demonstrando que sua utilização em situações clínicas permite o diagnóstico dos transtornos psicológicos,

estabelecendo um perfil sintomático do paciente, e indicando o grau de intensidade do distúrbio.

As características da Escala, observadas no estudo para a amostra brasileira a recomendam como um instrumento de grande importância clínica, pois se trata de um crivo para triagem capaz de avaliar problemas psicológicos em diferentes dimensões, permitindo uma tomada de decisão sobre o paciente em apenas um encontro de avaliação.

A interpretação clínica do perfil sintomático, a partir dos resultados obtidos pela aplicação da Escala, possibilita um planejamento de intervenção terapêutica, além de registrar o perfil do paciente antes e após a intervenção, sendo portanto uma medida de eficácia do tratamento.

A Escala demonstrou também sua importância para o uso clínico, nas circunstâncias de hospitalização, pois é de fácil e rápida aplicação, indicando imediatamente o estado psicopatológico, permitindo um registro objetivo dos sintomas apresentados e de seu grau no prontuário do paciente.

O estudo confirmou a hipótese clínica da pesquisadora de que cerca de quatro grandes constructos deveriam ser identificados.

Os transtornos psicossomáticos estão claramente presentes no terceiro fator. A análise dos itens indicou que esse grupo pode ser classificado como Transtorno Somatoforme conforme designa o DSM IV e caracteriza-se pela população com queixas de dor, com sintomas gastrointestinais e pseudoneurológicos, incluindo ainda o transtorno distórmico corporal e hipocondria.

Os transtornos psicóticos estão localizados no primeiro fator, os sintomas presentes indicam distúrbios de pensamento, sentimentos e ações com profundo sentimento de

inadequação e inferioridade, sintomas negativos como alogia e avolição estão presentes. A análise clínica desse grupo de itens indica estar associada a distúrbios mais graves.

Os transtornos de ansiedade, incluindo-se aqui os sintomas fóbicos, o ataque de pânico, a agorafobia, os transtornos de stress pós traumático e ansiedade generalizada, estão presentes no último fator estudado, conforme foi previsto na hipótese clínica trata-se de um grupo de sintomas que caracteriza alguns pacientes.

A hipótese clínica dos transtornos depressivos não se reuniu num único constructo, conforme era a hipótese clínica original, os sintomas depressivos mais graves estão reunidos no fator de distúrbios mais graves e outros sintomas de depressão estão no fator que reuniu os sintomas obsessivos compulsivos.

O constructo observado no segundo fator, no estudo denominado de obsessivo compulsivo, reuniu sintomas de depressão, ansiedade, e preocupação excessiva. Tratou de um grande grupo de sintomas que incluiu os sintomas clássicos de depressão. Pode-se concluir que os deprimidos estariam localizados nesse grupo, quando não apresentarem distúrbios mais graves ou transtornos de ansiedade associado.

A utilização clínica da escala é recomendada para triagem, como instrumento capaz de classificar os pacientes em grau do mais leve ao mais grave e indicar o tipo de transtorno, permitindo delinear o perfil psicopatológico, através de sintomas observados.

REFERÊNCIAS

- Allen, M. (1985). Review of Millon Behavioral Health Inventory. In J.V. Mitchell, Jr. (Ed.), The ninth mental measurements yearbook (Vol. 1). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Allison, T.G., Williams, D.E., Miller, T.D., Patten, C.A., Bailey, K.R., Squires R.W. & Gau, G.T. (1995). Medical and economic costs of psychologic distress in patients with coronary artery disease. Mayo Clin Proc, 70, 734-42.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^a ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a ed.). Washington, DC: Author.
- Anastasi, A. (1967). Testes Psicológicos: teoria e aplicação. São Paulo: Ed. Herder.
- Anastasi, A. (1988). Psychological testing (6^a ed.). New York: Macmillan.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). Testagem psicológica (7^a ed.), (M. A. Veronese, Trad.)
Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

- Andrade, E. M., & Alves, D.G. (1997). Questionário de 16 Fatores de personalidade-16 PF-Formas A e B (Adultos) - Manual Abreviado. (R. B Cattell e H.W. Eber ,Trad.) Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada Ltda. (trabalho original publicado em 1954)
- Bakal, D. (1979). Psychology and medicine: Psychobiological dimensions of health and illness. Berlin: Springer-Verlag.
- Barlow, D.H. (1999). Manual clínico dos transtornos psicológicos (2^a ed.), (M.R.B. Osório Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1987). Beck Depression Inventory manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (1998). Behavioral assessment, a practical handbook (4^a ed.) New York: Allyn and Bacon.
- Benko, A., & Simões, R. J. P. (1970). Inventário Multifásico Minesota de Personalidade - MMPI. (S.R Hathaway, e J.C Mckinley, Trad.). Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada Ltda. (trabalho original publicado em 1943).
- Butcher, J. (1995). Clinical personality assessment: Practical approaches. New York: Oxford University Press.
- Camic, P.M., & Knight, S.J. (1998). Clinical handbook of health psychology. Seattle:Hogrefe and Huber Publisher.

Cattell, R., Erber, H. & Tatsouka, M. (1970). Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). Champaign: Institute for Personality and Ability Testing.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (1993). (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (trabalho original publicado em 1992).

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários (1998). (M.C. Monteiro, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (trabalho original publicado em 1996).

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Critérios diagnósticos para Pesquisa (1998). (M.L. Domingues, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (trabalho original publicado em 1993).

Cronbach, L.J. (1996). Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cummings, N.(1991). Arguments for the financial efficacy of psychological services in health care settings. Em J.J. Sweet, R.H. Rosensky, & Tavian S.M. (Orgs.), Handbook of clinical psychology in medical settings (pp.113-126). New York: Plenum Press.

Cyr, J.J., McKenna-Foley, J.M. & Peacock, E. (1985). Factor structure of the SCL-90-R: Is there one? Journal of Personality Assessment, 49, 571-577.

Davidson, J.R., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J.C., Smith, R.D., Davison, R.M., Katz, R. & Feldman, M.E.(1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. Psychol Med, 27, 153-60.

Derogatis, L.R. (1993). Brief Symptom Inventory (BSI) administration, scoring, and procedures manual (3^a ed.). Minneapolis: National Computer Systems.

Derogatis L.R. (1994). Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) Administration, Scoring, and Procedures Manual (3^a ed.). Minneapolis: National Computer Systems. U.S.A .

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L. & Rickels, K. (1971). Neurotic symptom dimensions as perceived by psychiatrists and patients of various social classes. Archives of General Psychiatry, 24, 454-464.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L. & Rickels K. (1972). Factorial invariance of symptom dimensions in anxious and depressive neuroses. Archives of General Psychiatry, 27, 659-665.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S. & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report, Psychopharmacology Bulletin, 9 (1), 13-27.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. Behavioral Science, 19, 1-15.

- Derogatis, L.R., Yevzeroff, H. & Wittelsberger, B. (1975). Social class, psychological disorders, and the nature of the psychopathologic indicator. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 183-191.
- Derogatis, L.R., Rickels, K. & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. British Journal of Psychiatry, 128, 280-289.
- Derogatis, L.R., & Cleary, P. (1977). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. British Journal of Social e Clinical Psychology, 16, 347-356.
- Derogatis, L.R., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.H., Hendrichs, M. & Carnrike C.M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. Journal of the American Medical Association, 249, 751-757.
- Derogatis, L.R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, brief symptom inventory, and matching clinical rating scales. Em M. Maruish (Ed.), The use psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- DeVellis, R.F. (1991). Scale development: theory and applications. Newburg Park: SAGE.
- Egeren, L.V., & Striepe, M.I. (1998). Assessment approaches in health psychology: issues and practical considerations. Em P.M. Camic e S. Knight (Orgs.) Clinical handbook of health psychology Seattle (pp. 17- 50) New York: Hogrefe and Huber Publisher.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 126-29.

Erbil, P., e cols. (1996). Cancer patients psychological adjustment and perception of illness: cultural differences between Belgium and Turkey. Support Care Cancer, 4, 455-61.

Everly, G.S. Jr. (1989). A clinical guide to the treatment of the human stress response. New York: Plenum Press.

Ferreira, M.F., Sobrinho, L.G., Pires, J.S., Silva, M.E., Santos, M.A. & Sousa, M.F. (1995). Endocrine and psychological evaluation of women with recent weight gain. Psychoneuroendocrinology, 20, 53-63.

Friedman, M. & Rosenman, R. (1974). Type A behavior and your heart. New York: Knopf.

Gandini, M.C.F., Gandini, R.C., & Costa, G.N. (2000). Validação Fatorial da escala B.S.I. – inventário breve de sintomas para amostra brasileira. XXX Reunião Anual de Psicologia-S.B.P. Brasília: UNB/Finatec.

Genest, M., & Genest, S. (1987). Psychology and health. Champaign: Research Press.

Giglio, J.S. (1976). Bem-estar emocional em universitários: um estudo preliminar. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas.

Goldberg, D. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford: Oxford University Press.

- Grassi, L., & Rosti G. (1996). Psychiatric and psychosocial concomitants of abnormal illness behaviour in patients with cancer. Psychother Psychosom, *65*, 246-52.
- Greene, R. (1980). The MMPI: An interpretive manual. Orlando: Grune e Stratton.
- Hamilton, M. (1970). The Hamilton Depression Scale. Em W. Guy & R. Bonato (Orgs.), ECDFU assessment manual. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I Construction of the schedule. Journal of Psychology, *10*, 249-254.
- Hinkle, D.E., Wierma, W., & Jurs, S.G. (1994). Applied Statistics for the Behavioral Sciences (3^a ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Holi, M.M., Samallahti, P.R. & Aalberg, C.A. (1998). A finnish validation study of the SCI-90. Acta Psychiatrica Scandinavica, *97*,42-46.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, *11*, 213-218.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G. & Villasenor, V.S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *56* (6), 885-892.
- Iñesta, E.R. (1990). Psicología y salud: Un análisis conceptual. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S. A .

- Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J. & Rosenman, R.H. (1979). Jenkins Activity Survey. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Johnstone, D.G.M., Silbersield, M., Chapman, J., Phoenix, C., Sturgeon, J., Till, J.E. & Sutcliffe, S.D. (1991). Heterogeneity in responses to cancer. Part 1: Psychiatric Symptoms. Canadian Journal of Psychiatry, 36 (2), 85-90.
- Kaplan, H.I., & Sadock B. J. (1999). Tratado de psiquiatria, (6^a ed., v. 2), (D. Batista, I.C.S. Ortiz, M.R. Hofmeister & S.C Costa, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.
- Koeter, M.W. (1992). Validity of the GHQ and SCL Anxiety and Depression scales: A comparative study. Journal of Affective Disorders, 24 (4), 271-279.
- Lanyon, R. (1985). Review of Millon Behavioral Health Inventory. In J.V. Mitchell, Jr. (Ed.), The ninth mental measurements yearbook (vol. 1). Lincoln: University of Nebraska Press.
- McGregor, N.R., Butt, H.L., Zerbes, M., Klineberg, I.J., Dunstan, R.H. & Roberts, T.K. (1996). Assessment of pain, Symptoms, SCL-90-R Inventory responses, and the association with infections events in patients with chronic orofacial pain. J Orofac Pain, 10, 339-50.
- Millon, T., Green, C. & Meagher, R. (Eds.) (1982). The Millon Behavioral Health Inventory - manual. Minneapolis: National Computer Systems.
- Ministério da Saúde (1990). ABC do S.U.S.

Pasquali, L. (Org) (1999). Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPA/IBAPP.

Pasquali, L., Gouveia, V.V., Andriola, W.B., Miranda, F.J. & Ramos, A.L.M. (1996). Questionário de saúde geral de Goldberg: manual técnico QSG. (D.P. Goldberg, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (trabalho original publicado em 1972).

Payne, R.N. (1985). Review of the SCL-90-R. Ninth mental measurements yearbook, (V. 2), 1326-1329.

Pereira, J.C.R.(1999). Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Peveler, R.C., & Fairburn, C.C. (1990). Measurement of neurotic symptoms by self-report questionnaire: Validity of the SCL-90-R. Psychological Medicine, 20 (4), 873-879.

Pinneau, S.R., & Newhouse, A. (1964). Measures of invariance and comparability in factor analysis for fixed variables. Psychometrika, 29, 271-281.

Piotrowski, C., & Lubin, B. (1990). Assessment practice of health psychologists: Survey of A.P.A Division 38 clinicians. Professional Psychology: Research and Practice, 21, 99-106.

Ramirez, N.A, Alvarez, M.C.B. & Galán, I.C. (2000). Fiabilidad y estructura factorial del inventario breve de sintomas (brief symptom inventory, B.S.I.) en adultos. Psicología Conductual, 8, (1), 73-83.

- Riggs, D.S., & Foa, E.B (1999). Transtorno obsessivo compulsivo. Em D.H. Barlow (Org.) Manual clínico dos transtornos psicológicos (2^a ed.), (Trad. M.R.B. Osório), (pp. 217-271). Porto Alegre: Artmed.
- Rosenman, R.H. (1990). Type A behavior. Journal of Social Behavior and Personality, 5 (1), 1-24.
- Rosensky, R.H., Sweet, J.J. & Tovian, S.M. (1997). Psychological Assessment in Medical Settings. New York: Plenum Press.
- Sarason, I., Johnson, J. & Siegel, J. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 932-946.
- Saravay, S. M., Steinberg, M.D., Weinschel, B., Pollack, S. & Alovis, N. (1991). Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. American Journal of Psychiatry, 148 (3), 324-329.
- Scheidt, C.E. (1995). Clinical and psychometric findings in spasmodic torticollis. Psychother Psychosom, 45, 183-91.
- Schimtz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L. & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and Symptom Check list (SCL-90-R) as screening instruments. Social Psychiatry Epidemiol, 34, 360-366.

- Schimtz, N., Hartkamp, N. & Franke, G.H. (2000). Assessing clinically significant change: application to the SCL-90-R. Psychological Reports, 86, 263-274.
- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. Journal of Behavioral Medicine, 1, 249-251.
- Sellman, J.D., & Joyce, P.R. (1996). Does depression predict relapse in the 6 months following treatment for men with alcohol dependence? Aust N.Z.J. Psychiatry, 30, 573-8.
- Siegel, S. (1979). Estatística não-paramétrica – para as ciências do comportamento.(A.A.Farias, Trad.). São Paulo: McGraw-Hill do Brasil Ltda.
- Silva, F. (1993). Psychometric Foundations and Behavioral Assessment. Newbury Park: SAGE Publications.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.C. & Lushene, R.E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Sweet, J.J. (1991). Psychological Evaluation and Testing in Medical Settings. Em J.J. Sweet., R.H. Rosensky, & S.M. Tavian (Orgs.). Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings (pp. 291-313). New York: Plenum Press.
- Sweet, J.J., Rosensky, R.H., & Tavian, S.M. (1991a). Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings. New York: Plenum Press.

- Sweet, J.J., Rosensky, R.H., & Tovian, S.M. (1991b). Clinical Psychology in Medical Settings: Past and Present. Em J.J. Sweet ; R.H. Rosensky e S.M. Tovian (Orgs.). Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings (pp. 3-9). New York: Plenum Press.
- Thompson, R.J. (1991). Psychology and the Health Care System: Characteristics and Transactions. Em J.J. Sweet, R.H. Rosensky, & S.M. Tovian (Orgs.). Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings (pp 11-25). New York: Plenum Press.
- Turnbull, G.K., & Vallis, T.M. (1995). Quality of life in inflammatory bowel disease: the interaction of disease activity with psychosocial function. Am J. Gastroenterol, 90, 1450-4.
- Van Kolck, O.L. (1974). Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil(v.1), Petrópolis: Vozes.
- Vassend, O., & Skrandal, A. (1999). The problem os structural indeterminacy in multidimensional symptom report instruments. The case of SCL-90-R. Behavior Research and therapy, 37, 685-701.
- Ward, J.H. (1963). Hierarchical grouping optimize des objective function. Journal of the American Staticak Association, 58, 236-244.
- Weidner, G., Connor, S.L., Hollis, J.F., & Connor, W.E. (1992). Improvements in hostility and depression in relation to dietary change and cholesterol lowering. The Family Heart Study. Annals of Internal Medicine, 117 (10), 820-23.

- Weiss, S.M. (1987). Behavioral medicine in the trenches. Em J. Blumenthal e D. McKee (Orgs.), Applications in behavioral medicine and health psychology: A clinician's source book. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Wider, A. (1948). The Cornell Medical Index. San Antonio: Psychological Corporation.
- Williams, D., Urbanb, Keefe, F., Shutty, M., & France, R. (1995). Cluster analyses of pain patients responses to the SCL-90-R. Pain, *61*, 81-91.
- Wiznitzer, M., Verhulst, F.C., Van den Brink,W., Koeter, M., Van der Ende, J., Giel, R., & Koot, H.M. (1992). Detecting psychopathology in young adults: the young adult self-report, the general health questionnaire and the symptom checklist as screening instruments. Acta Psychiatrica Scandinavica, *86* (1), 32-37.
- Woody, S.R., Steketee, G., & Chambless, D.L. (1995). The usefulness of the Obsessive Compulsive Scale of the Symptom Checklist-90-Revised. Behav Res Ther, *33*, 607-11.

