

AVANTINO SAPULA

**“PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS EM ADULTOS DA PROVINCIA DE
BENGUELA / ANGOLA: ADAPTAÇÃO E NORMALIZAÇÃO DA TRADUÇÃO
PORTUGUESA DA ADULT BEHAVIOR CHECK – LIST DE ACHENBACH”**

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DE SAÚDE – NORTE

2012

LOMBADA

AVANTINO SAPULA ISCS – N	PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS EM ADULTOS DA PROVINCIA DE BENGUELA / ANGOLA: ADAPTAÇÃO E NORMALIZAÇÃO DA TRADUÇÃO PORTUGUESA DA ADULT BEHAVIOR CHECK – LIST DE ACHENBACH		2012 PORTO
---	--	--	-------------------

“ PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS EM ADULTOS DA PROVINCIA DE BENGUELA / ANGOLA: ADAPTAÇÃO E NORMALIZAÇÃO DA TRADUÇÃO PORTUGUESA DA ADULT BEHAVIOR CHECK - LIST DE ACHENBACH”

AVANTINO NANA SAPULA

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

ORIENTADOR: Prof. Doutor José Carlos Caldas

PORTO

2012

RESUMO

O termo problemas de comportamento é bastante ambíguo e controverso possuindo definições vagas, classificações exaustivas e sem limites para alguns tipos de enigmas de conduta. O termo Perturbações do Comportamento aparece no DSM - IV inserido nas Perturbações que interferem Habitualmente na Primeira e na Segunda Infância ou na Adolescência, no grupo das Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice da Atenção. Conforme Kaplan, Sadock, e Grebb, (1997) o DSM - IV fragmentou problemas de comportamento em três grupos: transtorno desafiador opositivo, transtorno da conduta e transtorno do comportamento disruptivo sem outra especificação. O presente trabalho abordou o tema “*Problemas comportamentais em adultos da província de Benguela / Angola: adaptação e normalização da versão portuguesa da Adult Behavior Check - List (ABCL)* ”, através da tradução portuguesa deste Inventário (ICA) para hetero-avaliação, aplicados a uma amostra de 500 indivíduos da população angolana da Província de Benguela / Angola. Os resultados obtidos mostram que o total de problemas comportamentais reflete melhor os problemas comportamentais, não sendo clara uma solução fatorial como a encontrada na versão original. Os valores de fidelidade (consistência interna e pares ímpares) são elevados mas a validade fatorial não permite a solução a vários fatores encontrados na versão original. Estabeleceram-se normas provisórias tendo por base as médias e desvios padrão dos resultados globais, para a amostra total, por género, idade, residência, habilitações e profissão, faixas etárias e residência; como distribuição percentílica dos resultados para a amostra integral. Desta feita, pretende-se contribuir, para o conhecimento de diferentes problemas comportamentais; validar o Inventário do Comportamento Adulto, para a população angolana e avaliar a prevalência em adultos na faixa etária dos 45-59 anos. Finalmente, compararam-se os resultados de acordo com as diferentes variáveis demográficas, tendo-se verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas no que respeita a género, profissão e habilitações literárias.

Palavra-chave: Hetero-avaliação, Adultos, Problemas Comportamentais.

