



Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

*Aplicação do Inventário do Comportamento para Adultos a uma
amostra clínica: Comparação com os resultados obtidos pela
amostra normativa portuguesa*

Cátia Verónica da Silva Madureira

2013



Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Aplicação do Inventário do Comportamento para Adultos a uma amostra clínica: Comparação com os resultados obtidos pela amostra normativa portuguesa

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Trabalho realizado sob Orientação do Prof. Dr. José Carlos da Silva Caldas, Psicólogo Clínico e Professor Auxiliar no Departamento de Psicologia, Instituto Superior Ciências Saúde – Norte

Gandra, 21 de Janeiro de 2013

Agradecimentos

No momento em que termino um longo percurso académico, caracterizado pela dedicação e empenho que me caracterizam enquanto pessoa, é altura de agradecer a todos aqueles que, de forma mais direta ou indireta, se disponibilizaram a contribuir para a concretização de um sonho, a minha formação em Psicologia.

Muitos foram aqueles que ajudaram, quer fosse voluntariando-se para responder aos questionários, quer fosse para me auxiliar nas questões mais práticas, ou simplesmente disponibilizando-me uma palavra amiga de encorajamento nas horas mais difíceis. Assim aproveito este pequeno espaço para comunicar os meus mais sinceros agradecimentos, particularmente:

A todos os voluntários (as) que participaram neste estudo, sem os quais o mesmo não teria sido possível realizar.

Aos meus pais, por todo o apoio e pela possibilidade que me deram de poder continuar os meus estudos e seguir o meu grande sonho. Agradeço por cada palavra que, apesar de serem escassas, foram assertivas e muito contribuíram para o que sou hoje, encorajando-me a nunca desistir das minhas próprias lutas.

Ao Professor Dr. José Carlos Caldas, meu orientador, pela inteira disponibilidade e amabilidade que sempre demonstrou neste processo, essencialmente pela tolerância e compreensão que demonstrou ter durante a realização deste Tese de Mestrado.

À Sandra, pela incansável presença em todos os meus momentos de pura angústia e nunca me ter negado ajuda, mesmo nos momentos mais difíceis. Para sempre recordada com muito carinho.

A todas as minhas amigas que durante este meu percurso académico, pelos momentos menos bons mas apesar de tudo pelos momentos de grande alegria que tivemos, tive um grande privilégio pois conheci pessoas maravilhosas durante o curso.

A todos os Professores do Departamento de Psicologia, com os quais tive a possibilidade de aprender e que me acompanharam durante estes cinco anos de formação académica.

A todas estas pessoas e muitas outras com quem me cruzei durante este percurso académico, devo um caloroso, Obrigada!

“Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou simplesmente, desistem deles.”

Augusto Cury (s/d)

Running head: APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DO COMPORTAMENTO PARA
ADULTOS A UMA AMOSTRA CLÍNICA

*Aplicação do Inventário do Comportamento para Adultos a uma
amostra clínica: Comparação com os resultados obtidos pela
amostra normativa portuguesa*

Cátia Verónica S. Madureira e José Carlos S. Caldas
Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte / UniPSa

Resumo

O *Adult Behavior Checklist* (A.B.C.L), é um dos inventários para adultos que integra o sistema A.S.E.B.A (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) e tem como objetivo a heteroavaliação por familiares ou amigos próximos do adulto com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos. Este questionário foi traduzido e aferido para a população portuguesa, com a autorização do autor original, por Pardalejo & Caldas (2011), adotando a designação de Inventário do Comportamento para Adultos (I.C.A). O presente estudo teve como base a aplicação do I.C.A a familiares ou amigos próximos dos adultos de uma amostra clínica (N = 65), com o objetivo de estabelecer as propriedades psicométricas do instrumento para uma população clínica e comparar com os resultados obtidos na amostra normativa portuguesa.

Relativamente aos resultados, podemos verificar diferenças significativas entre as amostras, sendo que a amostra clínica apresenta uma média superior no caso do I.G.S, Internalização e Externalização.

No que concerne à fidelidade, os resultados obtidos permite-nos considerar que, o I.C.A é um instrumento adequado para a avaliação do comportamento em adultos.

Palavras-chave: A.S.E.B.A; I.C.A; Psicopatologia; Adultos.

Abstract

The *Adult Behavior Checklist* (A.B.C.L) is one of the inventories for adults that integrates the A.S.E.B.A (*Achenbach System of empirically*) and aims the hetero-evaluation of adults aged 18 to 59 years by relatives or close friends. This questionnaire was translated and assessed for the Portuguese population, with the permission of the original author, by Pardalejo & Caldas (2011), adopting the designation of *Inventário de Comportamento para Adultos* (I.C.A).

This study was based on the application of I.C.A to relatives or close friends of a clinical sample of adults (N = 65), with the aim of establishing the psychometric properties of the instrument to a clinical population and to compare with the results obtained in the Portuguese normative sample.

Regarding the results, we can see significant differences between the samples, and that the clinical sample shows a higher average in the I.G.S, Internalization and externalization.

Regarding the reliability, the obtained results allow us to consider that the I.C.A is an appropriate tool for evaluating behavior in adults.

Keywords: A.S.E.B.A; I.C.A; Psychopathology; Adults.

Aplicação do Inventário do Comportamento para Adultos a uma amostra clínica:

Comparação com os resultados obtidos pela amostra normativa portuguesa.

Em Psicopatologia existem dois grandes sistemas de classificação: o Categorical e o Dimensional. Sistemas de diagnóstico como o DSM, são nosográficos e têm por objetivo listar e classificar os transtornos mentais. O modelo destes sistemas é denominado Categorical, por oposição a um outro, dito Dimensional (Matos, Matos & Matos, 2003).

A Classificação Categorical consiste em definir categorias através de um conjunto de critérios. É um método rigoroso que isola diversas patologias, faz representações da realidade (Sousa, 2000) e é um modelo utilizado e reconhecido em qualquer sistema de diagnóstico médico (DSM-IV-TR, 2002).

Segundo Ribeiro (2010), esta classificação vê o indivíduo como um “objeto” portador de uma doença e interessa-se, particularmente, pela análise da forma dos sintomas. Pelo facto, os defensores desta classificação sustentam a ideia da existência de categorias de perturbação normal ou patológica, ou seja, uma dicotomia.

A abordagem Categorical fornece algumas vantagens como, proporcionar informação resumida; facilitar a comunicação entre os técnicos. Outra das grandes vantagens da Classificação Categorical, segundo Farmer (2000, cit in Ribeiro, 2010), é possibilitar a comunicação do diagnóstico de uma forma clara e simples através de uma denominação única que sintetiza muitas informações.

A Classificação Categorical, pode ainda referir-se à ocorrência de dois ou mais transtornos mentais, distinguindo o transtorno primário que ocorre primeiro em sequência temporal, do secundário. Por sua vez, a Classificação Dimensional, descreve a doença mental como sendo uma disfunção única que se expressa de forma variada.

Livesley (2001, cit in Alvarenga, Flores-Mendoza & Gontijo, 2009) acrescenta ainda que se deve apostar na investigação Dimensional e, no que concerne à Categorical, deve ser realizada uma investigação psicológica diferencial. A importância da investigação Dimensional é também destacada por Spitzer, First, Shedler, Westen e Skodol (2008, cit in Alvarenga, Flores-Mendoza & Gontijo, 2009) que afirmam a forte convicção de que o DSM-V compreenda um modelo de classificação que incorpore a investigação Dimensional, de modo a possibilitar uma avaliação mais contínua dos distúrbios mentais.

De acordo com Matos, Matos e Matos (2005) o DSM apresenta algumas limitações, pelo facto de constituir um sistema Categorical que propicia uma separação dos diferentes quadros clínicos, como que excessiva, bem como pelo facto das listas de sintomas que aparecem nos critérios do DSM muitas vezes não possuírem critérios que coincidam com as queixas dos doentes, representando assim mais uma desvantagem na sua utilização (Cheniaux, 2005; Matos, Matos & Matos, 2005).

Por outro lado, a Classificação Dimensional pretende distribuir dentro de uma assim denominada “dimensão” as diversas manifestações do comportamento, ou da emoção. Nos extremos da dimensão estão os casos patológicos. Contrariamente à Classificação Categorical, esta estabelece uma maior importância à análise do conteúdo dos sintomas do que propriamente à análise e avaliação da forma. Ou seja, para além dos sintomas, esta perspectiva é conhecida por se interessar pela história do indivíduo e pelos fatores reativos da sua personalidade (Sousa, 2000).

A Classificação Dimensional é caracterizada por defender que o doente continua a ser um indivíduo que apresenta cognições, sentimentos, comportamentos e intenções em resposta à sua doença. Em contrapartida, é uma classificação que tem tendência para a generalização e a eliminação das diferenças entre doenças (Sousa, 2000).

A Classificação Dimensional tende a recorrer a questionários de avaliação do comportamento para obter classificações baseadas na experiência temporal e situacional. Estes comportamentos podem ser desvalorizados ou esquecidos numa entrevista, contudo com recurso aos questionários vão ser focados. Para além destes benefícios alia-se o facto de serem de fácil e rápida aplicação e, também económicos. Por outro lado, apresentam limitações destacando-se o facto de serem suscetíveis a influências pessoais, que poderão suscitar efeitos de clemência e atenuar ou aumentar a gravidade das situações, uma vez que se baseiam sobretudo na experiência subjetiva da pessoa (Achenbach, et al., 2008).