ANEXO A

ITENS DA ESCALA ORIGINAL POR DIMENSÃO

Somatização

Item	Sintoma
1	dores de cabeça
4	desmaios ou tonturas
12	dores no peito ou no coração
27	dores nas costas e quadris
40	náuseas, enjôos ou estômago ruim
42	dores musculares (no corpo)
48	problemas para respirar
49	Ondas de calor ou frio
52	entorpecimento ou formigamento em partes do corpo
53	um nó na garganta
56	sentindo fraqueza em partes do corpo
58	sentindo peso nos braços e pernas

Obsessividade Compulsividade

Item	Sintoma
3	pensamentos ruins repetidos que não saem da cabeça
9	dificuldade para lembrar das coisas
10	preocupado com falta de cuidado e sujeira
28	dificuldade em terminar tarefas
38	ter que fazer as coisas muito devagar para ter certeza que estão corretas
45	tendo que conferir e rever o que faz
46	dificuldade para tomar decisões
51	um branco na cabeça
55	dificuldade de concentração
65	ter que repetir as mesmas ações tais como tocar, contar ou lavar

Sensibilidade Interpessoal

Item	Sintoma
6	sentimentos críticos com os outros
21	sentindo retraído ou desconfortável com o sexo oposto
34	seus sentimentos facilmente feridos
36	sentindo que os outros não o entendem ou são antipáticos
37	sentindo que os outros não são amigos ou não gostam de você
41	sentindo inferior aos outros
61	sentindo desconfortável quando as pessoas observam ou falam de você
69	sentindo muito preocupado com os outros
73	sentindo desconfortável por comer ou beber em público

Depressão

Item	Sintoma
5	perda do interesse sexual ou prazer
14	sentindo sem energia ou para baixo
15	pensando em acabar com a vida
20	chorando facilmente
22	sentindo trapaceado ou encurralado
26	sentimento de culpa
29	sentindo sozinho
30	sentindo sem importância
31	preocupado demais com as coisas
32	sem interesse pelas coisas
54	sem esperança sobre o futuro
71	sentindo que tudo é um esforço
79	sentimentos de desvalorização

Ansiedade

Item	Sintoma
2	nervosismo ou tremores
17	tremores
23	repentinamente com medo sem razão
33	sentindo medo
39	coração batendo forte ou rápido
57	sentindo tensão ou travado
72	ondas de terror ou pânico
78	sentindo tão agitado que não é capaz de parar quieto
80	o sentimento de que algo ruim está para acontecer a você
86	pensamentos e imagens de natureza amedrontadora, aterrorizadora

Hostilidade

Item	Sintoma
11	facilmente incomodado ou irritado
24	explosões sem controle
63	ter urgência de bater, ferir ou prejudicar alguém (fazer o mal)
67	ter urgência de quebrar ou despedaçar coisas
74	usando freqüentemente muitos argumentos
81	gritando ou atirando coisas

Ansiedade Fóbica

Item	Sintoma
13	sentindo medo de espaços abertos ou na rua
25	sentimento de medo de sair de sua casa sozinho
47	sentindo medo de andar de ônibus, metrô ou trem
50	evitando lugares ou atividades porque tem medo
70	sentindo incomodado numa multidão como num shopping ou cinema
75	sentindo nervosismo quando é deixado sozinho
82	com medo de desmaiar em público

Idéias Paranóides

Item	Sintoma
8	sentindo que os outros são culpados de muitos dos seus problemas
18	sentindo que maioria das pessoas não é verdadeira
43	sentindo que é vigiado e falado pelos outros
68	ter idéias ou crenças que os outros não aceitam
76	outros não lhe dão crédito pelos seus achados
83	sentindo que as pessoas terão vantagens sobre você se você deixá-las

Psicoticismo

Item	Sintoma
7	idéia de que alguém pode controlar seus pensamentos
16	escutando vozes que outras pessoas não escutam
35	outras pessoas ficando ao par de seus pensamentos privados
62	ter pensamentos que não são seus próprios
77	sentindo sozinho mesmo quando você está com outros
84	tendo pensamentos sobre sexo que o incomodam muito
85	a idéia que você seria punido pelos seus pecados
87	a idéia de que algo sério está errado com seu corpo
88	nunca sentir-se amarrado a outra pessoa
90	a idéia de que há algo errado com sua mente

Itens Adicionais

Item	Sintoma
19	pouco apetite
44	problemas para dormir
59	pensamentos de morte ou de morrer
60	comer demais
64	acordar muito cedo
66	sono que é sem descanso, ou perturbado
89	sentimento de culpa

ANEXO B**TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE NOMES E SIGLAS UTILIZADAS NA
ESCALA**

Versão Original Symptom Checklist-90-R SCL-90-R		Versão em Português Escala de Avaliação de Sintomas-90-R SCL-90-R	
Somatization	SOM	Somatização	S
Obsessive-Compulsive	O.C	Obsessivo Compulsivo	OC
Interpersonal Sensitivity	I-S	Sensibilidade Interpessoal	SI
Depression	DEP	Depressão	D
Anxiety	ANX	Ansiedade	An
Hostility	HOS	Hostilidade	H
Phobic Anxiety	PHOB	Ansiedade Fóbica	AF
Paranoid Ideation	PAR	Idéias Paranóides	IP
Psychoticism	PSY	Psicoticismo	Ps
General Indices		Índices Gerais	
Global Severity Index	GSI	Índice Global de Severidade	IGS
Positive Symptom Distress Index	PSDI	Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos	IDSP
Positive Symptom Total	PST	Total de Sintomas Positivos	TSP

ANEXO C

VERSÃO DA ESCALA EM PORTUGUÊS

SCL - 90 - R

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS - 90 - R

Leonard R. Derogatis, PhD. (1994)

PROTOCOLO PARA PESQUISA

Tradução e Adaptação do Original

Diana Tosello Laloní (1998)

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____

Sexo: M F Estado civil: solteiro casado ou amigado separado viúvo Grau de escolaridade: analfabeto 1^a. a 4^a. 5^a. a 8^a. 2^o. Grau 3^o. Grau

Data ____/____/____

Orientações:

- 1- Preencha os dados da identificação na parte superior da folha.
- 2- Use um lápis preto para marcar a resposta.
- 3- Se você desejar alterar sua resposta, apague com cuidado a 1^a. marca e marque a nova resposta.
- 4- Não faça outras anotações fora dos círculos.

INSTRUÇÕES:

Informe ao cliente que será apresentada uma lista de problemas que as pessoas algumas vezes têm. Por favor leia-os cuidadosamente para o cliente e pinte o círculo que melhor descreve **o quanto aquele problema o tem preocupado ou angustiado durante os últimos 7 dias incluindo hoje**. Pinte o círculo em apenas 1 número para cada problema e não pule nenhum Item. Se o cliente mudar de idéia apague sua primeira marca e remarque o outro círculo. Leia o exemplo antes de começar e dê explicações extras, se necessário.

EXEMPLO					
O quanto voce esta preocupado com:					
①	②	③	④	⑤	Dores no corpo

	Nenhum Pouco Um Pouco Moderadamente Bastante Muito					O quanto voce esta preocupado com:
31	0	1	2	3	4	Preocupar-se demais com as coisas
32	0	1	2	3	4	Sentir-se desinteressado pelas coisas
33	0	1	2	3	4	Sentir medo
34	0	1	2	3	4	Sentir-se facilmente ferido em seus sentimentos
35	0	1	2	3	4	Outras pessoas estarem a par de seus pensamentos íntimos
36	0	1	2	3	4	Sentir que os outros não o entendem ou são antipáticos
37	0	1	2	3	4	Sentir que os outros não são amigos ou não gostam de você
38	0	1	2	3	4	Ter que fazer as coisas muito devagar para ter certeza de que estão corretas
39	0	1	2	3	4	Coração palpitando ou disparando
40	0	1	2	3	4	Náuseas, enjôos ou estômago ruim
41	0	1	2	3	4	Sentir-se inferior aos outros
42	0	1	2	3	4	Dores musculares (dor no corpo)
43	0	1	2	3	4	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros
44	0	1	2	3	4	Problemas para conciliar o sono
45	0	1	2	3	4	Ter que conferir e reconferir o que fez
46	0	1	2	3	4	Dificuldade para tomar decisões
47	0	1	2	3	4	Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trens
48	0	1	2	3	4	Problemas para respirar
49	0	1	2	3	4	Ondas de calor ou frio
50	0	1	2	3	4	Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que o amedrontam (dão medo)
51	0	1	2	3	4	Um "branco" na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembrar-se de algo)
52	0	1	2	3	4	Dormência ou formigamento em partes do corpo
53	0	1	2	3	4	Um nó na garganta
54	0	1	2	3	4	Sentir-se sem esperança sobre o futuro
55	0	1	2	3	4	Dificuldade de concentração
56	0	1	2	3	4	Sentir fraqueza em partes do corpo
57	0	1	2	3	4	Sentir-se tenso ou travado
58	0	1	2	3	4	Sentir peso nos braços e pernas
59	0	1	2	3	4	Pensar sobre morte ou sobre estar morrendo
60	0	1	2	3	4	Comer demais

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO

Termo de Consentimento

O presente trabalho tem por objetivo estudar a relação entre Fatores psicológicos e as doenças.

Você será entrevistado por um psicólogo clínico e responderá a instrumentos psicológicos de Auto Avaliação de Sintomas, que estarão sendo utilizados para pesquisa.

Os dados obtidos de cada indivíduo serão sigilosos, não havendo a identificação do sujeito para efeito dos resultados.

Não há riscos para o sujeito, o tempo gasto com a aplicação dos instrumentos será de aproximadamente de 30 minutos.

Os benefícios que obteremos na pesquisa permitirá que normas brasileiras sejam utilizadas na avaliação de pessoas.

Os sujeitos da pesquisa terão acompanhamento assistencial psicológico assegurado e os pesquisadores estarão à disposição deles para eventuais esclarecimentos.

Esta pesquisa deverá servir para o progresso das ciências psicológica e médica.

Eu, _____

RH no. _____, concordo em participar deste trabalho de pesquisa.

Assinatura

Diana Tosello Laloni
Psicóloga - C.R.P. 06/574
Pesquisadora

ANEXO E

CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Campinas, 27 de maio de 1998.

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Ciências Médicas
PUC - Campinas

Senhores Professores,

Encaminho às V.S^{as} 6 exemplares do projeto de pesquisa de minha autoria para avaliação e aprovação.

Conheço a resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos e comprometo-me a cumpri-la em toda sua extensão e complexidade.

Enquanto psicóloga clínica, e pesquisadora, meu compromisso com os pacientes irá muito além dos objetivos da pesquisa, o seguimento do acompanhamento psicológico faz parte também da minha responsabilidade ética e profissional.

Atenciosamente,

Profa. Diana Tosello Laloni

C.R.P. 574/06

ANEXO F

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

Campinas, 6 de março de 1998.

Prezada Senhora

Em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos para a Área da Saúde da PUCCAMP (C.E.P.S.H.A.S.P), no dia 2 de junho de 1998 avaliou-se o projeto de pesquisa intitulado "SCL-90-R: ADAPTAÇÃO, PRECISÃO E VALIDADE" a ser desenvolvido no Curso de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia desta Instituição, sob sua coordenação.

O documento foi considerado adequado à Resolução 196/96 e, dessa forma, foi **Aprovado**, e fizeram-se as seguintes considerações:.

A Carta de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser informativa ao paciente e devem constar sob forma de tópicos, conforme a Resolução 196/96;

Como auxílio para tal, encaminhamos modelo comentado do documento elaborado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Sendo só o que nos cumpre informar, aproveitamos da oportunidade para renovar votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Maria Luiza Cruz
Coordenadora do C.E.P.S.H.A.S.P
PUCCAMP

Ilustríssima Senhora
Prof. Diana Tosello Laloni

ANEXO G

COEFICIENTES DE FIDEDIGNIDADE

Coeficientes de Fidedignidade

SOMATIZAÇÃO

Summary for scale: Mean=13.4237 Std.Dv.=10.6615 Valid N:590

Cronbach alpha: .877949 Standardized alpha: .877474

Average inter-item corr.: .376024

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Squared Multp. R	Alpha if deleted
Q1	12.29661	99.65610	9.982790	.466581	.265609	.874188
Q4	12.29492	95.59778	9.777411	.622789	.432466	.865279
Q12	12.41356	96.88659	9.843099	.548397	.372061	.869628
Q27	12.04407	94.25230	9.708363	.575766	.415462	.868234
Q40	12.30847	96.80315	9.838860	.555472	.336055	.869203
Q42	12.02712	92.36536	9.610690	.681046	.529313	.861283
Q48	12.58475	98.36824	9.918077	.527375	.353931	.870781
Q49	12.52034	99.94111	9.997055	.492633	.260016	.872631
Q52	12.27966	96.47602	9.822221	.573750	.352860	.868122
Q53	12.40170	95.99627	9.797769	.590653	.373827	.867118
Q56	12.22881	95.02053	9.747848	.621619	.436907	.865234
Q58	12.26102	95.53526	9.774214	.587684	.394054	.867276

CASOS

Summary for scale: Mean=18.4745 Std.Dv.=11.7375 Valid N:196

Cronbach alpha: .877238 Standardized alpha: .876903

Average inter-item corr.: .377054

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q1	17.04082	118.4167	10.88194	.510352	.871003
Q4	16.85204	115.1159	10.72921	.641681	.863361
Q12	17.04592	120.2989	10.96809	.455414	.874113
Q27	16.45408	113.0234	10.63125	.617660	.864534
Q40	16.93878	116.0677	10.77347	.572236	.867365
Q42	16.52041	110.3822	10.50630	.732785	.857103
Q48	17.41327	120.4874	10.97667	.499581	.871451
Q49	17.11225	118.9568	10.90673	.514596	.870681
Q52	16.97449	117.0963	10.82110	.542744	.869133
Q53	17.01020	117.4183	10.83597	.506597	.871475
Q56	16.87755	115.3013	10.73785	.637930	.863600
Q58	16.97959	114.9384	10.72093	.601368	.865580

CONTROLES

Summary for scale: Mean=10.9112 Std.Dv.=9.10748 Valid N:394
 Cronbach alpha: .851869 Standardized alpha: .851191
 Average inter-item corr.: .325313

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q1	9.93655	73.55689	8.576531	.387989	.849452
Q4	10.02792	70.41800	8.391543	.547901	.838795
Q12	10.10914	69.25458	8.321934	.566538	.837306
Q27	9.85025	70.42682	8.392069	.465215	.845087
Q40	10.00508	71.24871	8.440895	.487036	.842973
Q42	9.79188	68.36279	8.268179	.589122	.835547
Q48	10.18274	69.99706	8.366425	.539773	.839271
Q49	10.23604	74.77422	8.647209	.387132	.848926
Q52	9.94416	69.79891	8.354574	.560318	.837836
Q53	10.10914	69.51855	8.337778	.606444	.834850
Q56	9.91624	68.83308	8.296571	.573799	.836729
Q58	9.91371	69.29713	8.324490	.550745	.838452

OBSESSIVIDADE

Summary for scale: Mean=11.1616 Std.Dv.=8.82845 Valid N:588
 Cronbach alpha: .847147 Standardized alpha: .846391

Average inter-item corr.: .358297

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Squared Multp. R	Alpha if deleted
Q3	9.86395	63.60394	7.975208	.515239	.297042	.836097
Q9	9.99490	63.33841	7.958543	.577502	.392319	.830015
Q10	10.05952	65.93012	8.119737	.468764	.235659	.839702
Q28	10.08673	63.43635	7.964694	.574926	.340513	.830261
Q38	10.03741	67.77071	8.232297	.389421	.188130	.846266
Q45	10.13605	64.42026	8.026223	.536690	.347157	.833750
Q46	9.98639	62.52362	7.907188	.598344	.377247	.827985
Q51	9.78401	61.49586	7.841930	.645240	.456293	.823433
Q55	10.09014	61.85072	7.864523	.659759	.469877	.822404
Q65	10.41497	66.58631	8.160044	.486698	.277359	.838013

CASOS

Summary for scale: Mean=15.6205 Std.Dv.=9.62383 Valid N:195
 Cronbach alpha: .832919 Standardized alpha: .832496
 Average inter-item corr.: .335601

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q3	13.74359	77.94451	8.828619	.412056	.828959
Q9	13.87692	73.99512	8.602041	.578637	.811921
Q10	14.17436	76.99525	8.774693	.507588	.819100
Q28	14.13333	75.25402	8.674908	.541595	.815743
Q38	14.28718	79.49702	8.916110	.400025	.829100
Q45	14.28205	76.44865	8.743492	.513403	.818534
Q46	13.88718	74.57189	8.635502	.573368	.812559
Q51	13.62051	73.91753	8.597530	.600787	.809783
Q55	13.99487	72.40511	8.509119	.667039	.803013
Q65	14.58462	79.18643	8.898676	.428757	.826294

CONTROLE

Summary for scale: Mean=8.94911 Std.Dv.=7.48859 Valid N:393
 Cronbach alpha: .821395 Standardized alpha: .821600
 Average inter-item corr.: .317659

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q3	7.938931	45.31434	6.731593	.508339	.805098
Q9	8.068703	46.86296	6.845653	.489976	.806838
Q10	8.017812	47.86991	6.918808	.388586	.817343
Q28	8.078880	45.41617	6.739152	.550862	.800421
Q38	7.928753	48.54454	6.967391	.357846	.820127
Q45	8.078880	45.69098	6.759510	.524078	.803250
Q46	8.050891	45.24932	6.726761	.543849	.801094
Q51	7.880407	44.40555	6.663749	.605433	.794373
Q55	8.152672	45.29475	6.730138	.587568	.796855
Q65	8.346056	47.42732	6.886750	.493835	.806682

SENSIBILIDADE INTRA-PESSOAL

Summary for scale: Mean=9.73401 Std.Dv.=7.82567 Valid N:594
 Cronbach alpha: .820701 Standardized alpha: .819782
 Average inter-item corr.: .337979

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Squared Multp. R	Alpha if deleted
Q6	8.942760	51.86878	7.201998	.440020	.213160	.811577
Q21	8.791245	50.98336	7.140263	.440523	.226830	.811935
Q34	8.102694	46.57026	6.824241	.602356	.369820	.792152
Q36	8.624579	48.66209	6.975822	.584739	.376690	.795194
Q37	8.639730	48.41903	6.958378	.554002	.367441	.798568
Q41	8.840067	48.98621	6.999015	.567261	.339599	.797275
Q61	8.574074	47.44316	6.887900	.607220	.375851	.791854
Q69	8.390573	49.53769	7.038301	.463972	.245753	.810041
Q73	8.966330	52.03254	7.213358	.424807	.194881	.813204