ABSTRACT

The term behavior problems is quite ambiguous and controversial having vague definitions, classifications and comprehensive unlimited puzzles for some types of conduct. The term appears in Behavior Disorders DSM - IV inserted in disorders that interfere Usually the First and Second Childhood and Adolescence in the group of Disruptive Behavior Disorders and Attention Deficit. According to Kaplan, Sadock, and Grebb, (1997) DSM - IV fragmented behavior problems in three groups: oppositional defiant disorder, conduct disorder and disruptive behavior disorder not otherwise specified. This study addressed the topic "Behavioral problems among adults in the province of Benguela / Angola: adaptation and standardization of the Portuguese version of the Adult Behavior Check - List (ABCL)," by a Portuguese translation of Inventory (ICA) for hetero-assessment, applied a sample of 500 individuals in the population of Angolan province of Benguela / Angola. The results show that the total behavioral problems better reflects behavioral problems, not being a clear factorial solution as found in the original version. The values of fidelity (internal consistency and odd pairs) are high but the factorial validity does not allow the solution to several factors found in the original version. Interim standards were established based on the averages and standard deviations of the overall results for the total sample, by gender, age, residence, qualifications and occupation, age and residence; percentílica as distribution of the results for the full sample. This time, we intend to contribute to the knowledge of different behavior problems; validate the Inventory of Adult Behaviour to the Angolan population and assess the prevalence in adults aged 45-59 years. Finally, we compared the results according to different demographic variables and it was found that there is statistically significant with respect to gender, occupation and qualifications.

Keyword: Hetero-assessment, Adults, Behavioral Problems.

AGRADECIMENTOS

Os primeiros agradecimentos vão a Deus todo - poderoso por ter dado força, saúde e coragem para levar avante o presente trabalho e ao Professor Doutor **José Carlos Caldas**, orientador deste trabalho, cujo apoio se revelou uma pedra basilar ao longo da elaboração deste trabalho. Deixo também os meus agradecimentos para:

- Ao **Mestre Ernesto Paulo Fonseca** e **outros Docentes** pelo apoio e incentivo em alguns encontros e pela disponibilidade que sempre revelaram face a instalação do programa de introdução e tratamento de dados estatísticos.

- A Direção da CESPUP - Formação Angola, na pessoa da **Dra. Márcia** e **funcionários (as)** que pela forma simpática como aturadamente esperaram os atrasos de alguns pagamentos da propina e compreenderam o facto de lidar-se com os estudantes. - Aos colegas, pelo calor e solidariedade no confronto e superação de obstáculos.

- Ao **Governo** da Província de Benguela junto dos Diretores dos sectores da Saúde; Educação; Hospital Provincial de Benguela; Centro de Reabilitação Desafio Jovem e os habitantes do Bairro periférico litoral do Quioche da cidade de Benguela; os professores e estudantes do colégio da nossa senhora de Fátima e Crentes da paróquia da nossa senhora do Populo, que, amavelmente, aceitaram o ativismo dando o incentivo, coragem, empenho e criaram condições para que a investigação fosse concretizada.

- A Família, esposa **Maria de Fátima Mbundu Sapula** e filhos pela admirável aceitação que muitas vezes admitiram o abandono, e jejum incentivando assim em participar nesta investigação. – Aos pais **Aurélio Sapula** e **Laureana Nana**, por todo o apoio emocional nos momentos de maior fragilidade; aos meus irmãos; e **amigos** que sempre me deram força, para que chegasse até este patamar.

- A todos aqueles, que de alguma forma, me apoiaram ao longo deste percurso e que aqui não se encontram mencionados.

Muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS

ICA =Inventário de Comportamento para Adultos

HPB =Hospital Provincial de Benguela

CRDJB = Centro de Reabilitação Desafio Jovem de Benguela

BPLQ = Bairro Periférico Litoral do Quióche

CESPU = Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

SPSS = Sistema de Processamento Estatístico por Software

DSM – IV = Manual de Diagnóstico Estatístico em versão quatro

CID – 10 = Código Internacional de Doenças em versão dez

OMS = Organização Mundial da Saúde

APA – Associação de Psicólogos Americanos

ABCL – Adult Behavior Check - List

ÍNDICE GERAL

Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Lista de abreviaturas.....	v
Índice geral.....	vi
Lista de anexos.....	ix
Índice de tabelas.....	x
Introdução geral.....	11