A partir dos estudos de Kretschmer e Akiskal (s/d) a Classificação Dimensional ficou mais fortalecida e os mesmos trouxeram a ideia de que a doença mental pode efetivamente manifestar-se de diferentes formas (Matos, Matos & Matos, 2005). Outra diferença entre estas classificações refere-se ao quadro clínico, ou seja, na Classificação Dimensional esses quadros decorrem nas alterações da quantidade, que se vão manifestar de acordo com a intensidade da sintomatologia. Na Classificação Categorical os quadros clínicos descendem de comportamentos adaptativos e problemas comportamentais (ibidem).

Achenbach e colaboradores desenvolveram o *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (A.S.E.B.A.) visando avaliar os problemas de comportamento de crianças, adultos e idosos por meio de ferramentas padronizadas que permitem a comparação dos resultados, inclusive entre diferentes sociedades (Achenbach & Rescorla, 2003). Os questionários A.S.E.B.A. são instrumentos que permitem verificar diversos aspetos do funcionamento adaptativo e psicopatológico a partir da mensuração dos problemas comportamentais e emocionais do indivíduo, e tendo como pontos de partida a auto e heteroavaliação. Este sistema dispõe de uma ampla gama de inventários

que auxiliam no processo de avaliação das competências e dos problemas de comportamento de maneira rápida e com baixo custo (Achenbach & Rescorla, 2003). Assim, o sistema A.S.E.B.A visa avaliar o comportamento em diversas sociedades, baseando-se em investigações multiculturais, com o objetivo de aplicar métodos de avaliação padronizada, realizar comparações transculturais e aperfeiçoar o conhecimento, avaliação e tratamento da psicopatologia em geral (Achenbach & Rescorla, 2003).

Este sistema funciona como um processo organizado que recolhe informação e reflete padrões de problemas que são praticamente identificáveis a partir de comparações estatísticas, realizadas em vários países. Trata-se, assim, de um sistema que facilita a avaliação de semelhanças e diferenças do funcionamento humano em diferentes faixas etárias, condições e interações (Achenbach & Rescorla, 2003, cit in Rocha & Araújo, 2008).

O *Adult Behavior Checklist* (A.B.C.L) que traduzido para a população portuguesa (Pardalejo & Caldas, 2011) adotou a designação de Inventário de Comportamento para Adultos (I.C.A) e o *Adult Self Report* (A.S.R) que traduzido para a população portuguesa (Fernandes & Caldas, 2011) adotou a designação de Inventário de Auto-Avaliação do comportamento para Adultos (I.A.A.C.A), são instrumentos que integram o sistema A.S.E.B.A.

Neste estudo, foi utilizado o I.C.A, um questionário de heteroavaliação destinado avaliar o comportamento adaptativo e desadaptativo de adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos na perspetiva de familiares e amigos mais próximos (Achenbach & Rescorla, 2003).

Uma das características que se revelou de extrema importância no sistema A.S.E.B.A é o facto de permitir comparações acerca do funcionamento das pessoas

através da obtenção de informações de vários informantes. Esta particularidade permite, assim, compensar a idiosincrasia de cada indivíduo e portanto, a utilização do I.C.A e do I.A.A.C.A possibilitam uma maior “facilidade para identificar similaridades e diferenças entre padrões de problemas, relatados pelos indivíduos e por outros que os conheçam” (Achenbach & Rescorla, 2003).

Assim, tendo em consideração a revisão da literatura e a reflexão sobre as necessidades em psicopatologia clínica, os objetivos delineados para esta investigação são: aplicação do I.C.A. a informantes próximos de uma amostra da população clínica e comparação com os resultados obtidos na amostra normativa portuguesa, encontrar as características psicométricas do Instrumento no que respeita a Sensibilidade, Fidelidade e Validade Discriminante, para a amostra clínica e compará-las com a amostra normativa.

Método

Amostra

O presente estudo é constituído por uma amostra de conveniência sendo que é constituída por 65 familiares ou amigos próximos do adulto (N=65), com idades compreendidas entre os 18 e 59 anos de idade (M=41,49%; DP=11,040), sendo 27 (41,5%) do sexo masculino e 38 (58,5%) do sexo feminino, (M=41,49%; DP=11,040) (tabela 1).

Utilizamos uma divisão por faixas etárias de acordo com a realizada por Achenbach (18-35 / 36-59). Assim, tendo em conta esta divisão etária dos 18 anos aos

35 anos, 66,7% (N=12) de participantes do sexo feminino, e 33,3% (N=6) do sexo masculino; no que diz respeito às idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos, 55,6% (N=26) são sexo feminino e 44,7% (N=21) do sexo masculino.

Relativamente ao estado civil é possível constatar que 9,2% (N=6) nunca foram casados, 84,6% (N=55) são casados a viver com o cônjuge, 1,5% (N=1) são viúvos, 1,5% (N=1) são divorciados, 3,1% (N=2) apresentam outro estado civil (tabela 2).

Relativamente à pessoa mais próxima do indivíduo que respondeu ao questionário, 75,4% (N=49) foram respondidos pelo cônjuge, 4,6% (N=3) foram respondidos pelo filho/a e 20% (N=13) foram outros a responder ao questionário (tabela 5).

No que concerne às habilitações literárias dos informantes, a amostra encontra-se distribuída por vários níveis de escolaridade, 13,8% (N=9) possui o 1º ciclo, 15,4% (N=10) possui o 2º ciclo, 20% (N=13) possui o 3º ciclo, 36,9% (N=24) frequentou o ensino secundário, e 13,8% (N=9) frequentou o ensino superior (tabela 3).

No que concerne à prevalência de Doença Incapacitante ou Deficiência, segundo os informantes, 93,8% (N=61) dos indivíduos não possuíam qualquer tipo de deficiência ou incapacidade e 6,2% (N=4) dos sujeitos eram portadores de algum tipo de incapacidade (tabela 4).

Relativamente à distribuição das patologias pela amostra, 56,9% (N=37) apresentam Depressão, 24,6% (N=16) apresentam a sintomatologia de Ansiedade Generalizada e, 18,5% (N=12) apresentam simultaneamente Depressão e Ansiedade Generalizada (tabela 4).

Foram tidos em consideração os seguintes Critérios de Inclusão: faixa etária localizada entre os 18 e os 59 anos de idade; nacionalidade portuguesa. Quanto aos

Critérios de Exclusão: indivíduos não residentes em Portugal, analfabetos e que não consentiram participarem na investigação.

Relativamente à amostra normativa, esta é constituída por 400 indivíduos adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos de ambos os sexos, residentes em Portugal, que possuíssem algum tipo de relação de proximidade com os sujeitos que responderam ao I.A.A.C.A. (familiares, amigos, cônjuge ou companheiro).

Para efeito de cálculo de pessoas a ingressar na amostra utilizou-se como critério o número real de sujeitos residentes em Portugal segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) de 2009, de forma a respeitar, em termos de amostra, a proporção por faixas etárias e género. Assim, entre os 18 e os 24 anos avaliaram-se 68 indivíduos (17%) entre os quais 35 são homens (8,75%) e 33 são mulheres (8,25%); e entre os 25 e os 59 anos avaliaram-se 332 indivíduos (83%), dos quais 163 (40,75%) são homens e 169 (42,25%) são mulheres (M=35,43 e DP=12,043).

Para efeitos descritivos utilizou-se a divisão por faixas etárias de acordo com a realizada por Achenbach – 18-35/36-59. Assim, tendo em conta a divisão etária utilizada no Sistema A.S.E.B.A. a amostra geral é constituída por 125 indivíduos do sexo feminino (M=25,08; DP=4,761) e 95 do sexo masculino (M=26,80; DP=4,97), com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos; e 80 indivíduos do sexo feminino (M=46,51; DP=6,06) e 100 do sexo masculino (M=47,69; DP=6,74), com idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos (Pardalejo & Caldas, 2011).

Instrumentos

Foi utilizado neste estudo o I.C.A. Trata-se de um questionário a ser preenchido por pessoas que conheçam bem o adulto que se pretende avaliar (e.g. o cônjuge, parceiro, amigos, filhos adultos, pais, outros parentes próximos) e o seu objetivo é obter

um perfil do comportamento do adulto (indivíduo que lhe é próximo) como o vê. O I.C.A é um questionário de heteroavaliação para adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos, composto para além de um cabeçalho onde são solicitados alguns dados demográficos, por duas partes; uma parte avalia o comportamento adaptativo e a segunda parte avalia os problemas do comportamento. A primeira parte divide-se em várias sessões que englobam as relações do adulto com os amigos (I. Amigos) e com o cônjuge ou companheiro (II. Cônjuge ou companheiro), questões relacionadas com a existência de doença incapacitante ou deficiência (III.), bem como preocupações (IV.). A segunda parte (problemas de comportamento) é composta por 126 itens onde são abordadas questões de ordem comportamental, emocional, problemas sociais, e ainda itens de desejabilidade social.