CASOS

Summary for scale: Mean=13.3300 Std.Dv.=8.66641 Valid N:200
 Cronbach alpha: .819183 Standardized alpha: .818041
 Average inter-item corr.: .336469

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q6	12.21000	62.54590	7.908597	.449752	.808856
Q21	12.16000	62.17440	7.885075	.442608	.809902
Q34	11.00500	59.26497	7.698375	.563955	.795452
Q36	11.73000	59.77710	7.731565	.559502	.796146
Q37	11.84500	59.02097	7.682511	.539328	.798477
Q41	12.05500	58.88197	7.673459	.585656	.792804
Q61	11.70500	56.64798	7.526485	.664501	.782328
Q69	11.53000	61.29910	7.829374	.452066	.809229
Q73	12.40000	63.82000	7.988742	.405351	.813545

CONTROLE

Summary for scale: Mean=7.90863 Std.Dv.=6.66744 Valid N:394

Cronbach alpha: .785746 Standardized alpha: .785852

Average inter-item corr.: .291525

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q6	7.284264	38.27960	6.187051	.370605	.777919
Q21	7.081218	36.61777	6.051262	.416118	.772911
Q34	6.629442	33.67994	5.803442	.557964	.751926
Q36	7.048223	35.63980	5.969908	.537269	.756498
Q37	7.012691	35.17496	5.930849	.518151	.758435
Q41	7.208122	36.05313	6.004426	.502041	.761196
Q61	6.984772	35.26881	5.938755	.506984	.760032
Q69	6.796954	36.02477	6.002063	.405598	.775584
Q73	7.223350	37.02626	6.084920	.431861	.770468

DEPRESSÃO

Summary for scale: Mean=15.0152 Std.Dv.=11.0730 Valid N:592

Cronbach alpha: .863985 Standardized alpha: .865628

Average inter-item corr.: .333809

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Squared Multp. R	Alpha if deleted
Q5	13.95270	106.1498	10.30290	.473131	.246710	.857848
Q14	13.74155	104.9957	10.24674	.588833	.365918	.851021
Q15	14.48480	109.8072	10.47889	.483652	.305034	.857132
Q20	13.44932	104.3049	10.21298	.486146	.297270	.857590
Q22	13.92905	104.9950	10.24671	.548460	.337170	.853177
Q26	14.04730	106.3288	10.31159	.520566	.285452	.854839
Q29	13.58615	102.2088	10.10984	.589715	.395907	.850527
Q30	13.96115	102.1488	10.10687	.654032	.506087	.846764
Q31	12.91385	106.7747	10.33318	.433338	.296825	.860545
Q32	14.05743	105.6521	10.27872	.547088	.349275	.853319
Q54	14.03547	104.3248	10.21395	.568662	.405216	.851953
Q71	13.85473	107.9282	10.38885	.451935	.256285	.858770
Q79	14.16892	105.6032	10.27634	.577391	.389495	.851762

CASOS

Summary for scale: Mean=21.1364 Std.Dv.=11.9918 Valid N:198
 Cronbach alpha: .855374 Standardized alpha: .855981
 Average inter-item corr.: .316804

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q5	19.47475	124.0978	11.13992	.423737	.851746
Q14	19.31818	123.1563	11.09758	.582255	.841379
Q15	20.43939	125.9534	11.22290	.507615	.845799
Q20	18.96970	123.3627	11.10688	.470258	.848230
Q22	19.58081	122.7283	11.07828	.505650	.845780
Q26	19.77273	124.2160	11.14522	.509703	.845475
Q29	19.01515	121.4392	11.01994	.534197	.843913
Q30	19.64647	118.0871	10.86679	.655705	.835800
Q31	18.31313	130.0838	11.40543	.368206	.853369
Q32	19.75253	122.0953	11.04967	.560930	.842251
Q54	19.84848	120.4114	10.97321	.585884	.840501
Q71	19.57071	125.8309	11.21744	.442311	.849625
Q79	19.93434	122.4957	11.06778	.559611	.842393

CONTROLE

Summary for scale: Mean=11.9391 Std.Dv.=9.16162 Valid N:394
 Cronbach alpha: .828313 Standardized alpha: .832484
 Average inter-item corr.: .279252

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q5	11.17766	74.10549	8.608455	.396613	.821912
Q14	10.93909	72.38716	8.508064	.504975	.814242
Q15	11.49239	74.92000	8.655634	.464539	.817807
Q20	10.67513	71.71679	8.468576	.402482	.823182
Q22	11.08883	71.96420	8.483171	.510934	.813700
Q26	11.17005	72.58784	8.519850	.469482	.816685
Q29	10.85787	70.28944	8.383880	.531749	.811791
Q30	11.10406	69.73283	8.350618	.612335	.805945
Q31	10.20051	73.04863	8.546849	.349673	.827515
Q32	11.19543	72.89836	8.538054	.470006	.816680
Q54	11.11421	70.72553	8.409847	.537575	.811458
Q71	10.98223	74.26110	8.617488	.383736	.822874
Q79	11.27157	72.01508	8.486170	.550426	.811330

ANSIEDADE

Summary for scale: Mean=10.6441 Std.Dv.=9.06431 Valid N:590

Cronbach alpha: .864199 Standardized alpha: .864875

Average inter-item corr.: .392276

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Squared Multp. R	Alpha if deleted
Q2	9.118644	67.69100	8.227454	.545509	.332821	.853878
Q17	9.738983	69.17934	8.317411	.530475	.326857	.854903
Q23	9.759322	67.53191	8.217780	.611907	.429480	.848581
Q33	9.491526	68.11095	8.252935	.521429	.349717	.855918
Q39	9.540678	68.37038	8.268639	.512021	.294292	.856671
Q57	9.386440	66.88456	8.178298	.585189	.353326	.850544
Q72	9.889831	67.18279	8.196510	.634592	.449197	.846838
Q78	9.544067	66.91586	8.180211	.566131	.339105	.852218
Q80	9.418644	64.02643	8.001652	.670418	.459496	.842943
Q86	9.908475	68.51366	8.277298	.591560	.402942	.850388

CASOS

Summary for scale: Mean=15.1692 Std.Dv.=9.99624 Valid N:195

Cronbach alpha: .857276 Standardized alpha: .857093

Average inter-item corr.: .379236

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q2	12.92308	83.31203	9.127542	.549627	.845067
Q17	13.76410	84.79562	9.208454	.475591	.850973
Q23	13.86154	79.98596	8.943487	.621654	.838718
Q33	13.66154	78.90083	8.882614	.630307	.837793
Q39	13.60513	84.62869	9.199386	.457552	.852678
Q57	13.25641	82.44707	9.080037	.549400	.845023
Q72	14.21538	80.58952	8.977166	.639722	.837500
Q78	13.58974	83.34964	9.129602	.472422	.851931
Q80	13.49231	78.36275	8.852274	.648202	.836108
Q86	14.15385	81.63787	9.035368	.589939	.841642

CONTROLE

Summary for scale: Mean=8.41013 Std.Dv.=7.64763 Valid N:395

Cronbach alpha: .837966 Standardized alpha: .839159

Average inter-item corr.: .345563

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q2	7.240506	49.30671	7.021874	.438320	.831958
Q17	7.751899	49.52326	7.037276	.489243	.826869
Q23	7.734177	48.97491	6.998208	.548538	.821883
Q33	7.432911	49.96195	7.068377	.391310	.836552
Q39	7.534177	48.16275	6.939939	.485838	.827676
Q57	7.475949	48.15828	6.939617	.521411	.823944
Q72	7.754430	46.76754	6.838680	.646265	.812244
Q78	7.546835	46.73388	6.836218	.579303	.818201
Q80	7.407595	44.71235	6.686729	.654300	.809960
Q86	7.812658	48.74465	6.981737	.571282	.820012

HOSTILIDADE

Summary for scale: Mean=5.39531 Std.Dv.=5.32669 Valid N:597

Cronbach alpha: .789961 Standardized alpha: .796193

Average inter-item corr.: .396399

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Squared Multp. R	Alpha if deleted
Q11	3.770519	20.01936	4.474300	.474103	.254394	.778260
Q24	4.147404	19.05030	4.364665	.567400	.346789	.752654
Q63	4.765494	20.82608	4.563560	.559290	.348026	.754230
Q67	4.842546	21.41574	4.627715	.560339	.377026	.755601
Q74	4.670017	20.70015	4.549742	.547204	.317640	.756652
Q81	4.780570	20.97195	4.579514	.573773	.361314	.751709

CASOS

Summary for scale: Mean=4.46985 Std.Dv.=4.65081 Valid N:398

Cronbach alpha: .762119 Standardized alpha: .768701

Average inter-item corr.: .358750

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q11	3.188442	15.64539	3.955426	.401580	.759992
Q24	3.437186	14.67319	3.830560	.539166	.718127
Q63	3.912060	15.39176	3.923234	.565275	.711452
Q67	3.964824	16.03896	4.004868	.541344	.719343
Q74	3.866834	16.07523	4.009393	.497939	.729095
Q81	3.979899	16.35135	4.043681	.513338	.726402

CONTROLE

Summary for scale: Mean=4.46985 Std.Dv.=4.65081 Valid N:398

Cronbach alpha: .762119 Standardized alpha: .768701

Average inter-item corr.: .358750

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q11	3.188442	15.64539	3.955426	.401580	.759992
Q24	3.437186	14.67319	3.830560	.539166	.718127
Q63	3.912060	15.39176	3.923234	.565275	.711452
Q67	3.964824	16.03896	4.004868	.541344	.719343
Q74	3.866834	16.07523	4.009393	.497939	.729095
Q81	3.979899	16.35135	4.043681	.513338	.726402

ANSIEDADE FÓBICA

Summary for scale: Mean=6.34118 Std.Dv.=6.19326 Valid N:595

Cronbach alpha: .792249 Standardized alpha: .793568

Average inter-item corr.: .356173

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Squared Multp. R	Alpha if deleted
Q13	5.421849	28.19347	5.309752	.555900	.362596	.758643
Q25	5.507563	28.43146	5.332116	.562796	.396764	.757401
Q47	5.776471	30.55339	5.527513	.524724	.301947	.766470
Q50	5.196639	28.61848	5.349624	.528113	.283639	.764172
Q70	5.359664	29.09081	5.393589	.519387	.290867	.765787
Q75	5.272269	29.39814	5.422005	.466726	.236381	.776183
Q82	5.512605	29.46329	5.428010	.492460	.249144	.770846

CASOS

Summary for scale: Mean=9.26904 Std.Dv.=7.13669 Valid N:197

Cronbach alpha: .794722 Standardized alpha: .796990

Average inter-item corr.: .364463

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q13	8.030457	35.41024	5.950650	.665773	.739527
Q25	8.218274	37.10464	6.091358	.619175	.750328
Q47	8.482233	39.00095	6.245074	.597859	.757129
Q50	7.832487	39.61153	6.293769	.475446	.777089
Q70	7.766498	39.41756	6.278340	.467074	.778839
Q75	7.705584	40.17728	6.338555	.401619	.791535
Q80	7.578680	38.80218	6.229140	.464432	.780145

CONTROLE

Summary for scale: Mean=5.49246 Std.Dv.=5.47986 Valid N:398

Cronbach alpha: .767855 Standardized alpha: .767285

Average inter-item corr.: .322930

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q13	4.733668	22.96927	4.792626	.461263	.744721
Q25	4.763819	22.53718	4.747334	.497629	.737043
Q47	5.032663	25.08687	5.008680	.395877	.756472
Q50	4.489950	21.73231	4.661793	.541054	.727431
Q70	4.768844	23.12747	4.809103	.508086	.735419
Q75	4.678392	22.87144	4.782410	.497371	.737158
Q80	4.487437	21.68200	4.656394	.513708	.733982

IDÉIAS PARANÓICAS

Summary for scale: Mean=6.64370 Std.Dv.=5.47484 Valid N:595
 Cronbach alpha: .752031 Standardized alpha: .751913
 Average inter-item corr.: .336204

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Squared Multp. R	Alpha if deleted
Q8	5.766387	23.00257	4.796099	.431964	.192609	.731562
Q18	4.914286	20.97249	4.579573	.494303	.245017	.716177
Q43	5.620168	21.78178	4.667095	.476556	.232785	.720409
Q68	5.899159	23.06546	4.802651	.463262	.217202	.724152
Q76	5.494118	21.28862	4.613959	.533463	.286114	.704590
Q83	5.524370	20.75360	4.555613	.549048	.302817	.699725

CASOS

Summary for scale: Mean=8.35859 Std.Dv.=5.80720 Valid N:198
 Cronbach alpha: .731021 Standardized alpha: .730433
 Average inter-item corr.: .312179

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q8	7.090909	25.42608	5.042428	.389043	.715775
Q18	6.186869	24.66710	4.966599	.472945	.691493
Q43	7.191919	23.85206	4.883857	.489045	.686526
Q68	7.454545	26.05602	5.104509	.426865	.704550
Q76	6.863636	24.48141	4.947869	.459585	.695337
Q83	7.005051	22.84341	4.779478	.557392	.664894

CONTROLE

Summary for scale: Mean=5.78841 Std.Dv.=5.09709 Valid N:397
 Cronbach alpha: .747262 Standardized alpha: .748695
 Average inter-item corr.: .332541

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q8	5.105793	20.48251	4.525761	.424329	.727107
Q18	4.279597	17.91930	4.233120	.474905	.716483
Q43	4.836272	18.90266	4.347719	.464493	.717065
Q68	5.123425	19.76562	4.445855	.475250	.714583
Q76	4.811083	18.29429	4.277182	.554007	.691891
Q83	4.785894	18.07254	4.251182	.529468	.698319

PSICOTICISMO

Summary for scale: Mean=8.70339 Std.Dv.=8.15773 Valid N:590

Cronbach alpha: .833214 Standardized alpha: .833065

Average inter-item corr.: .334965

	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Squared Multp. R	Alpha if deleted
Q7	8.023728	56.66045	7.527314	.479303	.280926	.822091
Q16	8.277966	59.12613	7.689352	.434504	.216250	.826266
Q35	7.871186	56.03426	7.485603	.470760	.254300	.822923
Q62	7.886441	54.40575	7.376025	.546766	.321817	.815628
Q77	7.576271	53.05096	7.283609	.549649	.340683	.815391
Q84	7.933898	55.29902	7.436331	.491423	.270937	.821053
Q85	7.803390	55.64270	7.459404	.481278	.245646	.821987
Q87	7.435593	52.76788	7.264151	.532834	.324205	.817569
Q88	7.900000	53.81543	7.335900	.608314	.396232	.809859
Q90	7.622034	51.29951	7.162368	.636457	.457168	.805736

CASOS

Summary for scale: Mean=11.6970 Std.Dv.=8.31298 Valid N:198

Cronbach alpha: .779604 Standardized alpha: .779787

Average inter-item corr.: .264557

	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q7	10.84343	59.74821	7.729697	.354730	.771717
Q16	11.18182	60.94674	7.806839	.405234	.766983
Q35	10.76263	58.06992	7.620362	.424767	.763600
Q62	10.50505	55.96714	7.481119	.479417	.756576
Q77	9.89899	55.58575	7.455585	.470041	.757851
Q84	10.73232	60.10512	7.752749	.284269	.781566
Q85	10.73232	57.24653	7.566144	.456873	.759653
Q87	9.99495	54.66159	7.393348	.477655	.756997
Q88	10.65152	54.99472	7.415843	.565936	.745710
Q90	9.96970	53.24150	7.296678	.559154	.745032

CONTROLE

Summary for scale: Mean=7.19133 Std.Dv.=7.65507 Valid N:392

Cronbach alpha: .852128 Standardized alpha: .852919

Average inter-item corr.: .369024

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Q7	6.599490	49.05643	7.004029	.552027	.838697
Q16	6.811224	51.79600	7.196944	.452218	.846619
Q35	6.410714	48.65019	6.974969	.505055	.842703
Q62	6.563776	48.40410	6.957305	.556967	.838095
Q77	6.403061	47.66918	6.904287	.550404	.838717
Q84	6.520408	46.91795	6.849668	.625300	.831878
Q85	6.323979	48.31086	6.950601	.512691	.842144
Q87	6.142857	46.83163	6.843364	.528341	.841726
Q88	6.510204	47.46418	6.889425	.623135	.832385
Q90	6.436224	46.12859	6.791803	.650157	.829347

ANEXO H

COEFICIENTES DE FIDEDIGNIDADE DO TESTE-RETESTE

Somatização

Cronbach alpha, full scale:	.84312	Standardized alpha:	.83693
Corr. 1st & 2nd half:	.253258	Attenuation corrected:	.308009
Split-half reliability:	.404159	Guttman split-half:	.390544

	Summary 1st Half	Summary 2nd Half
No.Items	12.000	12.000
Mean:	19.188	12.000
Std.Dv.	11.232	8.367
Variance	126.162	70.000
Alpha	.850	.795

Obsessão – Compulsão

Cronbach alpha, full scale:	.86039	Standardized alpha:	.85565
Corr. 1st & 2nd half:	.467308	Attenuation corrected:	.576731
Split-half reliability:	.636960	Guttman split-half:	.627632

	Summary 1st Half	Summary 2nd Half
No.Items	10.000	10.000
Mean:	12.375	10.250
Std.Dv.	8.808	7.151
Variance	77.583	51.133
Alpha	.834	.787

Sensibilidade Intrapessoal

Cronbach alpha, full scale:	.91318	Standardized alpha:	.92336
Corr. 1st & 2nd half:	.507257	Attenuation corrected:	.566887
Split-half reliability:	.673087	Guttman split-half:	.668107

	Summary 1st Half	Summary 2nd Half
No.Items	9.000	9.000
Mean:	10.750	7.188
Std.Dv.	9.448	8.134
Variance	89.267	66.162
Alpha	.879	.911