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEORICO

CAPITULO – I

CONSTRUCTOS TEORICOS RELEVANTES

1.1. Conceito de problemas comportamentais.....	13
1.2. DSM-IV.....	14
1.2.1. As principais características do DSM-IV.....	15
1.2.2. As vantagens da utilização do DSM-IV.....	15
1.2.3. Uso do DSM-IV na prática clínica.....	16
1.2.4. Limitações e desvantagens do uso do DSM IV.....	17
1.3. Os modelos categorial e dimensional em psicopatologia.....	18
1.3.1. O modelo dimensional de Achenbach.....	19

PARTE-II

CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DOS PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS EM ADULTOS ANGOLANOS DA PROVINCIA DE BENGUELA (18-59 ANOS DE IDADE)

CAPITULO-II

ASPETOS Metodológicos

2.1. Objetivos gerais.....	20
2.2. Questões de investigação.....	20
2.3. Desenho e Método.....	21
2.4- Participantes.....	21
2.5. Caracterização da amostra.....	21
2.6. Instrumentos de recolha de dados.....	24
2.7. Procedimento.....	25
2.8. Análise e tratamento dos dados.....	26

CAPITULO III

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1.- Análise das características psicométricas do ICA.....	27
3.2. Resultados totais do ICA pela amostra em estudo.....	28
3.3. Resultados relativos a medias e desvio padrão	28
3.4. Distribuição dos resultados totais para o total da amostra por percentis..	31
3.5. Comparação dos resultados relativos a problemas comportamentais totais por género, faixas etárias, profissão, grau de escolaridade e residência.....	32

CAPITULO – IV

DISCUSSAO DOS RESULTADOS E CONCLUSOES

4.1. Discussão dos resultados	37
4.2. Aspectos finais e conclusivos do trabalho.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	43

LISTA DE ANEXOS

Anexo I Declaração de Consentimento Informado	43
Anexo II Modelo de Pedido de Autorização as instituições.....	44
Anexo III Estrutura do Instrumento de Comportamento adulto (ICA).....	47

ÍNDICE DE TABELA

Tabela 1- Caracterizacao da amostra quanto ao genero.....	21
Tabela 2 – Caracterizacao da amostra por faixas etárias.....	22
Tabela 3 - Caracterizacao da amostra por profissão.....	22
Tabela 4 - Caracterizacao da amostra por grau de escolaridade.....	23
Tabela 5 - Caracterizacao da amostra por meio residencial.....	23
Tabela 6 – Médias e desvio padrão dos resultados para a amostra total.....	28
Tabela 7 - Médias e desvio padrão dos resultados por género.....	28
Tabela 8 – Médias de desvio padrão dos resultados por faixa etaria.....	29
Tabela 9 – Médias de desvios padrão por profissão.....	29
Tabela 10 – Médias de desvios padrão dos resultados por grau de escolaridade.....	30
Tabela 11 - Médias e desvio padrão dos resultados por residência.....	30
Tabela 12 – Transformação dos resultados brutos totais em percentis para amostra total (n = 500).....	31
Tabela 13- Comparação entre género quanto a problemas comportamentais totais	33
Tabela 14 – Comparação entre faixas etárias quanto a problemas comportamentais totais	33
Tabela 15 – Comparação dos resultados relativos a problemas comportamentais por profissão	34
Tabela 16 – Comparação dos resultados relativos a problemas comportamentais por grau de escolaridade.....	35
Tabela 17- Comparação relativos a problemas comportamentais por residência.....	36

INTRODUÇÃO GERAL

A Hetero-avaliação dos problemas comportamentais em adultos é uma componente do processo de avaliação que se processa com interação de outras componentes (auto - avaliação e Co – avaliação), possibilita a deteção de muitos problemas e perturbações comportamentais tais como “ *stress, depressão, uso e abuso de substâncias como o alcoolismo, suicídio, e outros* “ (Mendes Maria., 2007).

O Inventário de Comportamentos para Adultos (ICA), tradução portuguesa (Caldas & Carneiro, 2010) da Adult Behaviour Check - list (ABCL) de Achenbach (2003) é um instrumento de hetero avaliação de problemas comportamentais em adultos que faz parte de uma família de instrumentos de auto e hetero avaliação para crianças, adolescentes, adultos e idosos, desenvolvidos pelo Prof. Achenbach e que consideram que a psicopatologia “*pode ser melhor entendida de modo dimensional do que categorial*” (Gonçalves & Simões, 2000).