A escala de respostas é uma escala de tipo Lickert, de 0 = não verdadeiro a 2 = frequentemente ou muitas vezes verdadeiro, com excepção dos últimos três itens (124, 125, 126) em que é solicitada uma quantificação numérica variável de caso para caso. Estas três últimas questões, por estarem relacionadas com o consumo de substâncias como o tabaco, álcool e drogas, são denominadas Escalas de Uso de Substâncias.

Todas as respostas aos diferentes itens devem ter em consideração um período de 6 meses até à data atual.

Para tornar mais fácil a interpretação dos resultados da avaliação, cada item da escala e respetiva pontuação são exibidos num perfil, revelando os pontos fortes de funcionamento adaptativo e/ou problemas do indivíduo.

O questionário é, assim, composto por Escalas de Funcionamento Adaptativo, Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM, Itens de Desejabilidade Social, Itens Críticos, Escalas Síndrome e por fatores de Internalização e Externalização.

O instrumento apresenta-se também sob a forma de oito factores, sendo eles: fator 1. Ansiedade/Depressão; fator 2. Retraimento/Afastamento; fator 3. Queixas somáticas; fator 4. Problemas de pensamento – Internalização; fator 5. Problemas de atenção; fator 6. Comportamentos agressivos; fator 7. Quebra de regras; fator 8. Intrusão-Externalização.

No que diz respeito às características psicométricas da escala original (A.B.C.L) a fidelidade é geralmente muito elevada para todas as subescalas (funcionamento adaptativo, escalas de uso de substâncias, itens críticos, fatores de internalização e externalização, e escalas orientadas para o diagnóstico DSM), em que as correlações teste-reteste são significativas ($p < 0,01$), estando localizadas entre 0,80 e 0,90 (Achenbach & Rescorla, 2003).

O cálculo da validade do A.B.C.L foi efetuado através da correlação com o A.S.R. (versão original do I.A.A.C.A), com o *Symptom Checklist-90-Revised*, uma vez que existia uma elevada correlação entre as duas escalas (A.S.R e A.B.C.L), tendo-se obtido correlações significativas entre cada escala problema do A.S.R. e cada escala do S.C.L.-90-R (Achenbach & Rescorla, 2003).

Desenho da Investigação

Este estudo é de natureza transversal, trata-se de um estudo normativo, quase-experimental em que serão realizadas análises descritivas e inferenciais, nomeadamente de comparação entre grupos (amostra clínica e amostra da população geral).

Procedimentos

Após obtenção da autorização, por parte do autor da escala, foi solicitado aos participantes o preenchimento do Termo de Consentimento Informado (Anexo B) onde constam as identificações e contactos dos autores bem como os objetivos do estudo, especificidades e tempo de preenchimento da escala.

Antes da administração do instrumento, foi estabelecido um contacto pessoal com algumas instituições de modo a recolher uma autorização por parte destas. Contudo, esta recolha foi negada pelo que se recorreu a uma amostra de conveniência (amostra bola de neve), em que o investigador constrói a amostra de população pedindo a um conjunto de informadores iniciais que forneça nomes de outros potenciais membros (Ribeiro, 1999).

Numa fase posterior, procedeu-se à recolha de dados junto dos familiares/amigos próximos de indivíduos diagnosticados pelo seu médico psiquiatra com base no sistema categorial (DSM). Foram administrados sem a presença do investigador, 65 questionários em indivíduos de uma população clínica o I.A.A.C.A e, a familiares ou amigos dos mesmos, o I.C.A (Anexo C) (Pardalejo & Caldas, 2011).

Procedeu-se à recolha dos questionários e na sua introdução numa base de dados fornecida pelo autor da escala (*A.D.M - Assessment Data Manager, versão 9.1*) com posterior introdução dos dados dessa mesma base para o programa SPSS Statistics 21, com vista ao tratamento e análise dos mesmos. Para Finalizar, o tratamento de dados iniciou-se com a obtenção das frequências, médias, desvio-padrão e estatística descritiva (Assimetria e Curtose). Determinou-se também as características psicométricas do I.C.A (sensibilidade, fidelidade e validade discriminante), procedeu-se à concretização do *One Sample t-Test*, comparando os valores de referência da amostra normativa.

Resultados

Tal como foi referido anteriormente, as secções I a V do I.C.A são denominadas Escalas de Funcionamento Adaptativo, e consistem em itens cujas pontuações serão agregadas para fornecer uma pontuação geral da subescala. Assim, pontuações elevadas na escala de funcionamento adaptativo indicam níveis relativamente elevados do tipo de comportamento adaptativo avaliados pelos itens da escala. De seguida apresentar-se-ão os resultados médios obtidos pela amostra da população adulta nos diferentes itens das Escalas de Funcionamento Adaptativo do I.C.A.

Através da análise da tabela 5, podemos verificar que só 6,2% (N=4) dos participantes apresentam uma deficiência ou uma doença incapacitante.

Foi também possível apurar que 12,3% (N=8) da amostra apresenta preocupações e inquietações com a família (tabela 5).

No que diz respeito ao número de amigos, 3,1% (N=2) não tem amigos, 1,5% (N=1) tem apenas um amigo, 27,7% (N=18) tem dois ou três amigos e 67,7% (N=44) dos participantes tem quatro ou mais amigos (tabela 5).

Quanto ao número de vezes que os participantes mantêm contato com os amigos próximos, constatou-se que 4,6% (N=3) tem contato menos de uma vez com os amigos, 10,8% (N=7) tem contato uma ou duas vezes com os amigos, 29,2% (N=19) tem contato três ou quatro vezes com os amigos e 55,4% (N=36) tem contato de cinco ou mais vezes com os amigos próximos (tabela 5).

Por outro lado, foi possível verificar que 3,1% (N=2) não se relaciona tão bem quanto gostaria com os amigos, 18,5% (N=12) dão-se mediamente com os amigos, 55,4% (N=36) têm uma relação acima da média com os amigos e 23,1% (N=15) usufruem de uma relação muito acima da média com os amigos (tabela 5).

No que concerne ao número de visitas por amigos e familiares, verificou-se que 1,5% (N=1) recebe menos de uma visita, 15,4% (N=10) recebe uma ou duas visitas, 26,2% (N=17) recebe três ou quatro visitas e 55,4% (N=36) recebe cinco ou mais visitas (tabela 5).

Relativamente ao que diz respeito às patologias observadas pelos participantes, verificamos 56,9% (N=37) revelaram que sofrem de uma perturbação depressiva, 24,6% (N=16) revelaram que sofrem do distúrbio de ansiedade generalizada, e 18,5% (N=12) apresentam ansiedade generalizada e depressão (tabela 4).

No que diz respeito à relação com o cônjuge, 1,7% (N=1) não tem uma boa relação com o cônjuge e 77,6% (N=48) tem uma boa relação com o cônjuge (tabela 5).

Relativamente à sensibilidade, de acordo com os resultados, os valores de assimetria (0,880) e curtose (0,051) para o I.G.S se localizam próximos do valor de 1, logo, respeitam sensivelmente uma distribuição normal.

No cálculo da fidelidade do instrumento, obteve-se um $\alpha=0,977$, demonstrando uma consistência interna muito satisfatória do instrumento.

Para os fatores de Internalização e Externalização da totalidade da faixa etária, encontram-se valores de α bastante satisfatórios ($\alpha=0,953$ e $\alpha=0,962$, respetivamente).

Também foram calculados os *alphas de Cronbach* dos oito fatores, tendo-se encontrado valores situados entre 0,949 e 0,274, sendo os valores mais elevados respeitantes aos fatores 1 e 2 da faixa etária 36-59, e os valores mais baixos respeitantes aos fatores 4 e 6 da faixa etária 18-35 (tabela 11).

No que concerne à análise dos oito fatores, na Tabela 9 (em anexo) encontram-se as análises realizadas para as faixas etárias parciais (18-35 e 36-59), em que verificamos

que no geral os valores são mais significativos na amostra clínica do que na amostra normativa, exceto no fator 1 na faixa etária 18-35, do género masculino $t(5) = 0,93$ $p(0,39)$, e fator 7 $t(5) = -1,48$ $p(0,197)$, no género feminino no fator 7 $t(12) = 0,93$ $p(0,369)$, e na faixa etária 36-59 do género masculino no fator 6 $t(20) = -0,72$ $p(0,477)$.

De acordo com a tabela 6 que diz respeito à comparação da média do I.G.S da amostra clínica com a média da amostra normativa portuguesa, de acordo com o género e a faixa etária, os resultados obtidos demonstram que a média é significativamente superior na amostra clínica, tendo valores significativos na totalidade da faixa etária $t(64) = 3,363$ e $p(0,001)$, o mesmo se verifica na faixa etária dos 36 aos 59 anos do género masculino $t(20) = 1,528$ e $p(0,142)$.

No que concerne à tabela 7, que diz respeito à comparação da média da Internalização da amostra clínica com a média da amostra normativa portuguesa, de acordo com o género e a faixa etária, verificamos no geral valores significativos em todas as faixas etárias e género, e mais uma vez se verifica uma média superior da amostra clínica ($M=31,23$) à média da amostra normativa portuguesa ($M=18,58$). No caso da Externalização, verificamos valores bastante significativos, exceto na faixa etária 18-35 no género masculino $t(5) = 0,142$ $p(0,893)$ e no género feminino $t(12) = 2,004$ $p(0,068)$.