Depressão

Cronbach alpha, full scale:	.86951	Standardized alpha:	.87847
Corr. 1st & 2nd half:	.310458	Attenuation corrected:	.368097
Split-half reliability:	.473816	Guttman split-half:	.460061

	Summary 1st Half	Summary 2nd Half
No.Items	13.000	13.000
Mean:	17.500	13.813
Std.Dv.	12.681	9.593
Variance	160.800	92.029
Alpha	.876	.812

Ansiedade

Cronbach alpha, full scale:	.85593	Standardized alpha:	.84974
Corr. 1st & 2nd half:	.571983	Attenuation corrected:	.728118
Split-half reliability:	.727722	Guttman split-half:	.716967

	Summary 1st Half	Summary 2nd Half
No.Items	10.000	10.000
Mean:	10.867	8.400
Std.Dv.	8.408	6.770
Variance	70.695	45.829
Alpha	.794	.777

Hostilidade

Cronbach alpha, full scale: .82288 Standardized alpha: .81808
 Corr. 1st & 2nd half: .656246 Attenuation corrected: .922915
 Split-half reliability: .792450 Guttman split-half: .772604

	Summary 1st Half	Summary 2nd Half
No.Items	6.000	6.000
Mean:	5.688	4.750
Std.Dv.	5.338	3.992
Variance	28.496	15.933
Alpha	.740	.683

Ansiedade Fóbica

Cronbach alpha, full scale: .90346 Standardized alpha: .89748
 Corr. 1st & 2nd half: .690898 Attenuation corrected: .818791
 Split-half reliability: .817197 Guttman split-half: .788652

	Summary 1st Half	Summary 2nd Half
No.Items	7.000	7.000
Mean: 7.500	5.188	
Std.Dv.	8.262	5.833
Variance	68.267	34.029
Alpha .880	.809	

Paranóia

Cronbach alpha, full scale: .80538 Standardized alpha: .80717
 Corr. 1st & 2nd half: .622817 Attenuation corrected: .904597
 Split-half reliability: .767575 Guttman split-half: .767575

	Summary 1st Half	Summary 2nd Half
No.Items	6.000	6.000
Mean:	5.688	4.188
Std.Dv.	4.453	4.446
Variance	19.829	19.763
Alpha	.639	.741

Psicoticismo

Cronbach alpha, full scale:	.89267	Standardized alpha:	.89522
Corr. 1st & 2nd half:	.646096	Attenuation corrected:	.775157
Split-half reliability:	.785004	Guttman split-half:	.784803

	Summary	Summary
	1st Half	2nd Half
No.Items	10.000	10.000
Mean:	8.400	6.600
Std.Dv.	8.113	7.881
Variance	65.829	62.114
Alpha	.800	.868

ANEXO I

ESTRUTURA FATORIAL DO GRUPO CASO

Estrutura Fatorial - Grupo Caso
 Rotação Varimax / Comp. Principais

Item	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	FACTOR4	Dimensão
2	0.22	0.33	0.50	0.08	ansi
17	0.21	0.17	0.50	0.17	ansi
23	0.25	0.38	0.19	0.59	ansi
33	0.28	0.25	0.11	0.71	ansi
39	0.33	-0.02	0.48	0.27	ansi
57	0.24	0.41	0.47	0.13	ansi
72	0.37	0.15	0.35	0.45	ansi
78	0.36	0.47	0.12	0.16	ansi
80	0.54	0.18	0.33	0.39	ansi
86	0.52	0.16	0.20	0.40	ansi
19	0.23	0.11	0.02	0.22	comp
44	0.12	0.35	0.34	0.21	comp
59	0.44	0.10	0.18	0.47	comp
60	0.18	0.26	0.11	-0.06	comp
64	0.07	0.51	0.25	0.13	comp
66	0.14	0.50	0.35	0.26	comp
89	0.55	0.15	0.13	0.16	comp
5	0.19	0.38	0.34	0.05	dep
14	0.11	0.39	0.31	0.30	dep
15	0.46	0.06	0.17	0.42	dep
20	0.24	0.45	0.21	0.02	dep
22	0.45	0.29	0.19	0.13	dep
26	0.53	0.25	0.03	0.18	dep
29	0.23	0.48	0.06	0.33	dep
30	0.43	0.42	0.07	0.31	dep
31	0.05	0.45	0.26	0.15	dep
32	0.27	0.38	0.06	0.40	dep
54	0.45	0.29	0.17	0.33	dep
71	0.08	0.56	0.22	0.17	dep
79	0.46	0.28	0.18	0.31	dep
13	0.18	0.13	0.27	0.70	fob
25	0.02	0.12	0.19	0.74	fob
47	-0.01	0.10	0.22	0.65	fob
50	0.16	0.14	0.34	0.37	fob
70	0.22	0.31	0.17	0.38	fob
75	0.06	0.40	0.10	0.45	fob
82	0.23	0.12	0.36	0.47	fob
11	0.34	0.43	0.29	0.16	host
24	0.36	0.27	0.36	0.25	host
63	0.44	0.17	0.19	-0.01	host
67	0.61	0.16	0.14	0.04	host
74	0.66	0.12	0.20	0.05	host
81	0.56	0.24	0.11	0.10	host

6	0.27	0.46	0.03	0.03 int
21	0.34	0.42	0.17	0.03 int
34	0.32	0.52	0.16	0.27 int
36	0.49	0.39	0.17	0.03 int
37	0.48	0.31	0.00	0.24 int
41	0.46	0.43	0.09	0.23 int
61	0.44	0.42	0.10	0.26 int
69	0.14	0.41	0.28	0.30 int
73	0.28	0.25	0.21	0.25 int
8	0.22	0.36	0.04	0.12 noia
18	0.27	0.35	0.21	0.16 noia
43	0.59	0.24	0.07	0.21 noia
68	0.50	0.08	0.33	0.14 noia
76	0.43	0.53	0.06	-0.12 noia
83	0.52	0.21	0.26	0.07 noia
3	0.40	0.15	0.18	0.47 obss
9	0.20	0.33	0.40	0.18 obss
10	0.37	0.43	0.08	0.13 obss
28	0.15	0.40	0.23	0.40 obss
38	0.10	0.37	0.13	0.22 obss
45	0.03	0.53	0.11	0.23 obss
46	0.20	0.57	0.28	0.05 obss
51	0.20	0.41	0.47	0.30 obss
55	0.34	0.50	0.25	0.24 obss
65	0.27	0.43	0.15	-0.01 obss
7	0.42	0.14	-0.03	0.18 psi
16	0.33	0.07	0.22	0.27 psi
35	0.49	0.11	0.00	0.13 psi
62	0.44	0.05	0.30	0.41 psi
77	0.25	0.60	0.01	0.34 psi
84	0.45	0.24	0.10	-0.15 psi
85	0.58	0.06	0.14	0.11 psi
87	0.38	0.23	0.28	0.28 psi
88	0.49	0.28	0.20	0.27 psi
90	0.49	0.36	0.26	0.24 psi
1	0.29	0.17	0.56	-0.01 soma
4	0.11	0.17	0.69	0.08 soma
12	0.36	-0.11	0.56	0.12 soma
27	0.08	0.26	0.60	0.06 soma
40	0.13	0.20	0.55	0.22 soma
42	-0.04	0.35	0.69	0.17 soma
48	0.21	-0.18	0.56	0.24 soma
49	0.06	0.20	0.57	0.18 soma
52	0.15	0.11	0.57	0.08 soma
53	0.16	0.27	0.42	0.25 soma
56	-0.01	0.18	0.71	0.16 soma
58	0.04	0.26	0.60	0.16 soma

ANEXO J

ESTRUTURA FATORIAL DO GRUPO CONTROLE

Estrutura Fatorial - Grupo Controle
 Rotação Varimax / Comp. Principais

Item	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	FACTOR4	Dimensões
2	0.30	0.12	0.38	0.35	ansi
17	0.26	0.25	0.49	0.19	ansi
23	0.39	0.30	0.23	0.30	ansi
33	0.26	0.29	0.26	0.23	ansi
39	0.23	0.27	0.59	0.04	ansi
57	0.32	0.28	0.27	0.34	ansi
72	0.42	0.48	0.34	0.08	ansi
78	0.38	0.49	0.15	0.23	ansi
80	0.47	0.31	0.36	0.28	ansi
86	0.39	0.51	0.29	0.09	ansi
19	0.01	0.11	0.36	0.16	comp
44	0.17	0.26	0.41	0.31	comp
59	0.52	0.21	0.18	0.13	comp
60	0.12	0.20	0.08	0.27	comp
64	-0.06	0.19	0.27	0.57	comp
66	0.29	0.21	0.36	0.50	comp
89	0.46	0.43	0.22	0.18	comp
5	0.36	-0.08	0.27	0.26	dep
14	0.42	-0.07	0.36	0.33	dep
15	0.65	0.08	0.12	-0.01	dep
20	0.10	0.12	0.21	0.51	dep
22	0.52	0.18	0.23	0.22	dep
26	0.42	0.24	0.17	0.21	dep
29	0.41	0.12	0.18	0.39	dep
30	0.64	0.05	0.24	0.18	dep
31	0.03	0.17	0.08	0.61	dep
32	0.46	0.02	0.27	0.18	dep
54	0.60	0.15	0.22	0.06	dep
71	0.14	0.51	0.05	0.28	dep
79	0.50	0.29	0.34	0.05	dep
13	0.16	0.35	0.28	0.14	fob
25	0.02	0.39	0.32	0.08	fob
47	-0.03	0.47	0.35	-0.10	fob
50	0.19	0.57	0.25	0.25	fob
70	0.12	0.61	0.10	0.26	fob
75	0.22	0.46	0.25	0.28	fob
82	0.18	0.43	0.40	0.09	fob
11	0.41	0.04	0.26	0.50	host
24	0.48	0.17	0.28	0.35	host
63	0.54	0.23	0.02	0.06	host
67	0.60	0.28	0.08	0.07	host
74	0.36	0.51	0.14	0.04	host
81	0.43	0.41	0.07	0.15	host
6	0.53	-0.02	0.16	0.19	int
21	0.28	0.11	0.16	0.26	int
34	0.42	0.23	0.16	0.41	int
36	0.37	0.13	0.00	0.52	int

37	0.32	0.23	0.11	0.45 int
41	0.51	0.12	0.20	0.23 int
61	0.26	0.36	0.02	0.47 int
69	0.12	0.41	0.20	0.41 int
73	0.17	0.48	0.23	0.10 int
8	0.51	0.13	0.24	0.12 noia
18	0.21	0.25	0.18	0.47 noia
43	0.42	0.34	0.13	0.32 noia
68	0.41	0.36	0.05	0.24 noia
76	0.47	0.37	0.13	0.30 noia
83	0.46	0.38	0.14	0.23 noia
3	0.45	0.19	0.18	0.35 obss
9	0.21	0.24	0.36	0.14 obss
10	0.34	0.04	0.31	0.21 obss
28	0.48	0.27	0.28	0.23 obss
38	0.07	0.47	0.02	0.23 obss
45	0.23	0.52	0.11	0.30 obss
46	0.41	0.29	0.22	0.13 obss
51	0.32	0.36	0.43	0.19 obss
55	0.53	0.31	0.28	0.20 obss
65	0.24	0.34	0.18	0.32 obss
7	0.45	0.28	0.17	0.05 psi
16	0.42	0.21	0.24	0.10 psi
35	0.33	0.35	0.01	0.23 psi
62	0.52	0.41	0.16	0.08 psi
77	0.51	0.31	0.10	0.20 psi
84	0.40	0.37	0.19	0.13 psi
85	0.29	0.47	0.19	0.08 psi
87	0.29	0.30	0.37	0.10 psi
88	0.52	0.40	0.17	0.09 psi
90	0.57	0.47	0.25	0.06 psi
1	0.07	0.04	0.48	0.15 soma
4	0.16	0.02	0.57	0.19 soma
12	0.30	0.12	0.64	-0.05 soma
27	0.06	0.14	0.53	0.14 soma
40	0.16	0.06	0.54	0.18 soma
42	0.08	0.06	0.62	0.18 soma
48	0.19	0.11	0.57	-0.05 soma
49	0.15	0.28	0.40	0.11 soma
52	0.24	0.18	0.50	0.08 soma
53	0.28	0.22	0.51	0.15 soma
56	0.33	0.13	0.56	0.14 soma
58	0.26	0.15	0.44	0.08 soma

ANEXO K

ESTRUTURA FATORIAL DO GRUPO GERAL

Tabela da Estrutura Fatorial da SCL-90-R - Geral

Itens	Fator 1	Fator2	Fator 3	Fator 4
1	.158	.530	.173	.059
2	.247	.478	.404	.105
3	.423	.255	.321	.238
4	.116	.651	.217	.108
5	.246	.383	.380	-.018
6	.376	.136	.367	.001
7	.496	.085	.107	.150
8	.393	.212	.297	.039
9	.236	.398	.265	.235
10	.373	.253	.280	.052
11	.338	.338	.529	.045
12	.328	.642	-.031	.096
13	.233	.233	.114	.608
14	.252	.425	.390	.080
15	.533	.211	.076	.157
16	.385	.217	.071	.259
17	.278	.509	.219	.194
18	.267	.171	.421	.214
19	.102	.185	.139	.189
20	.157	.243	.531	.050
21	.302	.171	.337	.095
22	.484	.246	.292	.123
23	.370	.227	.353	.433
24	.430	.360	.313	.166
25	.092	.208	.079	.671
26	.497	.166	.284	.095
27	.074	.575	.255	.116
28	.367	.294	.329	.295
29	.329	.232	.507	.103
30	.520	.247	.340	.080

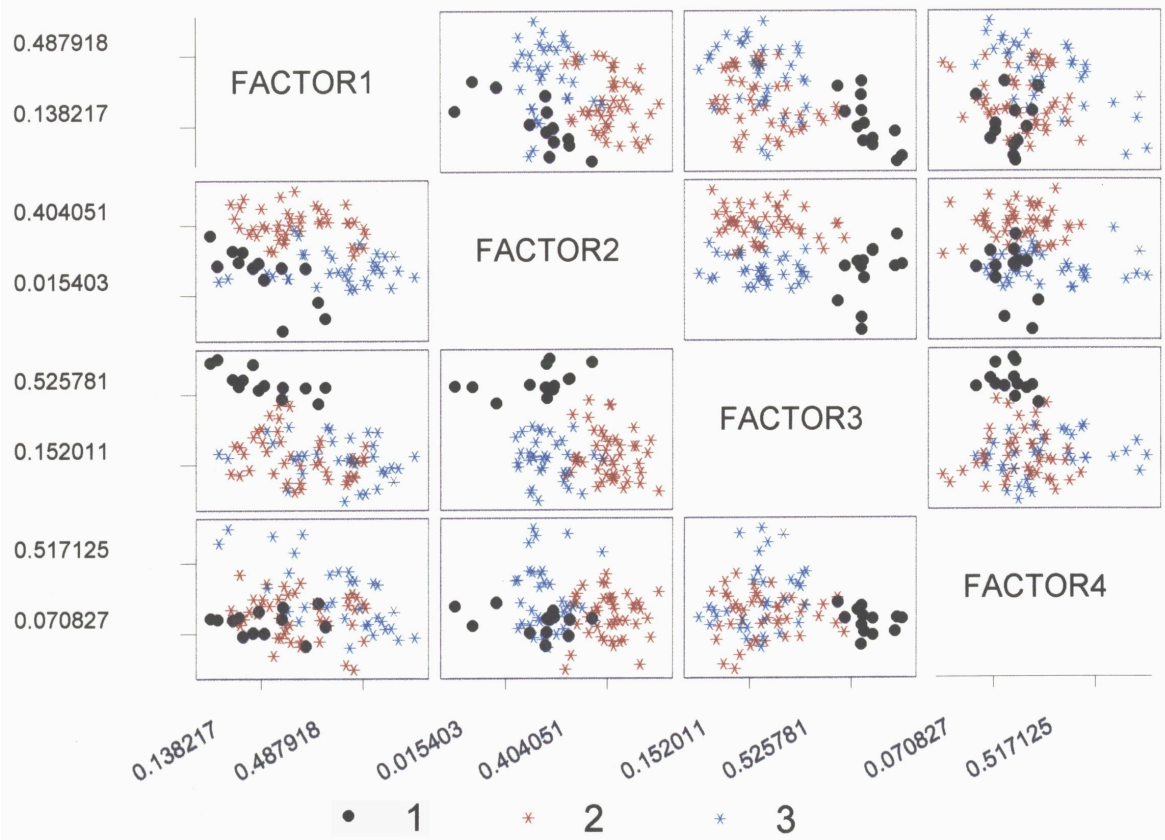
Itens	Fator 1	Fator2	Fator 3	Fator 4
31	.055	.167	.594	.149
32	.375	.268	.322	.133
33	.301	.178	.245	.541
34	.389	.222	.530	.153
35	.488	.012	.165	.123
36	.417	.111	.498	.039
37	.433	.066	.386	.195
38	.173	.012	.270	.392
39	.317	.562	.053	.218
40	.141	.541	.200	.215
41	.468	.178	.371	.176
42	.036	.662	.277	.147
43	.544	.074	.256	.244
44	.151	.385	.406	.246
45	.257	.091	.395	.378
46	.339	.286	.411	.153
47	.060	.236	.056	.638
48	.220	.579	-.123	.152
49	.150	.489	.208	.215
50	.268	.200	.202	.543
51	.311	.457	.351	.313
52	.203	.536	.116	.169
53	.241	.479	.262	.253
54	.542	.258	.180	.148
55	.471	.311	.388	.221
56	.159	.637	.201	.177
57	.308	.380	.430	.179
58	.158	.526	.208	.160
59	.490	.238	.160	.273
60	.198	.063	.246	.078