Discussão

Relativamente a este estudo, no qual foram calculadas e analisadas as características psicométricas do I.C.A obtidas a partir da amostra clínica portuguesa, obteve-se, no geral, valores satisfatórios.

A partir dos dados obtidos verificamos que, maioritariamente dos participantes são casados a viver com o cônjuge, podemos admitir também no que concerne às patologias apresentadas pelos indivíduos, que a Depressão é a patologia mais presente no estudo.

Relativamente às doenças/incapacidades apresentadas, a resposta negativa apresenta com maior prevalência, o mesmo acontece com as preocupações. Também podemos verificar que a maior parte dos indivíduos que responderam ao questionário coabitam com o sujeito. Quanto ao número de amigos que eles pensam que o sujeito tem, maioritariamente responderam entre quatro ou mais amigos e descrevem a relação com os amigos como sendo acima de média, já no que concerne ao contacto com os amigos por mês, a maior parte respondeu cinco ou mais vezes por mês, o mesmo se verifica nas visitas de familiares e amigos por mês. Importa referir também grande parte da amostra coabita com o parceiro e descrevem a sua relação como sendo bastante satisfatória.

Relativamente à sensibilidade, de acordo com os valores apresentados, podemos concluir que a escala demonstra respeitar uma distribuição normal.

No que diz respeito à fidelidade, a partir deste resultado pode-se concluir que, o I.C.A é um instrumento adequado para a avaliação do comportamento de adultos através de múltiplos informantes. Tendo em conta a constituição do questionário por fatores, considerou-se pertinente calcular o *alpha de Cronbach* para a Internalização, Externalização, I.G.S e oito fatores (para as idades 18-35/36-59 separadamente). Foram encontrados valores de *alpha* bastante satisfatórios. Por outro lado, o cálculo do *alpha de Cronbach* para os oito fatores evidenciou que a consistência interna dos mesmos não é na sua totalidade satisfatória demonstrando algumas oscilações relevantes, pois se para alguns fatores obteve-se valores bastante aceitáveis, para outros não. Para a totalidade

da faixa etária, podemos verificar que obteve-se valores bastante satisfatórios em todos os fatores.

Relativamente ao Índice geral de sintomas, a média é superior na amostra clínica, como era esperado. O mesmo se verifica no caso da Internalização, visto que a amostra clínica tende a internalizar mais os sintomas do que a amostra normativa. Se verificarmos a Externalização prevalece também a amostra clínica como tendo uma média superior à amostra normativa, ou seja, a amostra clínica apresenta mais problemas de atenção, são mais agressivos, quebram mais facilmente as regras, como era de esperar. Relativamente aos oito fatores, a amostra clínica apresenta mais défices na área da atenção. No que respeita à autoestima verifica-se que a amostra clínica apresenta resultados superiores comparativamente à população normativa, uma vez que a autoestima respeita itens negativos. Verificamos que a amostra clínica apresenta mais problemas no que diz respeito à personalidade antissocial. No que diz respeito às queixas somáticas, denota-se que a nossa amostra clínica evidencia um elevado cansaço, apresentando queixas de dores físicas, níveis notórios de ansiedade e dificuldades em dormir. Face aos problemas obsessivos, verifica-se uma tendência suicida, que pode ser explicada pelo grande número de perturbações depressivas e alterações ao nível do comportamento e pensamento.

Relativamente à validade, podemos constatar que estamos perante uma validade discriminativa, pois ao longo deste estudo deparamo-nos com diferenças significativas entre a amostra clínica com os valores de referência.

Através deste estudo foi possível verificar que o I.C.A é um instrumento com boas características psicométricas para avaliar o comportamento dos adultos, através de múltiplos informantes (familiares, amigos, etc). Assim, a aferição desta escala para uma

população clínica possibilita a sua utilização em Portugal e em diversos contextos ao nível da intervenção clínica, como por exemplo, ao nível da psicoterapia.

Desta forma acredita-se que esta investigação possa contribuir para a realização de outros estudos desenvolvidos no âmbito da avaliação do comportamento em idade adulta, estimulando melhores práticas clínicas e maior conhecimento acerca do comportamento humano.

No decorrer desta investigação foram, contudo, encontradas algumas limitações. A principal limitação, resultante do facto do I.C.A se tratar de um questionário de heteroavaliação, prendeu-se com a dificuldade de readquirir os questionários pois, na maioria das situações, os indivíduos viam-se na necessidade de manter-se com este e entregá-lo à posteriori, para que um familiar ou amigo pudesse preenchê-lo a seu respeito. Esta situação levou à perda de muitos dos questionários e consequentemente na recolha da amostra. Outra limitação encontrada ao longo deste estudo é a extensão deste questionário, proporcionando cansaço aos participantes (informantes de doentes psiquiátricos).

Referências

- Achenbach, T.M., & Rescorla L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington. VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M., Krukowski, R. A., Dumeci, L. & Ivanova, M. (2005). Assessment of Adult Psychopathology: Meta-Analyses and Implications of Cross-Informant Correlations. University of Vermont. *American Psychological Association*, 131(3), 361-382.
- Alvarenga, M. A., Flores-Mendonza, C.E., & Gontijo, D. F. (2009). Evolução do DMS quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade anti-social. *J. Bras Psiquiatr*, 58(4), 258-266.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª edição). Climepsi Editores.
- ASEBA – Site Oficial, disponível em <http://www.aseba.org/index.html>, acessido em 07/09/2012.
- Dornelles, C., Bortolini, M., & Oliveira, M. (2010). *Avaliação dos Transtornos Psicológicos em Adolescentes Atendidos em Clínica-Escola*. Faculdade de Psicologia. XI Salão de Iniciação Científica –PUCRS.
- Fernandes, S. & Caldas, J. (2011). *Aferição do Adult Self Report, na sua versão traduzida para português, para a população portuguesa. Comparação dos resultados obtidos com os de vítimas de violência doméstica*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte. Porto Portugal.
- Pardalejo, J. & Caldas, J. (2011) *Aferição do Achenbach Behavior Checklist para a população portuguesa. Comparação dos resultados obtidos com os de vítimas de*

violência doméstica. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte. Porto Portugal.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Climepsi Editores. Lisboa.

Ribeiro, L. (2010). Limitações na Avaliação de Perturbação de Personalidade: Aspectos Conceptuais e Metodológicos. *Análise Psicológica*, 4, 651-663.

Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (in) Adaptativas ao Longo da Vida*. Coimbra. Quarteto, 43-87.

Sousa, R. (2000). *Mutações Diagnósticas – A Propósito da Psicose Unitária*. Dissertação Apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Índice de Anexos

Anexo 1. Consentimento Informado

Anexo 2. Instrumento I.C.A (Inventário de Comportamentos para Adultos)

Anexo 3. Gráficos e Tabelas Relativas ao Tratamento de Dados

Anexo A

Tabela 1 – Distribuição da Amostra por Idades, género e faixa etária

	N	%	Min	Máx	M	DP
Idade	65	100	18	58	41,49	10,95
Género						
Masculino	27	6,4	---	---	---	---
Feminino	38	9,0				
Faixa Etária						
18-35	18	100	---	---	27,74	6,29
Masculino	6	33,3	---	---		
Feminino	12	67,7	---	---		
36-59	47	100	---	---	47,33	6,33
Masculino	21	44,7	---	---		
Feminino	26	55,3	---	---		

Tabela 2. Distribuição da amostra por estado civil

Estado civil	N	%
Nunca fui casado	6	9,2
Casado viver com cônjuge	55	84,6
Viúvo/a	1	1,5
Divorciado	1	1,5
Outras	2	3,1
Total	65	100

Tabela 3. Distribuição da amostra, por habilitações literárias

Habilitações Literárias	N	%
1º Ciclo	9	13,8
2º Ciclo	10	15,4
3º Ciclo	13	20,0
Ensino Secundário	24	36,9
Ensino Superior	9	13,8
Total	65	100

Tabela 4. Distribuição da amostra das Patologias por faixas etárias

Patologias	18-35		36-59		18-59	
	N	%	N	%	N	%
Depressão	9	47,4%	28	60,9%	37	56,9%
Ansiedade	10	52,6%	6	13,0%	16	24,6%
Depressão/Ansiedade	---	---	12	26,1%	12	18,5%
Total	19	100	46	100	65	100

Tabela 5. Distribuição da amostra por doenças incapacitante ou deficiência, preocupações relacionadas com a família, trabalho ou educação; Distribuição da amostra em função do indivíduo que respondeu ao questionário; número de amigos; Avaliação da relação com os amigos; contacto com os amigos por mês; Distribuição da amostra por número de visitas de familiares/ amigos por cada mês; coabitação com o parceiro; relação com o cônjuge

	N	%	M	DP
Doenças/ Incapacidades				
Não	61	93,8%	---	---
Sim	4	6,2%	---	---
Total	65	100		
Preocupações				
Não	57	87,7%	---	---
Sim	8	12,3%	---	---
Total	65	100		
Relação com o sujeito				
Cônjuge	49	75,4%	---	---
Filho/a	3	4,6%	---	---
Outros	13	20%	---	---
Total	65	100		
Amizades				
Nenhum	2	3,1%	---	---
Um	1	1,5%	---	---
2/3	18	27,7%	---	---
4 ou mais	44	67,7%	2,60	0,68
Total	65	100		
Relação com os Amigos				
Não tão bem quanto gostaria	2	3,1%	---	---
Mediamente	12	18,5%	---	---

Acima da média	36	55,4%	---	---
Muito acima da média	15	23,1%	1,98	0,73
Total	65	100		
Contacto dos Amigos/Mês				
Menos de uma vez	3	4,6%	---	---
Uma ou duas vezes	7	10,8%	---	---
Três ou quatro vezes	19	29,2%	---	---
Cinco ou mais vezes	36	55,4%	2,35	0,85
Total	65	100		
Visitas familiares/amigos por mês				
Menos de uma vez	2	3,1%	---	---
Uma ou duas vezes	10	15,4%	---	---
Três ou quatro vezes	17	26,2%	---	---
Cinco ou mais vezes	36	55,4%	---	---
Total	65	100		
Coabitação com o parceiro				
Não	9	13,8%	---	---
Sim	56	86,2%	---	---
Total	65	100		
Relação com o cônjuge				
Não verdadeiro	1	1,7%	---	---
Um pouco ou às vezes verdadeiro	16	20,7%	---	---
Frequentemente ou muitas vezes verdadeiro	48	77,6%	---	---
Total	65	100		

Tabela 6. Comparação da média do I.G.S. da amostra clínica com a média da amostra normativa portuguesa, de acordo com o género e a faixa etária

Faixa Etária		Média Amostra Clínica	DP	Média Amostra Normativa	df	t	p
18-59	---	67,95	39,68	51,40	64	3,363	0,001
18-35	Masculino	48,83	20,62	51,57	5	-0,325	0,758
	Feminino	64,85	39,18	53,10	12	1,081	0,301
36-59	Masculino	61,19	33,37	50,06	20	1,528	0,142
	Feminino	79,84	46,15	50,24	24	3,206	0,004

Tabela 7. Comparação da média da Internalização da amostra clínica com a média da amostra normativa portuguesa, de acordo com o género e a faixa etária

Faixa Etária		Média da Amostra Clínica	DP	Média da Amostra Normativa	df	t	p
18-59	---	31,23	17,40	18,58	64	14,47	0,000
18-35	Masculino	28,50	8,41	16,52	5	3,490	0,017
	Feminino	35,69	20,61	20,58	12	2,643	0,021
36-59	Masculino	35,04	15,81	16,39	20	5,405	0,000
	Feminino	44,64	21,32	18,51	24	6,127	0,000

Tabela 8. Comparação da média da Externalização da amostra clínica com a média da amostra normativa portuguesa, de acordo com o género e a faixa etária

Faixa Etária		Média da Amostra Clínica	DP	Média da Amostra Normativa	df	t	p
18-59	---	37,27	23,35	19,43	64	12,866	0,000
18-35	Masculino	21,66	17,0	20,68	5	0,142	0,893
	Feminino	28,46	19,57	17,58	12	2,004	0,068
36-59	Masculino	35,95	17,47	20,01	20	3,394	0,003
	Feminino	42,16	26,44	17,65	24	4,646	0,000

Tabela 9. Comparação da média dos oito fatores da amostra clínica com a média da amostra normativa portuguesa, no género masculino e feminino, de acordo com a faixa etária

Faixa Etária	Fatores	Média Amostra Clínica	DP	Média Amostra Normativa	df	t	p	
18-35	Masculino	1	18,16	9,62	14,50	5	0,93	0,39
		2	15,50	9,02	4,21	5	3,06	0,02
		3	8,83	5,03	0,90	5	3,85	0,01
		4	0,66	0,81	7,21	5	-19,6	0,000
		5	1,33	1,50	10,44	5	-14,8	0,000
		6	16,83	3,65	4,50	5	8,26	0,000
		7	0,83	0,75	1,29	5	-1,48	0,197
		8	2,50	1,64	7,94	5	-8,10	0,000
18-35	Feminino	1	22,61	13,98	10,90	12	3,02	0,01
		2	17,53	7,98	4,32	12	5,96	0,000
		3	11,23	7,39	0,83	12	5,07	0,000
		4	1,69	1,65	8,21	12	-14,2	0,000
		5	4,38	4,95	10,61	12	-4,52	0,001
		6	15,92	2,72	6,82	12	12,05	0,000
		7	1,53	2,69	0,84	12	0,93	0,369
		8	2,69	2,56	10,30	12	-10,70	0,000
36-59	Feminino	1	26,00	13,17	10,69	24	5,81	0,000
		2	21,48	13,40	3,6	24	6,67	0,000

		3	8,32	5,70	0,93	24	6,47	0,000
		4	15,40	8,33	7,48	24	4,75	0,000
		5	3,08	2,61	10,49	24	-14,1	0,000
		6	4,40	2,29	6,29	24	-4,12	0,000
		7	7,88	1,66	1,21	24	20,0	0,000
		8	5,20	1,89	9,32	24	-10,88	0,000
36-59								
	Masculino	1	22,71	8,97	5,56	20	6,03	0,000
		2	13,76	10,11	3,95	20	4,44	0,000
		3	6,00	3,83	1,16	20	5,78	0,000
		4	12,33	5,71	8,52	20	3,05	0,006
		5	2,33	1,90	10,93	20	-20,6	0,000
		6	4,28	2,49	4,68	20	-0,72	0,477
		7	7,90	1,48	1,33	20	20,35	0,000
		8	4,04	1,96	8,29	20	-9,91	0,000

Ta bela 10. *Alpha de Cronbach* da Internalização, Externalização e do I.G.S da amostra clínica para a totalidade da faixa etária (18-59)

<i>Alpha de Cronbach</i>	
Internalização	0,953
Externalização	0,962
I.G.S	0,977

Tabela 11- Comparação do *Alpha de Cronbach* dos 8 fatores para a totalidade da faixa etária, para a faixa etária 18-35 e 36-59 da amostra clínica com a amostra normativa portuguesa

Faixa Etária	Fatores	<i>Alpha de Cronbach</i> Amostra Clínica	<i>Alpha de Cronbach</i> Amostra Normativa
18-59			
	1	0,895	0,832
	2	0,889	0,834
	3	0,805	0,594
	4	0,879	0,816
	5	0,699	0,545
	6	0,857	0,745
	7	0,876	0,706
	8	0,742	0,537
18-35			
	1	0,825	0,867
	2	0,871	0,807
	3	0,896	0,809
	4	0,517	0,281
	5	0,862	0,672
	6	0,274	0,613
	7	-0,615	0,565
	8	0,621	0,375
36-59			
	1	0,928	0,821

2	0,949	0,820
3	0,830	0,731
4	0,885	0,775
5	0,721	0,327
6	0,626	0,670
7	-0,062	0,483
8	0,556	0,246

Anexo B

Consentimento Informado

Eu _____, declaro que consinto em participar na investigação a ser levada a cabo por Cátia Verónica da Silva Madureira, aluna de Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, no âmbito da sua candidatura ao grau de Mestre, e sob a orientação do Prof. Doutor José Carlos da Silva Caldas.

A investigação tem como objetivos gerais, a recolha de dados numa amostra de uma população clínica através da aplicação do ICA a pessoas que conheçam bem o paciente (amigos, familiares ou vizinhos) com vista a estabelecer as suas propriedades psicométricas, normas clínicas, comparar os resultados da amostra da população normal com a amostra da população clínica, comparar os resultados obtidos pelas diferentes patologias encontradas na amostra clínica.

A participação implicará o preenchimento de um questionário referente a comportamentos adaptativos e problemas de comportamento em adultos.

Confirmando que me foram explicadas o tipo de tarefas que me serão pedidas, confirmo que fui informado (a) da minha liberdade de participação e/ou desistência a qualquer momento; me foram facultadas respostas e dúvidas; me foi assegurada a confidencialidade da informação recolhida; me foi assegurado que, no final da investigação, caso o pretenda, me serão facultadas informações sobre as conclusões.

Local: _____ Data: _____

A investigadora: _____ O Participante: _____

Anexo C

ICA

INVENTÁRIO DO COMPORTAMENTO PARA ADULTOS (18-59 ANOS)

Por favor escreva as suas respostas

NOME PRIMEIRO MEIO ÚLTIMO COMPLETO DO ADULTO				TIPO DE TRABALHO HABITUAL DO ADULTO, mesmo que não esteja a trabalhar actualmente. Por favor, seja específico – por exemplo: mecânico auto; professor de ensino secundário; doméstica; operário; torneiro mecânico; vendedor de sapatos; sargento do exército; estudante (indique o que está a estudar e qual o grau que espera atingir) Trabalho/ profissão do adulto Trabalho/ profissão do seu Cônjuge/ Companheiro(a)
GÉNERO DO ADULTO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		IDADE DO ADULTO	GRUPO ÉTNICO OU RAÇA DO ADULTO	
DATA ACTUAL Dia _____ Mês _____ Ano _____		DATA DE NASCIMENTO DO ADULTO Dia _____ Mês _____ Ano _____		
POR FAVOR ESCOLHA A FORMAÇÃO ACADÉMICA DO ADULTO				ESTE QUESTIONÁRIO FOI PREENCHIDO POR (escreva o nome completo): A sua relação com o Adulto: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____
<input type="checkbox"/> 1. Nunca frequentou a escola				Por favor, preencha esta parte de modo a reflectir o seu ponto de vista, mesmo que outras pessoas possam não concordar. Não precisa de gastar muito tempo em cada questão. Pode acrescentar comentários se assim o desejar. Responda a todas as questões.
<input type="checkbox"/> 2. Até 4 anos de escolaridade				
<input type="checkbox"/> 3. De 5 a 6 anos de escolaridade				
<input type="checkbox"/> 4. De 7 a 9 anos de escolaridade				
<input type="checkbox"/> 5. De 10 a 12 anos de escolaridade				
<input type="checkbox"/> 6. Ensino secundário completo				
<input type="checkbox"/> 7. Frequência do ensino superior, mas sem conclusão do curso				
<input type="checkbox"/> 8. Bacharelato				
<input type="checkbox"/> 9. Licenciatura				
<input type="checkbox"/> 10. Mestrado				
<input type="checkbox"/> 11. Doutoramento				
<input type="checkbox"/> 12. Outro (especifique qual): _____ _____				