Itens	Fator 1	Fator2	Fator 3	Fator 4
61	.383	.044	.462	.307
62	.546	.256	.119	.310
63	.535	.145	.122	-.009
64	.017	.238	.570	.222
65	.290	.141	.390	.198
66	.227	.382	.547	.228
67	.628	.135	.124	.062
68	.500	.167	.193	.145
69	.202	.197	.442	.321
70	.260	.090	.366	.483
71	.209	.097	.430	.343
72	.483	.308	.095	.450
73	.330	.188	.175	.340
74	.613	.183	.087	.126
75	.218	.187	.386	.439
76	.513	.119	.442	.025
77	.441	.152	.470	.196
78	.419	.148	.416	.266
79	.515	.301	.193	.232
80	.523	.368	.269	.270
81	.567	.120	.209	.127
82	.308	.357	.049	.429
83	.550	.185	.209	.157
84	.478	.134	.209	.083
85	.512	.129	.049	.193
86	.539	.239	.141	.368
87	.386	.349	.198	.218
88	.573	.200	.211	.227
89	.563	.194	.192	.192
90	.592	.297	.287	.247

ANEXO L

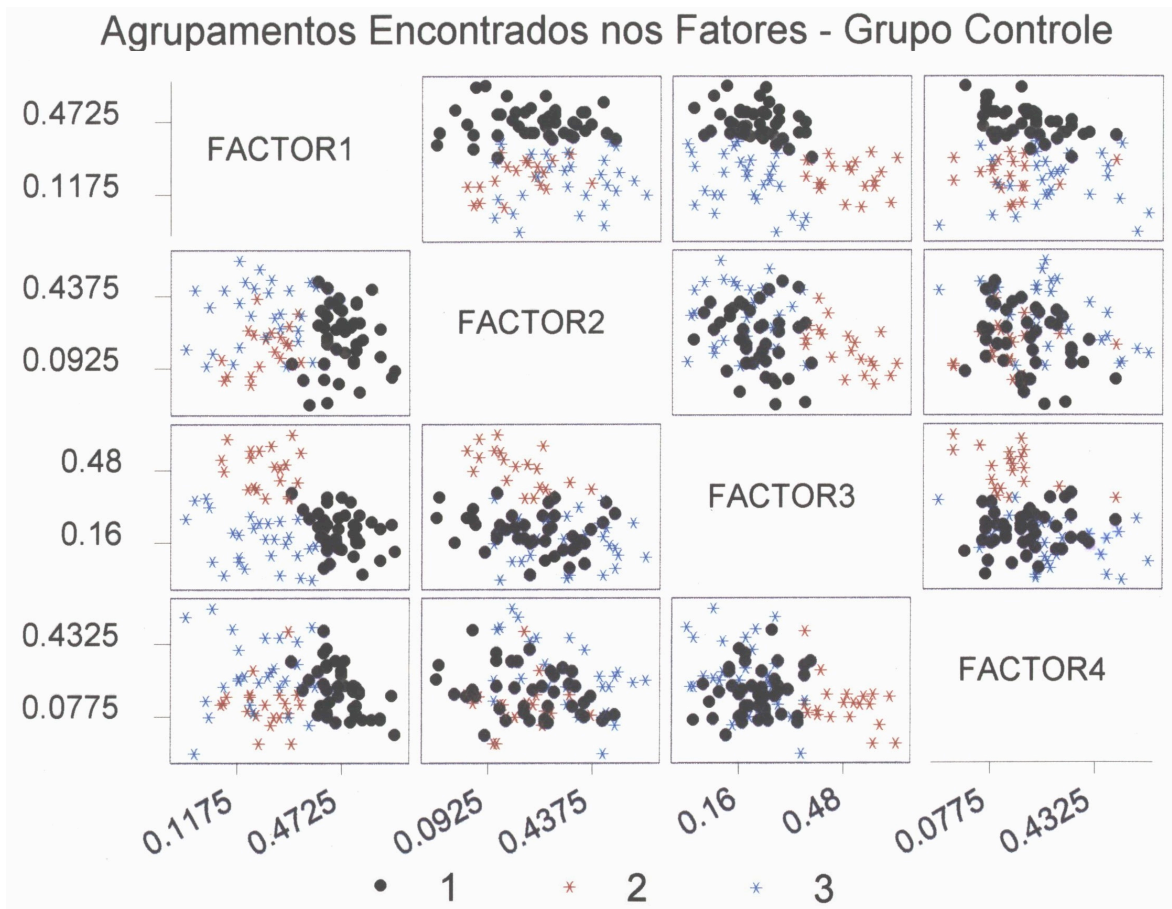
AGRUPAMENTO DO GRUPO CASO

Agrupamentos Encontrados nos Fatores - Grupo Caso



ANEXO M

AGRUPAMENTO DO GRUPO CONTROLE



ANEXO N

PERFIS DE RESPOSTA

Análise de Perfis de Resposta – Coordenadas e Medidas de Inércia da ACM

Análise de Correspondência Simples dos Perfis de Resposta - Grupo Caso

HISTOGRAMME DES 4 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR	POURCENT.	POURCENT.	
	PROPRE		CUMULE	
1	0.0861	77.80	77.80	*****
2	0.0154	13.92	91.72	*****
3	0.0054	4.84	96.57	****
4	0.0038	3.43	100.00	****

Coordenadas, Contribuições e Qualidade de Rep. no Eixo das Categorias de Resposta
(Escala de Likert)

IDEN - LIBELLE COURT	FREQUENCES		COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRES				
	P.REL	DISTO	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0
CAT0 - Nenhum	43.26	0.11	0.33	0.03	0.01	0.00	0.00	53.7	2.7	0.3	0.0	0.0	0.99	0.01	0.00	0.00	0.00
CAT1 - Pouco	16.03	0.07	-0.12	-0.21	-0.08	0.06	0.00	2.9	45.6	19.5	16.0	0.0	0.22	0.63	0.09	0.05	0.00
CAT2 - Moderado	10.20	0.09	-0.21	-0.11	0.01	-0.17	0.00	5.4	8.1	0.0	76.2	0.0	0.53	0.14	0.00	0.33	0.00
CAT3 - Bastante	13.13	0.12	-0.30	-0.02	0.16	0.05	0.00	13.9	0.3	65.3	7.4	0.0	0.76	0.00	0.22	0.02	0.00
CAT4 - Muito	17.38	0.16	-0.35	0.20	-0.07	0.01	0.00	24.1	43.3	14.9	0.4	0.0	0.74	0.24	0.03	0.00	0.00

Coordenadas, Contribuições e Qualidade de Rep. no Eixo dos Itens

INDIVIDUS	FREQUENCES		COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRES				
	P.REL	DIST	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0
q1	1.11	0.03	-0.06	-0.16	-0.07	0.04	0.00	0.0	1.8	1.1	0.4	0.0	0.10	0.72	0.15	0.04	0.00
q2	1.11	0.38	-0.58	-0.07	0.21	0.03	0.00	4.3	0.3	9.2	0.2	0.0	0.87	0.01	0.12	0.00	0.00
q3	1.11	0.09	-0.25	0.08	0.15	0.03	0.00	0.8	0.5	4.5	0.3	0.0	0.68	0.07	0.23	0.01	0.00
q4	1.11	0.12	-0.22	-0.24	-0.08	-0.07	0.00	0.7	4.3	1.5	1.5	0.0	0.41	0.49	0.06	0.04	0.00
q5	1.11	0.07	-0.04	0.24	-0.10	0.03	0.00	0.0	4.2	2.1	0.2	0.0	0.02	0.82	0.14	0.01	0.00
q6	1.11	0.05	0.19	-0.08	-0.06	0.00	0.00	0.5	0.5	0.7	0.0	0.0	0.78	0.15	0.07	0.00	0.00
q7	1.11	0.17	0.41	-0.02	-0.01	0.01	0.00	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
q8	1.11	0.02	0.11	-0.05	-0.05	0.06	0.00	0.2	0.2	0.4	1.2	0.0	0.59	0.12	0.09	0.19	0.00
q9	1.11	0.08	-0.23	-0.03	-0.06	0.16	0.00	0.7	0.1	0.8	7.9	0.0	0.62	0.01	0.05	0.32	0.00
q10	1.11	0.07	-0.08	-0.21	-0.06	0.11	0.00	0.1	3.1	0.7	3.7	0.0	0.09	0.66	0.05	0.19	0.00
q11	1.11	0.33	-0.57	0.09	0.01	-0.05	0.00	4.1	0.5	0.0	0.7	0.0	0.97	0.02	0.00	0.01	0.00
q12	1.11	0.04	-0.05	-0.19	-0.08	0.01	0.00	0.0	2.6	1.3	0.0	0.0	0.06	0.80	0.14	0.00	0.00
q13	1.11	0.07	0.21	0.16	-0.03	0.04	0.00	0.5	1.8	0.2	0.5	0.0	0.61	0.36	0.01	0.03	0.00
q14	1.11	0.24	-0.38	-0.30	-0.02	-0.08	0.00	1.9	6.4	0.1	2.1	0.0	0.60	0.37	0.00	0.03	0.00
q15	1.11	0.39	0.60	0.18	-0.02	0.06	0.00	4.6	2.3	0.1	1.0	0.0	0.91	0.08	0.00	0.01	0.00
q16	1.11	0.43	0.66	0.01	-0.02	-0.01	0.00	5.6	0.0	0.1	0.0	0.0	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
q17	1.11	0.06	-0.06	-0.23	-0.08	0.00	0.00	0.0	3.8	1.4	0.0	0.0	0.05	0.84	0.10	0.00	0.00
q18	1.10	0.29	-0.52	-0.06	0.13	-0.02	0.00	3.4	0.3	3.2	0.1	0.0	0.93	0.01	0.05	0.00	0.00
q19	1.11	0.05	0.20	-0.02	-0.06	-0.02	0.00	0.5	0.0	0.7	0.1	0.0	0.90	0.01	0.08	0.01	0.00

q20	1.11	0.24	-0.38	0.28	-0.03	-0.13	0.00	1.9	5.7	0.2	4.7	0.0	0.60	0.33	0.00	0.07	0.00	
q21	1.11	0.04	0.20	0.00	0.02	-0.01	0.00	0.5	0.0	0.1	0.0	0.0	0.98	0.00	0.01	0.00	0.00	
q22	1.11	0.01	-0.04	0.04	-0.03	-0.01	0.00	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	0.37	0.37	0.22	0.04	0.00	
q23	1.11	0.02	0.12	0.02	-0.04	-0.03	0.00	0.2	0.0	0.3	0.3	0.0	0.83	0.02	0.10	0.06	0.00	
q24	1.11	0.04	-0.10	0.15	-0.09	0.05	0.00	0.1	1.6	1.7	0.8	0.0	0.23	0.52	0.18	0.07	0.00	
q25	1.11	0.12	0.31	0.12	-0.06	-0.08	0.00	1.3	1.0	0.8	1.9	0.0	0.80	0.11	0.03	0.05	0.00	
q26	1.11	0.02	0.01	-0.15	-0.01	0.05	0.00	0.0	1.6	0.0	0.8	0.0	0.00	0.88	0.01	0.11	0.00	
q27	1.11	0.13	-0.31	0.16	0.02	0.06	0.00	1.3	1.8	0.0	1.0	0.0	0.77	0.20	0.00	0.03	0.00	
q28	1.10	0.03	-0.05	-0.03	-0.12	-0.12	0.00	0.0	0.0	2.9	4.4	0.0	0.06	0.02	0.44	0.47	0.00	
q29	1.11	0.20	-0.39	0.18	-0.10	0.00	0.00	2.0	2.4	2.2	0.0	0.0	0.78	0.17	0.05	0.00	0.00	
q30	1.11	0.02	-0.03	0.01	-0.14	-0.03	0.00	0.0	0.0	4.3	0.2	0.0	0.05	0.00	0.91	0.04	0.00	
q31	1.11	0.78	-0.79	0.39	0.04	-0.01	0.00	8.1	10.8	0.3	0.1	0.0	0.80	0.19	0.00	0.00	0.00	
q32	1.11	0.02	0.01	-0.06	-0.08	-0.09	0.00	0.0	0.3	1.2	2.2	0.0	0.01	0.21	0.34	0.44	0.00	
q33	1.11	0.00	0.00	0.07	-0.02	0.00	0.00	0.0	0.3	0.1	0.0	0.0	0.00	0.94	0.06	0.00	0.00	
q34	1.11	0.33	-0.55	0.14	0.04	0.07	0.00	3.9	1.4	0.3	1.6	0.0	0.92	0.06	0.00	0.02	0.00	
q35	1.11	0.16	0.38	0.01	0.14	-0.02	0.00	1.8	0.0	4.2	0.1	0.0	0.87	0.00	0.12	0.00	0.00	
q36	1.11	0.06	-0.15	-0.14	0.13	-0.07	0.00	0.3	1.4	3.3	1.3	0.0	0.37	0.31	0.26	0.07	0.00	
q37	1.11	0.00	0.00	0.05	-0.04	0.01	0.00	0.0	0.2	0.3	0.0	0.0	0.00	0.62	0.36	0.02	0.00	
q38	1.11	0.03	0.05	-0.09	0.06	-0.14	0.00	0.0	0.6	0.7	5.4	0.0	0.08	0.26	0.10	0.56	0.00	
q39	1.11	0.04	-0.13	-0.13	-0.01	-0.04	0.00	0.2	1.3	0.0	0.5	0.0	0.47	0.48	0.00	0.05	0.00	
q40	1.11	0.04	-0.07	-0.05	0.16	-0.08	0.00	0.1	0.2	5.5	2.0	0.0	0.11	0.06	0.66	0.17	0.00	
q41	1.11	0.01	0.12	-0.02	-0.03	-0.02	0.00	0.2	0.0	0.2	0.1	0.0	0.89	0.02	0.07	0.02	0.00	
q42	1.11	0.14	-0.36	-0.01	-0.13	-0.01	0.00	1.6	0.0	3.7	0.0	0.0	0.88	0.00	0.12	0.00	0.00	
q43	1.11	0.06	0.22	0.05	-0.05	0.09	0.00	0.6	0.2	0.6	2.5	0.0	0.77	0.05	0.04	0.14	0.00	
q44	1.11	0.15	-0.31	0.21	-0.09	0.04	0.00	1.2	3.3	1.7	0.4	0.0	0.63	0.31	0.06	0.01	0.00	
q45	1.11	0.01	0.05	-0.08	-0.07	0.00	0.00	0.0	0.4	1.1	0.0	0.0	0.18	0.43	0.40	0.00	0.00	
q46	1.11	0.06	-0.21	-0.06	0.12	0.01	0.00	0.5	0.2	2.9	0.0	0.0	0.70	0.06	0.24	0.00	0.00	
q47	1.11	0.25	0.50	0.06	0.06	0.04	0.00	3.2	0.3	0.8	0.4	0.0	0.97	0.01	0.02	0.01	0.00	
q48	1.11	0.07	0.21	-0.16	0.03	-0.05	0.00	0.6	1.8	0.2	0.8	0.0	0.61	0.34	0.01	0.04	0.00	
q49	1.11	0.05	-0.03	-0.21	-0.06	-0.08	0.00	0.0	3.1	0.7	1.9	0.0	0.01	0.80	0.06	0.12	0.00	
q50	1.11	0.03	-0.03	-0.14	0.09	0.06	0.00	0.0	1.4	1.5	1.2	0.0	0.03	0.61	0.23	0.13	0.00	
q51	1.11	0.15	-0.39	-0.03	-0.03	0.05	0.00	1.9	0.1	0.1	0.6	0.0	0.98	0.00	0.00	0.01	0.00	
q52	1.11	0.05	-0.11	-0.15	-0.12	0.06	0.00	0.1	1.7	3.0	1.2	0.0	0.21	0.43	0.27	0.08	0.00	
q53	1.11	0.01	0.00	0.01	-0.03	-0.07	0.00	0.0	0.0	0.2	1.5	0.0	0.00	0.03	0.14	0.82	0.00	
q54	1.11	0.03	0.14	0.09	0.02	0.05	0.00	0.2	0.6	0.1	0.7	0.0	0.63	0.29	0.01	0.07	0.00	
q55	1.11	0.03	-0.14	-0.07	-0.01	-0.04	0.00	0.3	0.4	0.0	0.4	0.0	0.76	0.18	0.01	0.06	0.00	
q56	1.10	0.10	-0.21	-0.24	0.02	0.01	0.00	0.5	4.2	0.1	0.0	0.0	0.42	0.58	0.00	0.00	0.00	
q57	1.10	0.16	-0.37	-0.10	0.01	-0.10	0.00	1.8	0.7	0.0	3.1	0.0	0.87	0.06	0.00	0.07	0.00	
q58	1.11	0.01	-0.06	-0.06	0.03	0.01	0.00	0.1	0.2	0.2	0.0	0.0	0.47	0.41	0.12	0.00	0.00	
q59	1.11	0.04	0.08	0.16	-0.09	0.00	0.00	0.1	1.7	1.8	0.0	0.0	0.17	0.61	0.22	0.00	0.00	
q60	1.11	0.15	0.37	0.06	0.08	-0.09	0.00	1.8	0.3	1.4	2.4	0.0	0.88	0.02	0.04	0.05	0.00	
q61	1.11	0.06	-0.12	-0.02	0.13	0.18	0.00	0.2	0.0	3.7	9.2	0.0	0.23	0.01	0.28	0.48	0.00	