I. AMIGOS:

A. Quantos amigos próximos ele/ela tem? (Não incluir familiares)

Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

B. Quantas vezes por mês ele/ela tem contacto com amigos mais próximos? (inclui contacto pessoal, telefone, cartas, e-mail)

Nenhum 1 ou 2 3 ou 4 5 ou mais

C. Como é que ele/ ela se relaciona com os amigos mais próximos?

Não muito bem Medianamente Acima da média Muito acima da média

D. Aproximadamente, quantas vezes por mês alguns amigos ou familiares o/a visitam?

Nenhum 1 ou 2 3 ou 4 5 ou mais

II. CÔNJUGE OU COMPANHEIRO

Qual é o seu estado civil? Nunca foi casado(a) Casado(a), mas separado do cônjuge
 Casado(a), a viver com o cônjuge Divorciado(a)
 Viúvo(a) Outro – por favor
descreva: _____

Alguma vez em 6 meses, ele/ela viveu com um cônjuge ou companheiro(a)?

- Não – por favor passe para a página 2
 Sim – marque com um círculo os algarismos 0, 1 ou 2 entre A-H para descrever a relação dele(a) durante os últimos 6 meses:
0 = Não Verdadeiro 1 = Um Pouco ou às Vezes Verdadeiro 2 = Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro

0	1	2	A. Dá-se bem com o cônjuge ou companheiro(a)	0	1	2	E. Discorda com o cônjuge ou companheiro(a)
0	1	2	B. Tem problemas em partilhar responsabilidades com o cônjuge ou companheiro(a)	0	1	2	F. Tem algum problema com um familiar do cônjuge ou companheiro(a)
0	1	2	C. Parece satisfeito com o cônjuge ou companheiro(a)	0	1	2	G. Gosta dos amigos do cônjuge ou companheiro(a)
0	1	2	D. Gosta das mesmas actividades que o cônjuge ou companheiro(a)	0	1	2	H. Aborrece-se com o comportamento do cônjuge ou companheiro(a)

Assegure-se de ter respondido a todas as questões. Depois, passe para a página seguinte.

Por favor marque as suas respostas. Assegure-se de que responde a todas as questões.

III. Ele/ela tem alguma doença, incapacitante ou deficiência? Não Sim – por favor descreva:

IV. Por favor descreva algumas preocupações que tenha sobre ele/ela: Não tem

V. Por favor descreva as melhores coisas sobre ele/ela:

Assegure-se de ter respondido a todas as questões. Depois, passe para a página seguinte.

Copyright T. M. Achenbach. Reproduced under License 344-02-10-09

Por favor marque as suas respostas. Assegure-se de que responde a todas as frases.

VI. De seguida encontra-se uma lista de frases que descrevem as pessoas. À medida que vai lendo cada frase, por favor escolha aquela que mais se aproxima da realidade do adulto nestes últimos 6 meses. Depois marque com um círculo um dos algarismos 0, 1 ou 2 para descrever o adulto. Por favor responda a todas as afirmações, mesmo que algumas pareçam não se aplicar ao adulto em causa.

0= Não Verdadeiro

1= Um Pouco ou às Vezes Verdadeiro

2= Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro

0 1 2 1. É muito esquecido(a)	0 1 2 36. Magoa-se muito, é propenso a acidentes
0 1 2 2. Aproveita as suas oportunidades	0 1 2 37. Entra em muitas lutas
0 1 2 3. Enfurece-se muito	0 1 2 38. Tem más relações com os vizinhos
0 1 2 4. Dá o melhor de si, esforça-se ao máximo	0 1 2 39. Alinha com quem está em problemas/sarilhos
0 1 2 5. Culpa os outros pelos seus próprios problemas.	0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva): _____
0 1 2 6. Consume drogas (outras para além de álcool ou tabaco) para fins não medicinais (descreva): _____ _____	0 1 2 41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
0 1 2 7. É brincalhão, boémio.	0 1 2 42. Prefere estar sozinho a estar com outras pessoas
0 1 2 8. Tem problemas de concentração ou em prestar atenção durante muito tempo	0 1 2 43. Mente ou engana/aldraba
0 1 2 9. Não consegue afastar da sua mente alguns pensamentos, obsessões (descreva): _____	0 1 2 44. Sente-se esmagado, sufocado com responsabilidades
0 1 2 10. Não consegue estar parado, irrequieto, hiperactivo	0 1 2 45. Sente-se nervoso ou tenso
0 1 2 11. Depende demasiado dos outros	0 1 2 46. Tem contracções corporais ou movimentos nervosos (descreva): _____ _____
0 1 2 12. Sente-se só	0 1 2 47. Tem falta de auto-confiança
0 1 2 13. Sente-se confuso/ não consegue pensar claramente	0 1 2 48. As pessoas não gostam dele(a)
0 1 2 14. Chora muito	0 1 2 49. Consegue fazer algumas coisas melhor que as outras pessoas
0 1 2 15. É muito honesto	0 1 2 50. É muito tímido ou ansioso
0 1 2 16. É mau para os outros	0 1 2 51. Sente-se tonto ou aturdido
	0 1 2 52. Sente-se muito culpado
	0 1 2 53. Tem problemas/ dificuldades com planeamentos futuros

- | | |
|---|--|
| 0 1 2 17. Sonha acordado/ está distraído ou perdido nos seus pensamentos | 0 1 2 54. Sente-se cansado e sem razão para tal |
| 0 1 2 18. Tenta magoar-se ou suicidar-se | 0 1 2 55. O seu humor varia entre exaltação e depressão |
| 0 1 2 19. Tenta que lhe dêem muita atenção | 56. Problemas físicos sem causa médica: |
| 0 1 2 20. Estraga ou destrói as coisas | 0 1 2 a. Dores (não incluir dores de estômago ou de cabeça) |
| 0 1 2 21. Estraga ou destrói coisas que pertencem aos outros | 0 1 2 b. Dores de cabeça |
| 0 1 2 22. Preocupa-se com o seu futuro | 0 1 2 c. Náuseas, sensações de enjoo |
| 0 1 2 23. Não cumpre regras no local de trabalho ou noutros locais | 0 1 2 d. Problemas de visão (não incluir os corrigíveis com óculos)
(descreva): _____ |
| 0 1 2 24. Não se alimenta bem | 0 1 2 e. Irritações na pele ou erupções na pele |
| 0 1 2 25. Não se entende com as outras pessoas | 0 1 2 f. Dores de estômago ou cólicas |
| 0 1 2 26. Não parece sentir-se culpado depois de ser mal-educado | 0 1 2 g. Vômitos |
| 0 1 2 27. É ciumento | 0 1 2 57. Agrida fisicamente as pessoas |
| 0 1 2 28. Dá-se mal com a família | 0 1 2 58. Arranca pele ou outras partes do corpo (descreva): _____ |
| 0 1 2 29. Receia alguns animais, situações ou locais (descreva): _____
_____ | 0 1 2 59. Não consegue terminar as coisas que tem que fazer |
| 0 1 2 30. Tem relações pobres/ fracas com o sexo oposto | 0 1 2 60. Há poucas coisas de que ele(a) gosta |
| 0 1 2 31. Tem medo de pensar ou fazer coisas más | 0 1 2 61. O seu desempenho é fraco |
| 0 1 2 32. Sente que tem de ser perfeito(a) | 0 1 2 62. Tem pouco coordenação motora/ desajeitado(a) |
| 0 1 2 33. Sente que ninguém gosta de si | 0 1 2 63. Prefere estar com pessoas mais velhas do que com pessoas da sua idade |
| 0 1 2 34. Sente que estão sempre a tentar apanha-lo(a) em falta | 0 1 2 64. Tem dificuldades em estabelecer prioridades |
| 0 1 2 35. Sente que não tem valor/ inferior | |