INDIVIDUS			COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRES					

IDENTIFICATEUR	P.REL	DIST	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	

q62	1.11	0.05	0.18	-0.01	0.10	0.07	0.00	0.4	0.0	2.2	1.6	0.0	0.66	0.00	0.22	0.12	0.00	
q63	1.11	0.27	0.51	0.08	0.00	-0.06	0.00	3.3	0.4	0.0	1.2	0.0	0.96	0.02	0.00	0.02	0.00	
q64	1.11	0.16	-0.39	0.08	0.00	-0.01	0.00	1.9	0.4	0.0	0.0	0.0	0.96	0.04	0.00	0.00	0.00	
q65	1.11	0.11	0.31	0.03	0.08	-0.03	0.00	1.3	0.1	1.5	0.3	0.0	0.91	0.01	0.07	0.01	0.00	
q66	1.11	0.26	-0.43	0.27	0.00	-0.04	0.00	2.4	5.3	0.0	0.4	0.0	0.71	0.28	0.00	0.01	0.00	
q67	1.11	0.35	0.58	0.08	0.07	-0.01	0.00	4.4	0.5	1.0	0.0	0.0	0.97	0.02	0.01	0.00	0.00	
q68	1.11	0.13	0.33	-0.09	-0.08	0.05	0.00	1.4	0.6	1.3	0.8	0.0	0.86	0.06	0.05	0.02	0.00	
q69	1.11	0.07	-0.26	-0.04	-0.05	0.04	0.00	0.9	0.1	0.6	0.4	0.0	0.92	0.03	0.04	0.02	0.00	
q70	1.11	0.01	-0.06	-0.05	0.03	-0.04	0.00	0.0	0.2	0.2	0.4	0.0	0.40	0.31	0.13	0.16	0.00	
q71	1.11	0.03	-0.12	-0.09	0.08	-0.02	0.00	0.2	0.6	1.3	0.1	0.0	0.48	0.28	0.22	0.01	0.00	
q72	1.11	0.15	0.37	0.07	-0.07	0.05	0.00	1.8	0.4	0.9	0.6	0.0	0.92	0.03	0.03	0.01	0.00	
q73	1.11	0.14	0.37	0.01	0.05	0.05	0.00	1.8	0.0	0.5	0.7	0.0	0.97	0.00	0.02	0.02	0.00	
q74	1.11	0.14	0.36	0.07	-0.01	0.01	0.00	1.7	0.4	0.0	0.0	0.0	0.96	0.04	0.00	0.00	0.00	
q75	1.11	0.02	-0.08	0.02	0.05	0.09	0.00	0.1	0.0	0.5	2.5	0.0	0.33	0.03	0.15	0.49	0.00	

q76	1.11	0.04	-0.08	-0.13	0.03	0.12	0.00	0.1	1.1	0.1	4.5	0.0	0.17	0.41	0.02	0.40	0.00	
q77	1.11	0.07	-0.26	-0.05	-0.01	-0.01	0.00	0.9	0.2	0.0	0.1	0.0	0.96	0.03	0.00	0.00	0.00	
q78	1.11	0.03	-0.07	0.04	0.10	-0.09	0.00	0.1	0.1	2.2	2.6	0.0	0.17	0.07	0.41	0.35	0.00	
q79	1.11	0.03	0.16	-0.03	0.05	0.06	0.00	0.4	0.1	0.5	1.2	0.0	0.78	0.03	0.06	0.12	0.00	
q80	1.11	0.03	-0.14	0.06	-0.02	-0.07	0.00	0.2	0.3	0.1	1.4	0.0	0.68	0.14	0.02	0.16	0.00	
q81	1.11	0.20	0.43	0.04	0.03	-0.10	0.00	2.4	0.1	0.1	3.0	0.0	0.94	0.01	0.00	0.05	0.00	
q82	1.11	0.08	0.28	0.04	-0.01	0.05	0.00	1.0	0.1	0.0	0.6	0.0	0.95	0.02	0.00	0.03	0.00	
q83	1.11	0.01	0.08	0.01	-0.05	0.03	0.00	0.1	0.0	0.5	0.3	0.0	0.63	0.02	0.23	0.12	0.00	
q84	1.11	0.20	0.41	0.17	0.10	-0.03	0.00	2.1	2.0	2.1	0.2	0.0	0.81	0.14	0.05	0.00	0.00	
q85	1.11	0.12	0.34	-0.01	-0.03	-0.06	0.00	1.5	0.0	0.2	1.2	0.0	0.96	0.00	0.01	0.03	0.00	
q86	1.11	0.12	0.33	0.09	0.05	-0.04	0.00	1.4	0.5	0.5	0.4	0.0	0.91	0.06	0.02	0.01	0.00	
q87	1.11	0.03	-0.14	0.08	-0.03	0.02	0.00	0.2	0.5	0.2	0.1	0.0	0.69	0.26	0.04	0.01	0.00	
q88	1.11	0.08	0.26	-0.04	0.10	0.06	0.00	0.9	0.1	1.9	1.0	0.0	0.83	0.02	0.11	0.04	0.00	
q89	1.11	0.03	0.06	-0.15	-0.02	0.04	0.00	0.0	1.6	0.1	0.4	0.0	0.14	0.80	0.01	0.05	0.00	
q90	1.11	0.03	-0.17	0.06	0.05	0.02	0.00	0.4	0.2	0.6	0.1	0.0	0.82	0.09	0.08	0.01	0.00	

Análise de Agrupamento dos Itens

Questões Promédias de Cada Grupo de Itens Formado

CLASSE 1/ 3
Total: 44

RG	DISTANCE	IDENT.	RG	DISTANCE	IDENT.	RG	DISTANCE	IDENT.
1	0.00026	q58	2	0.00035	q40	3	0.00073	q70
4	0.00212	q71	5	0.00241	q28	6	0.00332	q61
7	0.00402	q76	8	0.00441	q55	9	0.00722	q30
10	0.00736	q75						

CLASSE 2/ 3
Total: 15

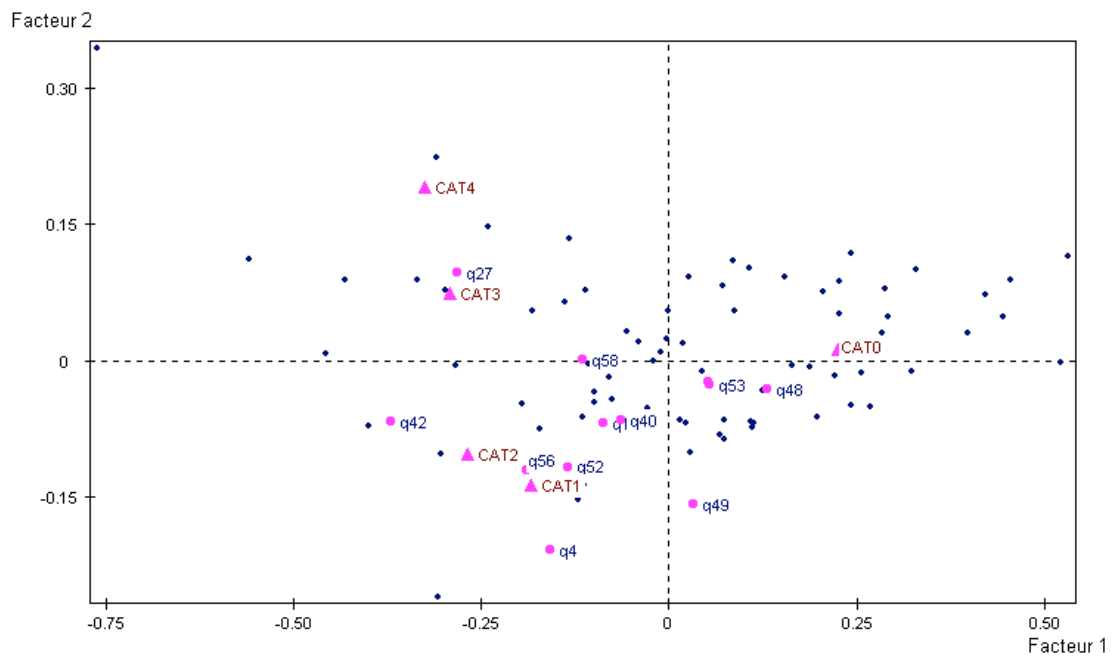
RG	DISTANCE	IDENT.	RG	DISTANCE	IDENT.	RG	DISTANCE	IDENT.
1	0.00353	q64	2	0.00766	q29	3	0.01292	q34
4	0.01683	q11	5	0.01857	q27	6	0.02076	q51
7	0.02082	q42	8	0.02662	q66	9	0.02861	q44
10	0.03342	q20						

CLASSE 3/ 3
Total: 31

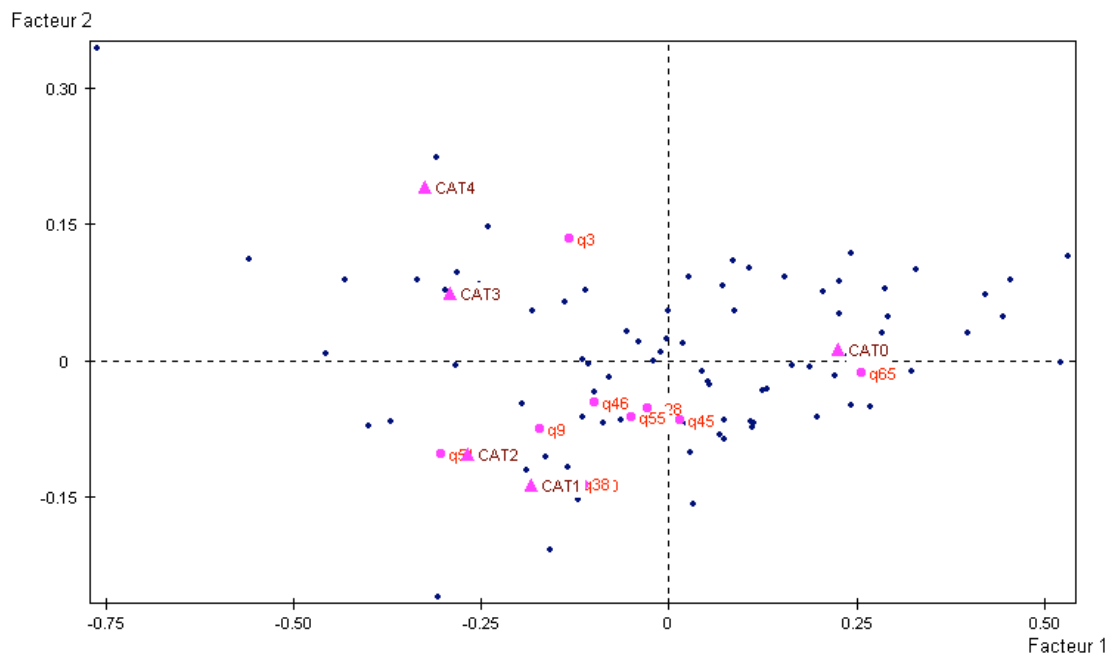
RG	DISTANCE	IDENT.	RG	DISTANCE	IDENT.	RG	DISTANCE	IDENT.
1	0.00013	q65	2	0.00207	q82	3	0.00237	q85
4	0.00254	q86	5	0.00263	q60	6	0.00276	q74
7	0.00283	q73	8	0.00327	q72	9	0.00376	q35
10	0.00685	q25						