0= Não Verdadeiro

1= Um Pouco ou às Vezes Verdadeiro

2= Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro

0 1 2 65. Recusa-se a falar	0 1 2 95. Tem acessos de raiva ou mau génio/ mau feitio
0 1 2 66. Repete alguns actos vezes sem conta/ muitas vezes, compulsões (descreva): _____	0 1 2 96. É passivo/ou falta de iniciativa
0 1 2 67. Tem problemas em fazer ou manter amizades	0 1 2 97. Ameaça magoar ou ferir os outros
68. Grita ou berra muito	0 1 2 98. Gosta de ajudar os outros
0 1 2 69. É reservado, guarda coisas para si	0 1 2 99. Não gosta de ficar/ permanecer num sítio por muito tempo
0 1 2 70. Vê coisas que não existem (descreva): _____	0 1 2 100. Tem dificuldades em dormir
_____	0 1 2 101. Fica longe do trabalho/ emprego e não vai ao trabalho mesmo que não esteja doente ou de férias
0 1 2 71. Sente-se facilmente constrangido/ embaraçado	0 1 2 102. Tem pouca energia
0 1 2 72. Preocupa-se com a família	0 1 2 103. Parece infeliz, triste ou depressivo
73. Conhece as responsabilidades da família	0 1 2 104. É barulhento
0 1 2 74. Exibe-se para os outros	0 1 2 105. É desorganizado
0 1 2 75. É demasiado envergonhado/ tímido	0 1 2 106. Tenta ser justo para com os outros
0 1 2 76. Tem um comportamento irresponsável	0 1 2 107. Sente que não consegue obter sucesso em nada
0 1 2 77. Durante o dia/noite, dorme mais do que a maioria das pessoas (descreva): _____	0 1 2 108. Perde coisas com facilidade
0 1 2 78. Tem dificuldade em tomar decisões	0 1 2 109. Gosta de experimentar coisas novas
0 1 2 79. Tem dificuldades ao falar (descreva): _____	0 1 2 110. Toma boas decisões
_____	0 1 2 111. Não gosta de estar envolvido com os outros
0 1 2 80. Olha fixamente sem expressão/ olhar vazio	0 1 2 112. Preocupa-se/ aflige-se facilmente
81. Tem um comportamento muito instável	0 1 2 113. Amua muito
0 1 2 82. Rouba	0 1 2 114. Fracassa a pagar as contas ou tomar novas responsabilidades
0 1 2 83. Aborrece-se com facilidade	0 1 2 115. É descansado demais ou irrequieto
84. Tem um comportamento estranho (descreva): _____	0 1 2 116. Aborrece-se com muita facilidade

			0	1	2	117. Tem problemas em gerir dinheiro ou cartões de crédito
0	1	2				118. É muito impaciente
			0	1	2	119. Ele(a) não é bom nos pormenores/ detalhes
0	1	2				120. Gosta de conduzir muito rápido
0	1	2				121. Costuma ser atrasado nas marcações/ encontros
0	1	2				122. Tem dificuldades em manter um emprego
0	1	2				123. Ele(a) é uma pessoa feliz
0	1	2				124. Nos últimos 6 meses , quantas vezes por dia ele(a) fuma (incluindo pastilhas de nicotina)? _____ vezes por dia.
0	1	2				125. Nos últimos 6 meses , quantos dias ele(a) bebeu? _____ dias.
0	1	2				126. Nos últimos 6 meses , quantos dias/ durante quantos dias ele(a) usou drogas para fins não terapêuticos (incluindo marijuana, cocaína, e outras drogas, excepto álcool e nicotina)? _____ dias.
0	1	2				

Assegure-se de ter respondido a todas as frases.



ISSN 0870-8231

[versão impressa]

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Política Editorial
- Forma e preparação de manuscritos

Política Editorial

- A revista **Análise Psicológica** publica artigos e notas de investigação, revisão ou discussão teórica, nos domínios da Psicologia e de outras ciências sociais, humanas e do comportamento.
- Os artigos recebidos estão sujeitos à apreciação do Conselho de Redacção. A Revista não se responsabiliza pela devolução de artigos não solicitados. O conteúdo dos artigos é da responsabilidade dos autores.

Forma e preparação de manuscritos

Os originais devem ser dactilografados a dois espaços com margens amplas, em folhas brancas normalizadas (tipo A4), devidamente numeradas. Os artigos, que não deverão exceder 30 páginas, devem ser enviados, em triplicado, acompanhados de ficheiro MS WINWORD em disquete, e em formato *.RTF. A Primeira página deve conter apenas o título do artigo, o nome do autor ou autores e respectivos endereços profissionais. As notas de investigação e didácticas seguem o modelo dos artigos, mas não devem exceder as 6 páginas.

Os artigos devem ser acompanhados de resumos em português e inglês, que não devem exceder as 200 palavras. Devem ainda ser indicadas entre 3 a 5 palavras-chave que facilitem a indexação do artigo.

As notas de fim de página devem ser evitadas. É igualmente de evitar o uso de itálico, mas as palavras em que esse formato seja indispensável devem ser sublinhadas no original.

Os quadros e figuras deverão ser usados apenas se contribuírem fortemente para a clarificação ou encurtamento do texto. Devem ser apresentados em folhas separadas, devidamente numerados, e acompanhados de breves legendas. A sua localização no texto deve ser claramente indicada. As figuras devem possuir elevada qualidade gráfica, de modo a permitir a sua reprodução sem perda apreciável de nitidez, e a sua eventual redução.

As referências no texto a outras devem ser indicadas dos seguintes modos: Robinson (1978); (Guilly & Piolat, 1986); (Bronckart, Papandropoulou & Kicher, 1976) ou (Bronckart *et al.*, 1976).

No final do artigo devem ser listadas alfabeticamente as referências bibliográficas (apenas as obras referidas no texto), obedecendo aos seguintes modelos:

Bronckart, J.-P., Papandropoulou, J., & Kicher, H (1976). Les Conduites Sémiotiques. In M. Richelle, & R. Droz (Éds.), *Introduction à la Psychologie* (pp. 286-302). Bruxelles: Dessart.

Gilly, M., & Piolat, M. (1986). Psicologia da Educação, Estudo da Mudança na Interação Educativa. *Análise Psicológica*, 11 (1), 13-24.

Robinson, W. P. (1978). *Language Management in Education*. Sidney: George Allen & Unwin.

McCloy, R. A. (1990). *A New Model of Job Performance: An Integration of Measurement, Prediction, and Theory*. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.

As provas tipográficas poderão ser revistas pelos autores, que não podem em caso algum acrescentar ou alterar o texto original. As provas corrigidas devem ser devolvidas no prazo máximo de 8 dias.

Serão oferecidas 30 separatas ao primeiro autor de cada artigo publicado.

Os artigos e notas para publicação, assim como notícias de reuniões científicas ou outros acontecimentos de relevo para a Psicologia, e as obras para recensão, deverão ser enviadas para:

Análise Psicológica
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa – Portugal

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo Editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2005 Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa – Portugal
Tel.: + 351 218 811 700
Fax: + 351 218 860 954

info@ispa.pt

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

ANÁLISE PSICOLÓGICA

A revista *Análise Psicológica* publica artigos e notas de investigação, revisão ou discussão teórica, nos domínios da Psicologia e das outras ciências sociais, humanas e do comportamento.

Os artigos recebidos estão sujeitos à apreciação do Conselho de Redacção. A Revista não se responsabiliza pela devolução de artigos não solicitados. O conteúdo dos artigos é da responsabilidade dos autores.

Os originais devem ser dactilografados a dois espaços com margens amplas, em folhas brancas normalizadas (tipo A4), devidamente numeradas e não deverão exceder as 30 páginas. A primeira página deve conter apenas o título do artigo, o nome do autor ou autores e os respectivos endereços profissionais. As notas de investigação e didácticas seguem o modelo dos artigos, mas não devem exceder as 6 páginas. Os artigos devem ser acompanhados de resumos em português e inglês, que não devem exceder as 200 palavras. Devem ainda ser indicadas entre 3 e 5 palavras-chave que facilitem a indexação do artigo.

Os artigos devem ser escritos segundo as recomendações feitas pela APA (Publication Manual of the American Psychological Association, edição de 2001) relativamente à sua edição, referências e citações.

As notas de fim de página devem ser evitadas. É igualmente de evitar o uso de itálico, mas as palavras em que esse formato seja indispensável devem ser sublinhadas no original.

Os quadros e figuras deverão ser usados apenas se contribuírem fortemente para a clarificação ou encurtamento do texto. Devem ser apresentados em folhas separadas, devidamente numerados, e acompanhados de breves legendas. A sua localização no texto deve ser claramente indicada. As figuras devem possuir elevada qualidade gráfica (*.jpg ou *.tif), de modo a permitir a sua reprodução sem perda apreciável de nitidez, e a sua eventual redução.

As provas tipográficas poderão ser revistas pelos autores, que não podem, em caso algum, acrescentar ou alterar o texto original. As provas corrigidas devem ser devolvidas no prazo máximo de 8 dias.

Os artigos e notas para publicação, assim como notícias de reuniões científicas ou outros acontecimentos de relevo para a Psicologia, e as obras para recensão, deverão ser enviadas para analise.psicologica@ispa.pt

COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL E GESTÃO

Comportamento Organizacional e Gestão é uma revista nas áreas da Gestão e do Comportamento Organizacional. Esta revista tem por objecto os aspectos cognitivos, sociais, ergonómicos e organizacionais do trabalho, e por objectivo a apresentação de trabalhos de investigação originais em Comportamento Organizacional e noutras áreas relacionadas com a gestão e o trabalho, em geral.

Apresentação de propostas de artigos: Envie cópia em MS WINWORD e em ADOBE ACROBAT (*.doc e *.pdf), para: cog.submissao@ispa.pt.