ANEXO O

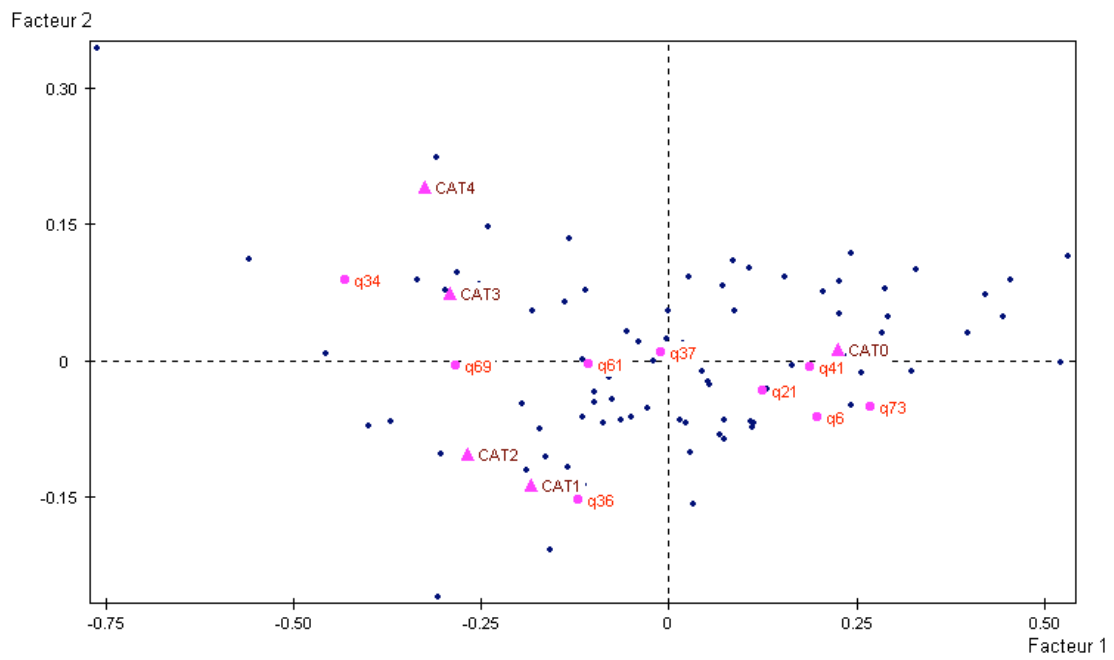
MAPAS DA A.C.S. DE TODA AMOSTRA



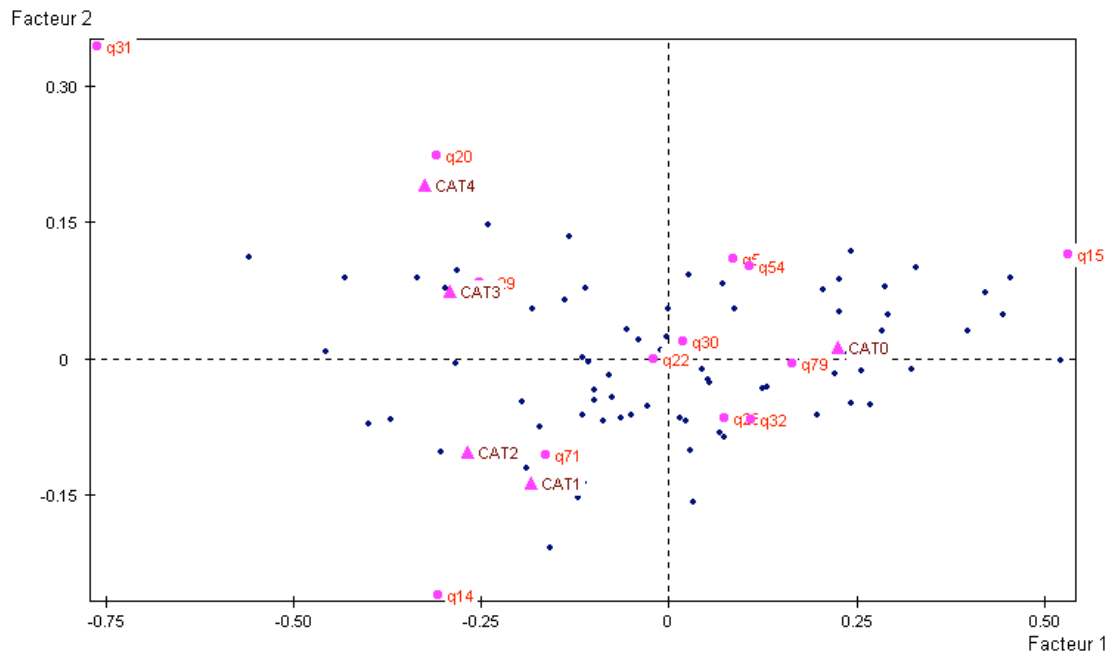
graf. 1- Somatização



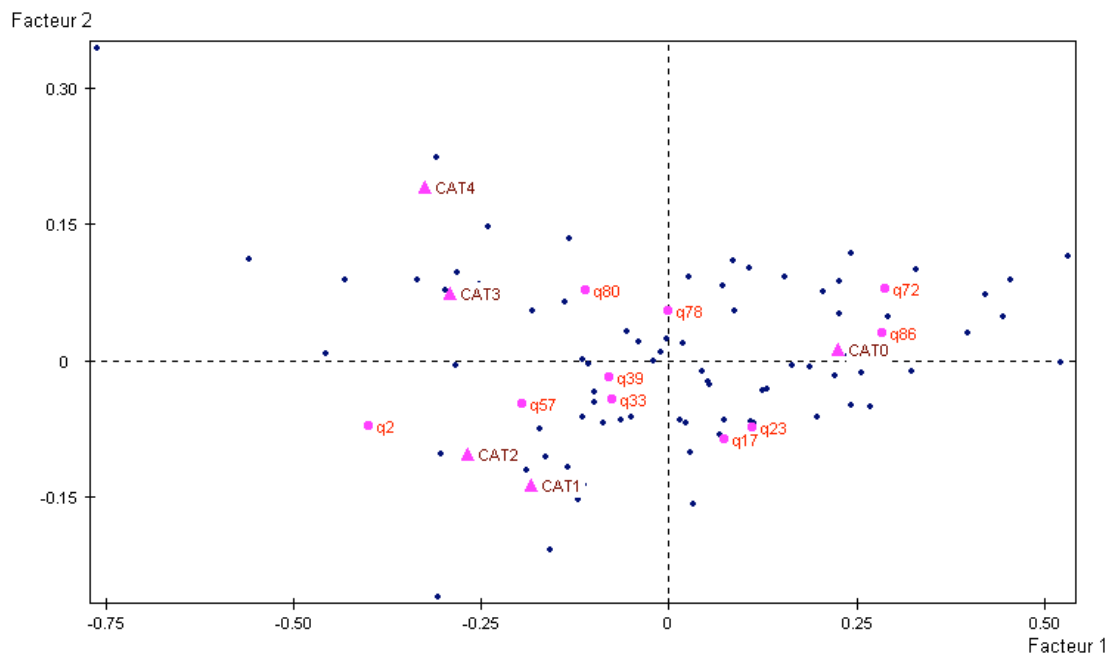
graf. 2- Obsessão-Compulsão



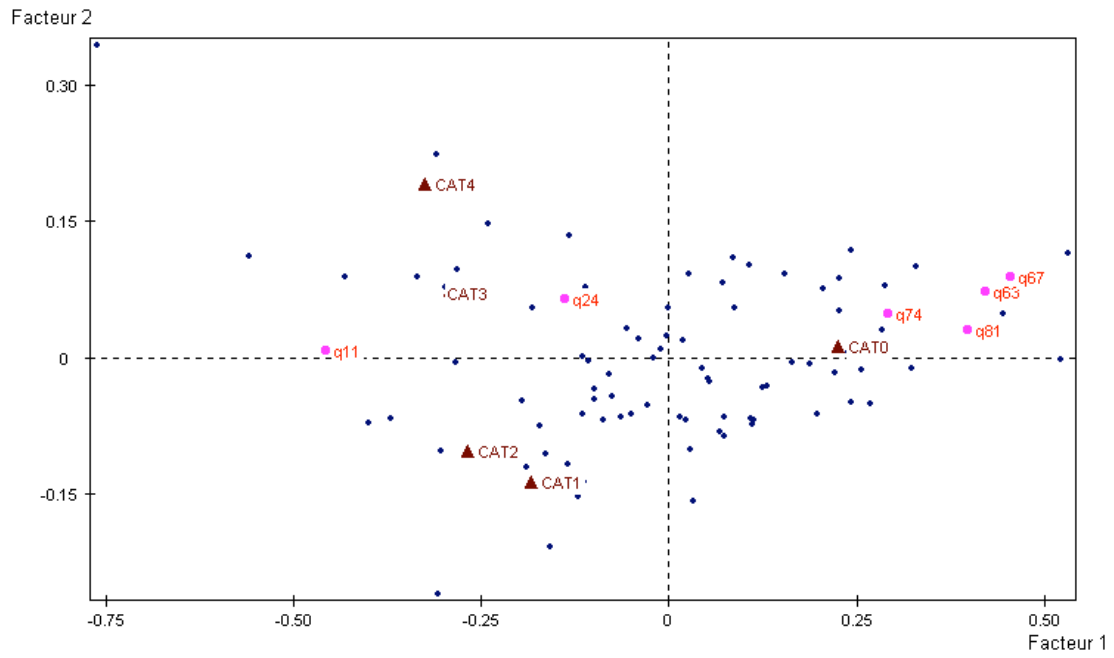
graf. 3 – Sensibilidade Intrapessoal



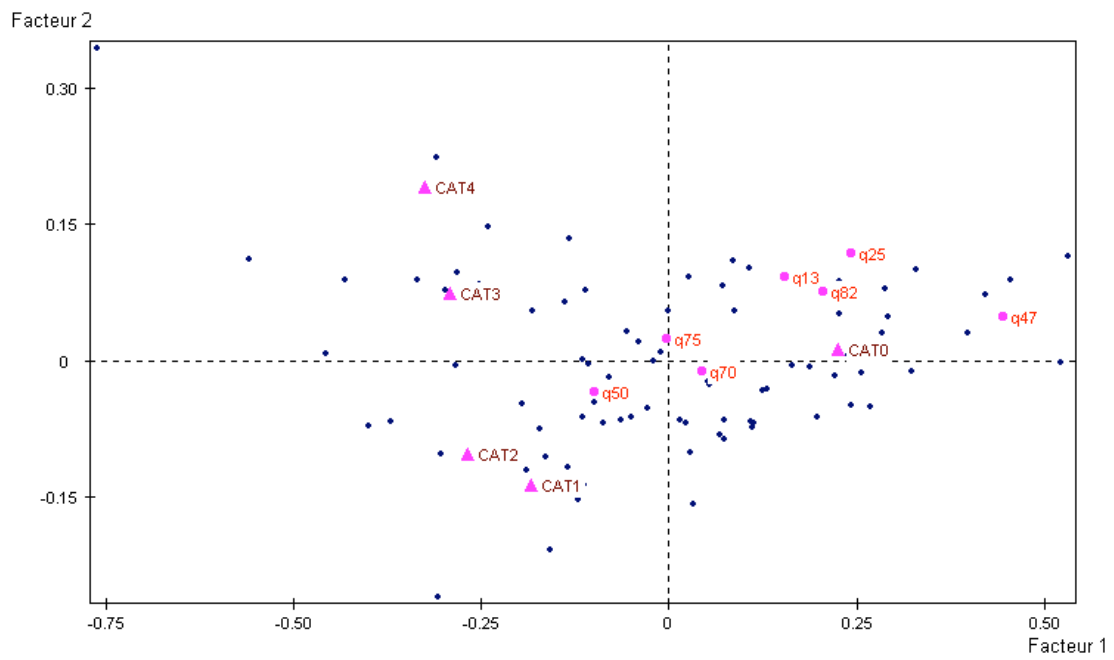
graf. 4 – Depressão



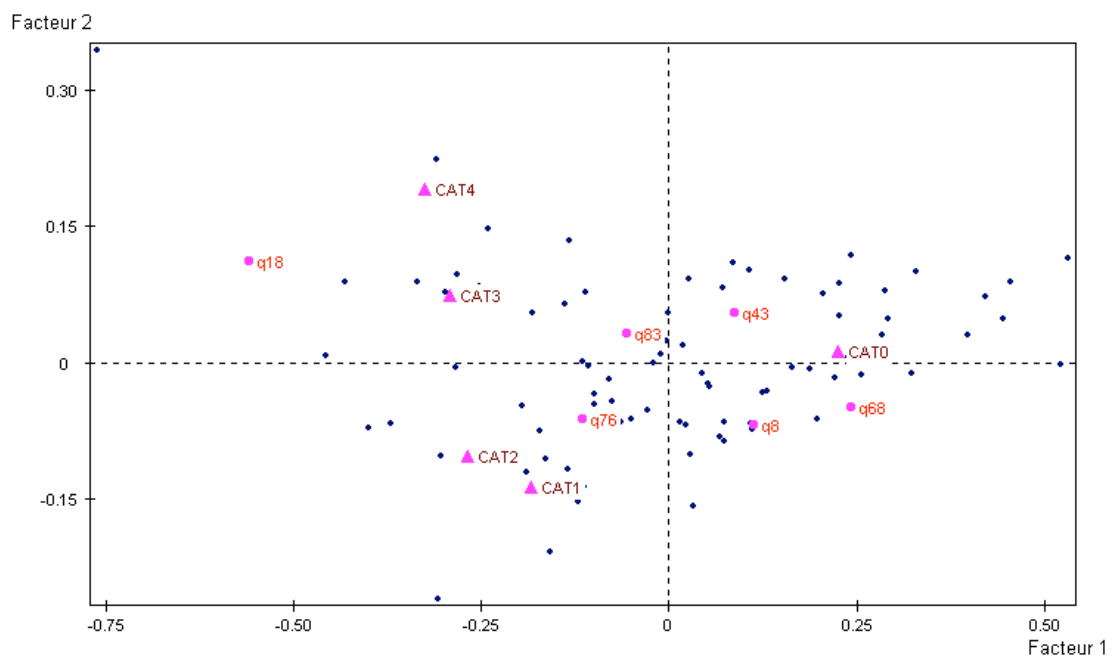
graf. 5 – Ansiedade



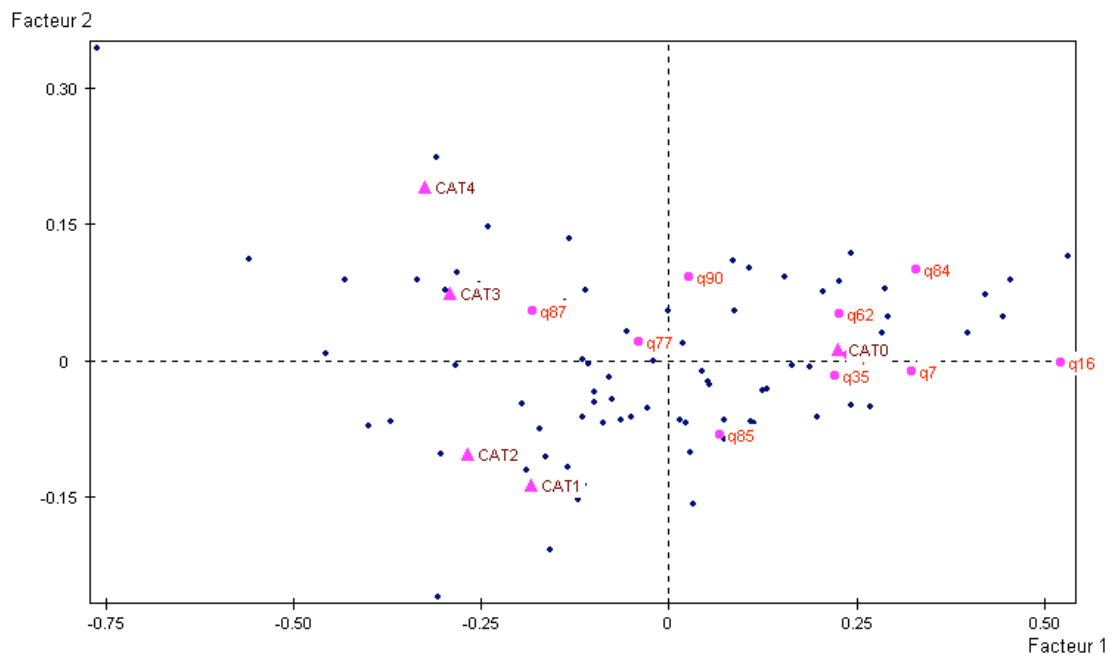
graf. 6 – Hostilidad



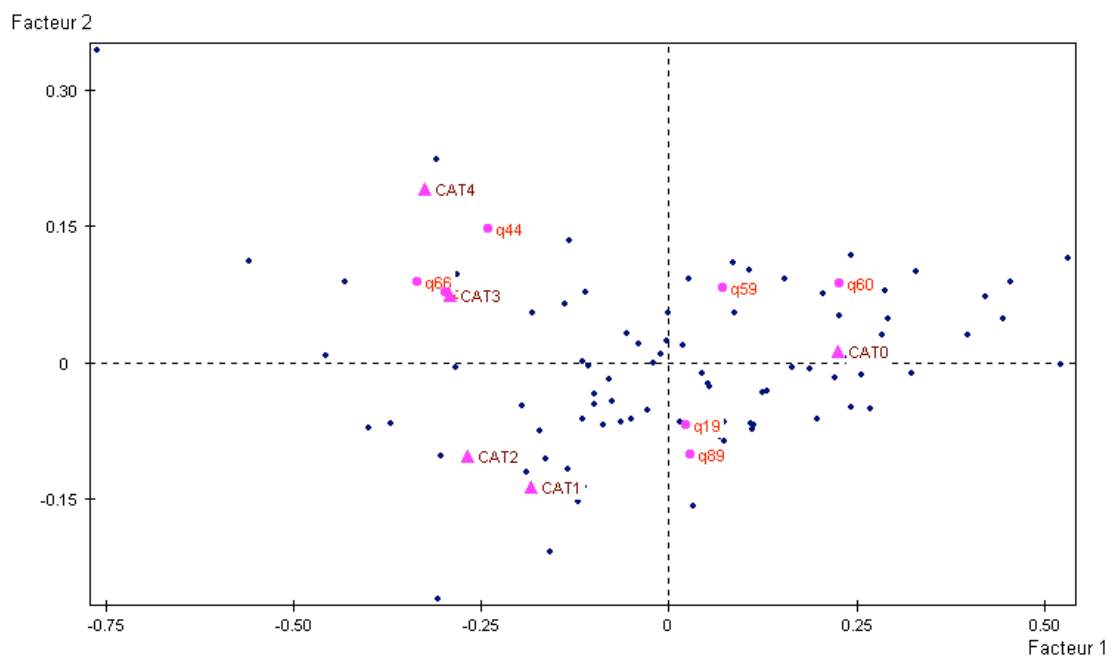
graf. 7 – Fobia



graf. 8 – Idéias Paranoídes



graf. 9 – Psicoticismo



graf. 10 – Adicionais

ANEXO P

MÉDIAS E DESVIOS PADRÕES DOS ESCORES DE CADA DIMENSÃO

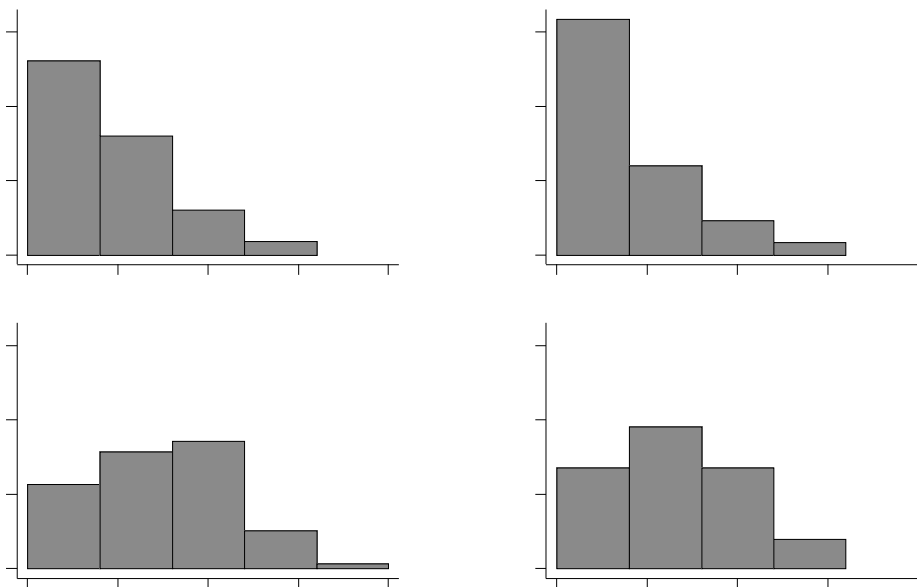
tab. 1 – Médias e desvios padrão dos escores de cada Dimensão de Sintoma

Controle / Fem.						Controle/ Masc.					
	Obs	Mean	DP	Min	Max		Obs	Média	DP	Min	Max
somato	213	.99	.75	0	3.33	somato	181	.84	.75	0	3.33
interp	213	.94	.76	0	3.22	interp	181	.76	.68	0	2.77
obss	211	.99	.75	0	3.40	obss	183	.87	.74	0	3.6
depre	210	.93	.72	0	3.61	depre	183	.87	.66	0	2.92
ansied	213	.92	.83	0	3.70	ansied	182	.75	.74	0	3.6
host	216	.78	.81	0	4.00	host	183	.64	.74	0	3.16
fobia	214	.81	.80	0	3.57	fobia	182	.66	.73	0	3.42
paranoia	213	.98	.91	0	4.00	paranoia	182	.97	.84	0	4.00
psico	214	.67	.76	0	4.00	psico	178	.74	.75	0	3.50
adicio	215	1.07	.80	0	3.28	adicio	183	.86	.72	0	3.42
Caso/ Fem.						Caso/ Masc.					
Variable	Obs	Média	DP	Min	Max	Variable	Obs	Média	DP	Min	Max
somato	134	1.62	.99	0	4.00	somato	62	1.34	.91	0	3.50
interp	137	1.51	.98	0	3.55	interp	63	1.39	.90	0	3.66
obss	134	1.58	.96	0	3.90	obss	61	1.51	.96	0	3.80
depre	136	1.71	.91	0	3.84	depre	62	1.43	.91	0	3.84
ansied	133	1.53	1.00	0	3.90	ansied	62	1.41	.99	0	4.00
host	136	1.25	1.02	0	4.00	host	63	1.11	.98	0	4.00
fobia	136	1.27	1.06	0	3.85	fobia	62	1.13	.89	0	4.00
paranoia	136	1.41	.99	0	3.83	paranoia	62	1.35	.90	0	3.00
psico	136	1.15	.83	0	3.40	psico	62	1.20	.82	0	3.40
adicio	137	1.64	.90	0	3.42	adicio	63	1.44	.89	0	3.14

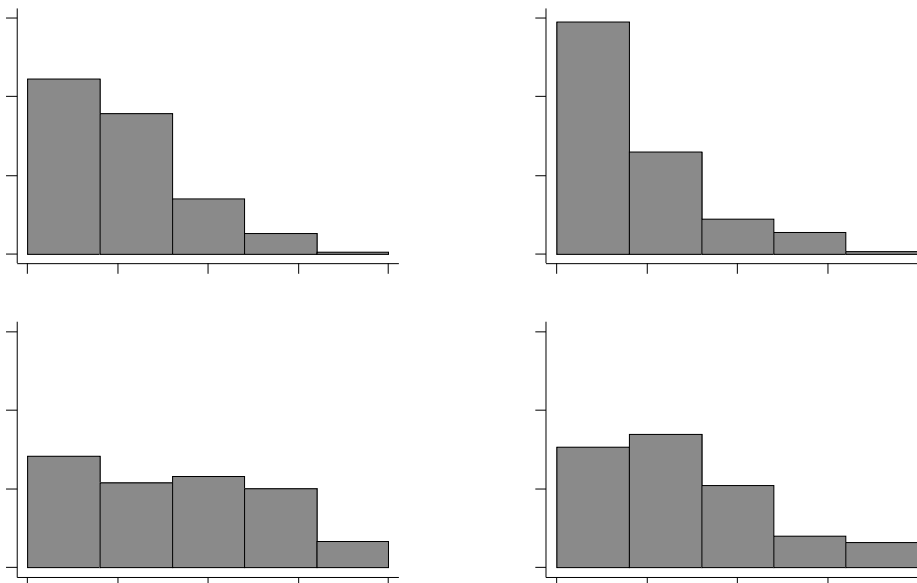
ANEXO Q

GRÁFICOS DOS ESCORES DE CADA DIMENSÃO

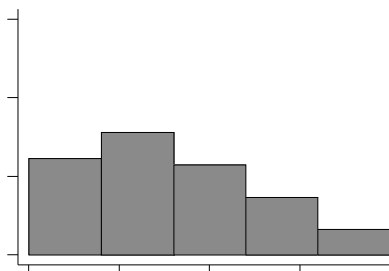
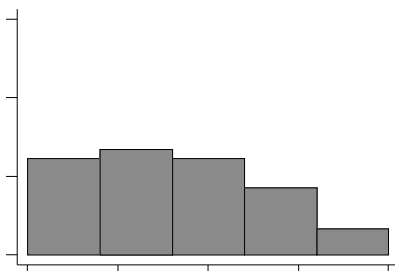
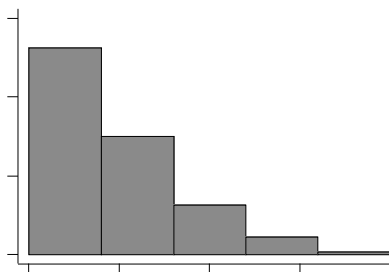
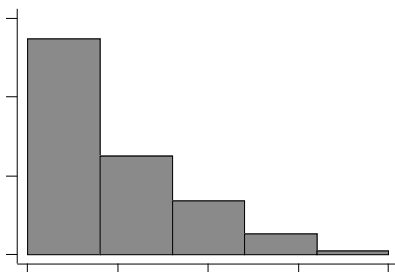
GSI^{Controle / Fem.0.2.4.6Controle / Masc.Caso / Fem.012340.2.4.6Caso / Masc.01234}



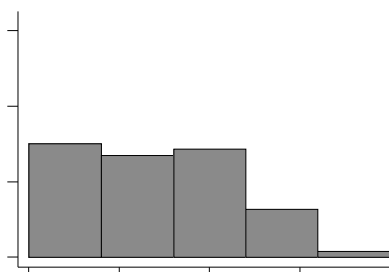
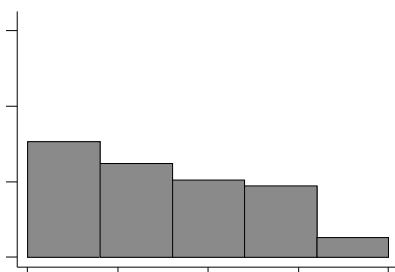
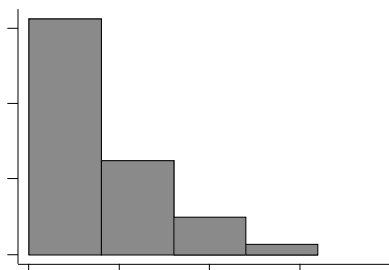
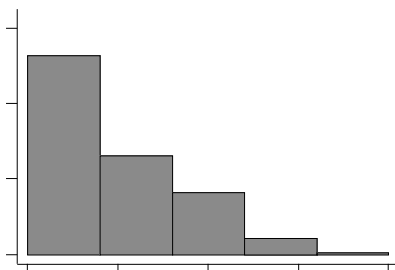
Escores de Somatização^{Controle/ Fem.0.2.4.6Controle/ Masc.Caso/ Fem.012340.2.4.6Caso/ Masc.01234}



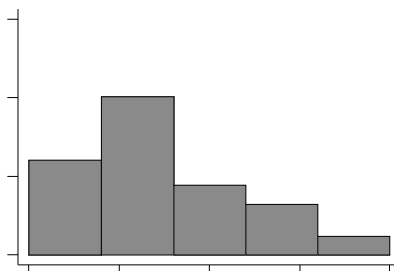
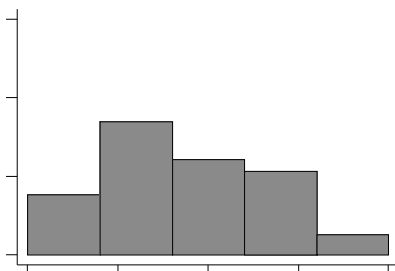
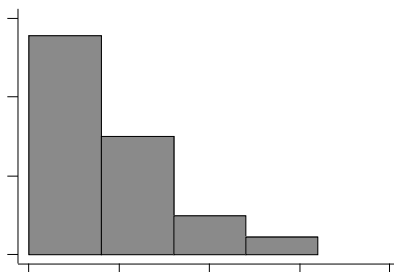
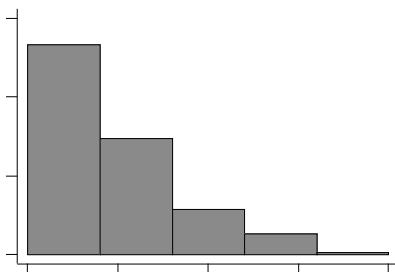
Escore de Obs.-Comp. Controle/ Fem.0.2.4.6Controle/ Masc.Caso/ Fem.012340.2.4.6Caso/ Masc.01234



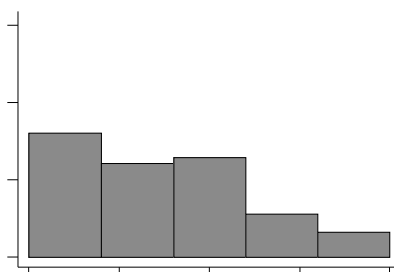
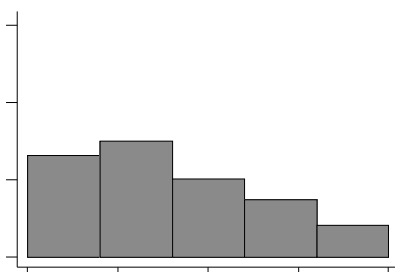
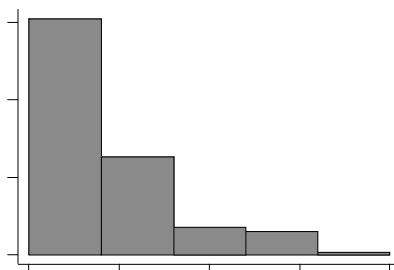
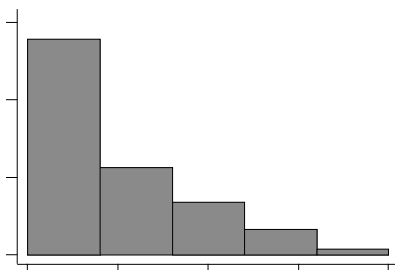
Escores de Rel. Intrapessoal Controle/ Fem.0.2.4.6Controle/ Masc.Caso/ Fem.012340.2.4.6Caso/ Masc.01



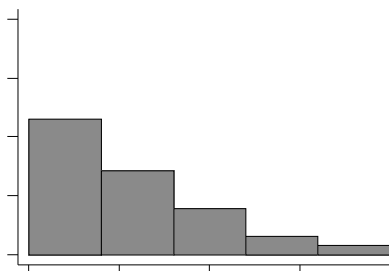
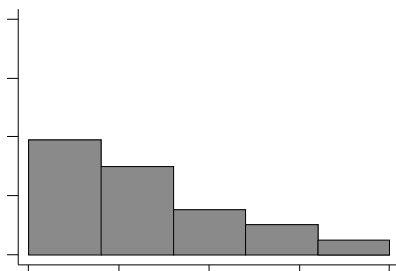
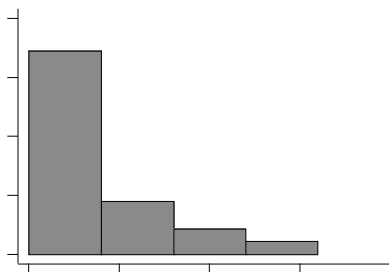
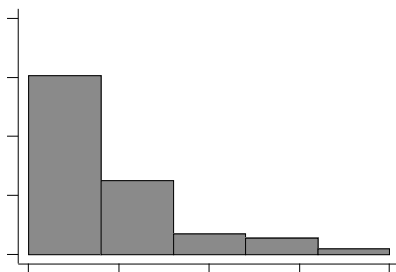
Escores de Depressão Controle/ Fem.0.2.4.6 Controle/ Masc.Caso/ Fem.012340.2.4.6 Caso/ Masc.01234



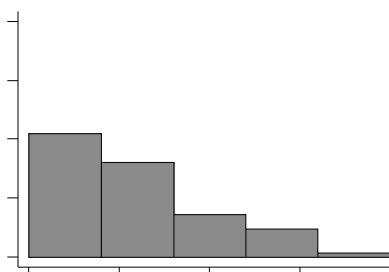
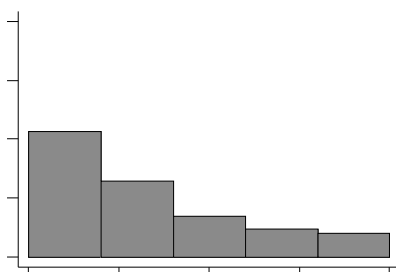
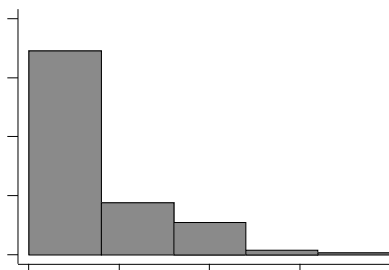
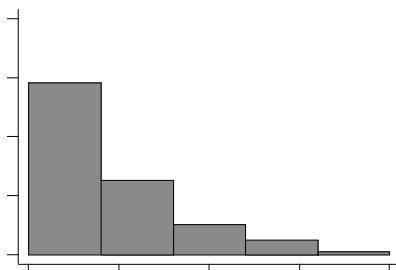
Escores de Ansiedade Controle/ Fem.0.2.4.6 Controle/Masc.Caso/ Fem.012340.2.4.6 Caso/ Masc.01234



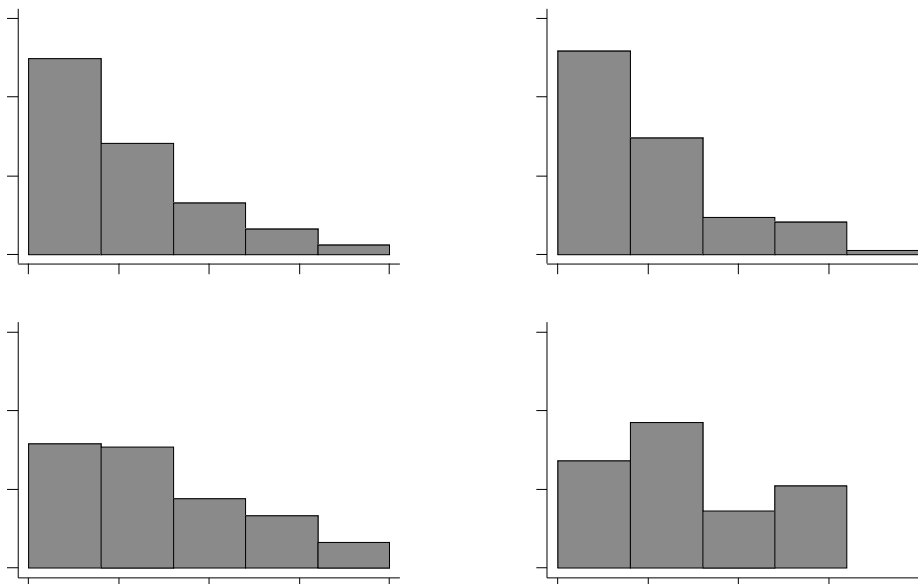
Escores de Hostilidade Controle/ Fem.0.2.4.6.8 Controle/ Masc.Casos/ Fem.012340.2.4.6.8 Caso/ Masc.01234



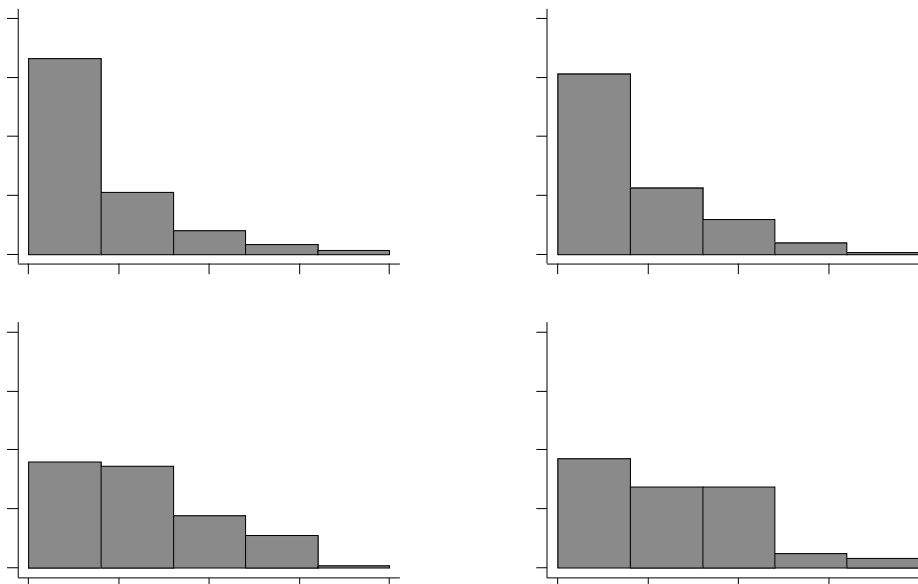
Escores de Fobia Controle/ Fem.0.2.4.6.8 Controle/ Masc.Caso/ Fem.012340.2.4.6.8 Caso/ Masc.01234



Escores de Idéias Paranóides Controle/ Fem.0.2.4.6 Controle/ Masc.Caso/ Fem.012340.2.4.6 Caso/ Masc



Escores de Psicoticismo Controles/ Fem.0.2.4.6.8 Controles/ Masc.Caso/ Fem.012340.2.4.6.8 Caso/ Masc.01



ANEXO R

COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DA SCL-90-R E DO Q.S.G

Análise de Correlação entre SCL e QSG

A tabela 3 mostra as correlações por postos, ou o coeficiente R de Spearman, entre os escores de todas as dimensões de sintomas dos dois instrumentos (9 do SCL e 6 do QSG) além dos índices gerais de saúde. Todas as correlações apresentaram significância estatística menores que 0.001.

Observa-se que o coeficiente de correlação entre os dois índices gerais, de 0.74 aproximadamente, é satisfatório em termos de correlação, principalmente relevando-se a aplicação do QSG na população de perfil diferente da que foi validado. Destaca-se ainda a forte correlação entre os escores de Depressão do SCL e o Índice Geral do QSG, 0.70, e entre o Índice Geral do SCL e os escores de Stress do QSG, 0.72.

Avaliou-se também as correlações entre os índices gerais nos 4 perfis que constituiriam as normas do SCL, ou seja, o cruzamento entre Grupo e Sexo. Observa-se que nos Casos a correlação é da ordem de 0.77, uma correlação forte, enquanto que no grupo Controle esta foi da ordem de 0.65, um pouco mais fraca, mas ainda significativa. Todas foram estatisticamente significantes em um nível inferior a 0.001.

tab. 4- Coeficiente R de Spearman (correlação por postos) para escores finais brutos do SCL e QSG gerais e suas respectivas dimensões de sintoma.

	N	R
SCL x QSG (Geral)	599	.738
SOMATO & QSG	590	.619
SOMATO & STRESS	588	.578
SOMATO & MORTE	589	.404
SOMATO & DESCONF	588	.486
SOMATO & DISTSONO	589	.475
SOMATO & PSICOSOM	590	.688
INTERP & QSG	594	.596
INTERP & STRESS	591	.612
INTERP & MORTE	593	.538
INTERP & DESCONF	592	.473
INTERP & DISTSONO	593	.423
INTERP & PSICOSOM	594	.441
OBSS & QSG	589	.643
OBSS & STRESS	586	.616
OBSS & MORTE	588	.535
OBSS & DESCONF	587	.575
OBSS & DISTSONO	588	.465
OBSS & PSICOSOM	589	.511
DEPRE & QSG	591	.703
DEPRE & STRESS	589	.689
DEPRE & MORTE	590	.630
DEPRE & DESCONF	589	.582
DEPRE & DISTSONO	590	.517

DEPRE & PSICOSOM	591	.531
ANSIED & QSG	590	.680
ANSIED & STRESS	587	.678
ANSIED & MORTE	589	.531
ANSIED & DESCONF	588	.536
ANSIED & DISTSONO	589	.527
ANSIED & PSICOSOM	590	.582
HOST & QSG	598	.601
HOST & STRESS	595	.623
HOST & MORTE	597	.480
HOST & DESCONF	596	.469
HOST & DISTSONO	597	.454
HOST & PSICOSOM	598	.486
FOBIA & QSG	594	.535
FOBIA & STRESS	591	.521
FOBIA & MORTE	593	.430
FOBIA & DESCONF	592	.421
FOBIA & DISTSONO	593	.410
FOBIA & PSICOSOM	594	.469
PARANOIA & QSG	593	.515
PARANOIA & STRESS	590	.516
PARANOIA & MORTE	592	.459
PARANOIA & DESCONF	591	.413
PARANOIA & DISTSONO	592	.368
PARANOIA & PSICOSOM	593	.370
PSICO & QSG	590	.600
PSICO & STRESS	587	.580
PSICO & MORTE	589	.519
PSICO & DESCONF	588	.489
PSICO & DISTSONO	589	.446
PSICO & PSICOSOM	590	.461
SCL & STRESS	596	.724
SCL & MORTE	598	.605
SCL & DESCONF	597	.596
SCL & DISTSONO	598	.564
SCL & PSICOSOM	599	.606

tab 5.- Correlações nos 4 perfis

	Correlação entre SCL e QSG
Controle Feminino	0.65
<i>Caso Feminino</i>	0.78

<i>Controle Masculino</i>	0.64
<i>Caso Masculino</i>	0.77

2. Distribuição Empírica do SCL na população estudada

Entende-se por distribuição empírica aquela calculada sobre a amostra sem a suposição de qualquer modelo de probabilidade já conhecido, ou seja, são calculados os percentis amostrais. Através desta análise poderemos entender o comportamento do SCL na população estudada, em comparação ao padrão americano.