Preparação dos artigos: Apresente o original dactilografado em espaço duplo e com 2,5 cm em ambas as margens, e a uma página por folha. Os artigos devem ser concisos, em Português, Espanhol, Francês ou Inglês. A página 1 deve ter o título do artigo, a(s) filiação(ões) do(s) autor(es), uma forma abreviada do título (menos de 50 caracteres, incluindo letras e espaços), o nome e a morada do autor a que deve ser dirigida a correspondência. A página 2 deve ter um pequeno resumo (menos de 250 palavras) na língua original e a respectiva tradução em Inglês. Os artigos não devem exceder as 25 páginas (tabelas, figuras, gráficos e quadros não incluídos).

Estilo: São seguidas as recomendações da APA (Publication Manual of the American Psychological Association – 5th ed., 2001), especialmente na lista de referências e nas citações no texto.

Ilustrações: As tabelas, figuras, gráficos e quadros têm de ser mencionados no texto, devem ter um título ou legenda, ser completamente compreensíveis e devem ser apresentados separadamente do texto. Os autores têm de fornecer originais de boa qualidade de todas as figuras a reproduzir. As figuras originais devem ser legíveis após uma redução para um tamanho máximo de 10 cm de comprimento e 20 cm de altura.

Referências: São fornecidos exemplos de como devem ser referidos, respectivamente, um livro, capítulo de livro, artigo de revista, comunicação e tese não publicada:

- Nielsen, J. (1993). *Usability Engineering*. San Diego: Academic Press.
- Campbell, J. P. (1990). Modeling the performance prediction problem in industrial and organizational psychology. In M. D. Dunnette, & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (2nd ed., Vol. 1, pp. 687-732). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Helliwell, J. & Fowler, A. (1994). Introducing IT into a mature production related work environment: The human resource factor. *Journal of Information Technology*, 5 (1), 39-50.
- Steiger, J. H., & Lind, J. (1980, June). *Statistically based tests for the number of common factors*. Paper presented at the annual meeting of the Psychometric Society, Iowa City, IA.
- McCloy, R. A. (1990). *A new model of job performance: An integration of measurement, prediction, and theory*. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.

LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA

Objectivos: A revista *Laboratório de Psicologia*, visa a publicação de artigos na área dos métodos e técnicas experimentais. Tendo como principal objectivo a divulgação de pré-testes de manipulações e validação de medidas de diversos constructos psicológicos, na população portuguesa, a revista está aberta à publicação de qualquer artigo que apresente ou discuta questões actuais e pertinentes para aqueles que desenvolvem estudos experimentais.

Revisão: O resultado da apreciação do Conselho Científico será comunicado ao primeiro autor com vista a informá-lo da aceitação, rejeição ou pedido de revisão do artigo. Os autores devem ter em atenção o facto das cópias apresentadas não serem devolvidas em qualquer um dos casos. A revisão 'cega' dos artigos é opcional, e nestes casos, o(s) nome(s) do(s) autor(es), endereços e afiliações respectivos devem aparecer apenas na folha de rosto. Todas os conteúdos que possam identificar ou fornecer pistas sobre a autoria dos artigos devem ser suprimidos.

Preparação dos artigos: Os originais devem ser dactilografados em folhas brancas normalizadas (tipo A4), devidamente numeradas, a 2 espaços com 2,5 cm em ambas as margens, e o tipo de letra deverá ser um dos seguintes: Arial, 10 ou Times NewRoman 12. O artigo deve ser escrito segundo as recomendações feitas pela APA (*Publication Manual of the American Psychological Association*), relativamente à sua edição (itálicos, estatísticas, quadros, notas de fim de página etc.), referências e citações.

Página de rosto: A primeira página deve conter: (A) o título do artigo (que deve elucidar se se trata de um pré-teste de que material, ou de um artigo e outra Natureza); (B) a abreviação deste mesmo título que se pretende que apareça em “running head”; (C) a(s) filiação(ões) do(s) autor(es); (D) o nome e contacto do autor a quem deve ser dirigida a correspondência.

Resumo e indexação: Em segunda página deve ser apresentado um breve resumo (menos de 250 palavras) do artigo, em português e inglês. Devem ainda ser indicadas 3 palavras (consideradas) chave que facilitem a indexação do artigo, em português e inglês igualmente.

Nota. Sempre que os artigos apresentem a testagem de material experimental este deve ser apresentado de forma sistemática (por exemplo em tabelas) conjuntamente com a informação estatística (ou não) que informe da sua validade, e erro associado, permitindo ao leitor proceder a uma selecção do material a utilizar no seu estudo.

Referências: As referências no texto a outras devem ser indicadas dos seguintes modos: Salgueiro (2002); (Cooper & Fazio, 1984); (Hastie, Schroeder & Weber, 1990) ou (Hastie et al., 1990). No final do artigo devem ser listadas alfabeticamente as referências bibliográficas (apenas as obras referidas no texto), obedecendo aos seguintes modelos:

Hastie, R., Schroeder, C., & Weber, R. (1990). Creating complex social conjunction categories from simple categories. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 28, 242-247.

Cooper, J., & Fazio, R. H. (1984). A new look at dissonance theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 17 (pp. 229-266). New York: Academic Press.

Salgueiro, E. E. (2002). *Prova de Avaliação da Capacidade de Leitura “Decifrar”*. *Proficiência na Decifração de Palavras de Dificuldade Crescente*. Lisboa: ISPA.

McCloy, R. A. (1990). *A new model of job performance: An integration of measurement, prediction, and theory*. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.

Quadros e Figuras. Os quadros e as figuras devem ser apresentados em folhas separadas, devidamente numerados, e acompanhados de breves legendas. A sua localização no texto deve ser claramente indicada. As figuras devem possuir elevada qualidade gráfica, de modo a permitir a sua reprodução sem perda apreciável de nitidez, e a sua eventual redução.

Submissão: Correio electrónico. A proposta do artigo, previamente revisto, deverá ser dirigida à directora da revista e enviada para o seguinte endereço: labpsi@ispa.pt. O ficheiro contendo a página de rosto e o resumo deve constar no anexo do email; todas as figuras (fotografias, desenhos, esquemas, etc.) devem constar em ficheiros separados em formato *.jpg ou *.gif.

Correio. Em alternativa, podem ser enviadas 3 cópias do original dactilografadas e uma cópia em disquete em *.doc ou *.rtf, para: **Laboratório de Psicologia do ISPA – Instituto Universitário, Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041 Lisboa.**

Provas: As provas tipográficas poderão vir a ser revistas pelos autores, que neste caso não poderão acrescentar ou alterar o texto original.

REVISTA EUROPEIA DE INSERÇÃO SOCIAL

Os originais devem ser dactilografados a dois espaços, em folhas brancas normalizadas (tipo A4), devidamente numeradas. Os artigos, que deverão ter um mínimo de 15 páginas e um máximo 30, devem ser enviados, em triplicado, acompanhados de ficheiro MS WINWORD em disquete e em formato RTF para: **Revista Europeia de Inserção Social, ISPA – Instituto Universitário, Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041 Lisboa**. A primeira página deve conter apenas o título do artigo, o nome do autor ou autores, qualificações e/ou actividades profissionais, e os respectivos endereços.

Os artigos devem ser acompanhados de resumos em português e francês ou inglês (e da tradução do título nestas línguas), que não devem exceder as 200 palavras. Devem ainda ser indicadas entre 3 e 5 palavras-chave (em português e francês ou inglês) para a indexação do artigo.

As notas de fim de página devem ser evitadas. É igualmente de evitar o uso de itálico, mas as palavras em que esse formato seja indispensável devem ser sublinhadas no original.

Os quadros e figuras deverão ser usados apenas se contribuírem fortemente para a clarificação ou encurtamento do texto. Devem ser apresentados em folhas separadas, devidamente numerados, e acompanhados de breves legendas. A sua localização no texto deve ser claramente indicada. As figuras devem possuir elevada qualidade gráfica, de modo a permitir a sua reprodução e a sua eventual redução sem perda apreciável de nitidez.

A bibliografia deve ser indicada do seguinte modo: Robinson (1978); (Gilly & Piolat, 1986); (Bronckart, Papandropoulou, & Kilcher, 1976) ou (Bronckart et al., 1976, se corresponder a quatro ou mais autores).

No final do artigo devem ser listadas alfabeticamente as referências bibliográficas, obedecendo aos seguintes modelos:

Bronckart, J.-P., Papandropoulou, J., & Kilcher, H. (1976). Les conduites sémiotiques. In M. Richelle & R. Droz (Eds.), *Introduction à la psychologie* (pp. 286-302). Bruxelles: Dessart.

McCloy, R.A. (1990). A new model of job performance: An integration of measurement, prediction, and theory. *Unpublished doctoral dissertation* (pp. 230-255). University of Minnesota, Minneapolis.

Ouakinin, S., & Fonseca, J.L.S. (2002). Evaluation of psychoneuroimmunological interactions in HIV infected patients. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4(1), 157-171.

Robinson, W.P. (1978). *Language management in education* (pp. 120-142). Sidney: George Allen & Unwin.

As provas tipográficas poderão ser revistas pelos autores, que não podem em caso algum acrescentar ou alterar o texto original. As provas corrigidas devem ser devolvidas no prazo máximo de oito dias.

Université de Paris VII, 12, rue de Boutarel, 75004 Paris, France