Se o modelo categorial – de que é exemplo o DSM-IV – parte dos pressupostos de que “as perturbações diagnosticáveis são discretas (i.e., qualitativamente distintas de outras perturbações e da normalidade), que o desvio comportamental deve ser equacionado como uma disfunção orgânica e que a patologia é interna aos indivíduos (Sonuga-Barke, 1998, cit in Gonçalves & Simões, 2000), no modelo dimensional – de que é exemplo o ICA – “o que determina o que constitui ou não um síndrome é a agregação de problemas comportamentais em subescalas, através da análise fatorial, ou seja, a frequência dos problemas comportamentais que integram um ou mais síndromas” (Gonçalves & Simões, 2000).

Para o transtorno de conduta é dada a seguinte definição: “ *Aspecto essencial do transtorno da conduta; é um padrão repetitivo e persistente de conduta; no qual os direitos básicos dos outros, as normas ou regras sociais apropriadas à idade são violados. Os comportamentos devem estar presentes por, pelo menos, seis meses para qualificarem o diagnóstico*” (Kaplan et al., 1997, p. 997). Destas definições, é possível concluir que, para diagnosticar algum problema de comportamento, é preciso haver um padrão repetitivo

e persistente de comportamento, o qual prejudica outras pessoas e viola seriamente regras sociais.

Pretende-se com este estudo obter um conjunto de dados preliminares relativos à obtenção de normas comparativas e às características psicométricas do Inventário de Comportamentos para Adultos (ICA), tradução portuguesa (Caldas, 2010) do Adult Behaviour Check - list (ABCL) de Achen Bach (2003) numa amostra (N = 500) de sujeitos da Província de Benguela / Angola, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos.

Simultaneamente tentar-se-á verificar se na amostra em estudo existirão diferenças relativas aos problemas comportamentais totais (soma de todos os itens do ICA), em termos de género, faixas etárias, habilitações literárias, profissão e residência.

Para que o “rumo” do nosso trabalho seja melhor percebido, dividiu – se o trabalho em duas partes, com os respectivos capítulos; Na primeira parte fez-se uma revisão teórica breve sobre a temática de “problemas e perturbações comportamentais em adultos” na qual tentou-se abordar, de forma geral, a perspetiva classificativa do DSM-IV e compará-la, em termos de perspetiva de classificação categorial com a perspetiva dimensional, na qual se insere o instrumento por nós utilizado (ICA).–

A segunda parte deste trabalho, tenta explicar o nosso contributo para o estabelecimento da fidelidade e validade do Inventário de Comportamentos para Adultos (ICA) numa amostra da população angolana, de um primeiro esboço de normas comparativas e das diferenças de género, idade, residência, habilitações e profissão em termos de total de problemas comportamentais. Descreve-se os aspetos metodológicos da investigação, os resultados obtidos, passando-se depois á discussão e aos aspectos conclusivos e considerações finais.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO I

CONSTRUTOS TEORICOS RELEVANTES

1.1. Conceito de problemas comportamentais

Num sentido restrito o termo Perturbações do Comportamento aparece no DSM - IV inserido nas Perturbações que Aparecem Habitualmente na Primeira e na Segunda Infâncias ou na Adolescência, no grupo das Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice da Atenção.

Segundo Kaplan, Sadock, e Grebb, (1997) o DSM - IV subdividiu problemas de comportamento em três grupos:

- Transtorno desafiador opositivo, transtorno da conduta e transtorno do comportamento disruptivo sem outra especificação.
- O transtorno desafiador opositivo refere-se a "*um padrão persistente de comportamentos negativistas, hostis e desafiadores na ausência de sérias violações de normas sociais ou direitos alheios*", o qual deve estar presente durante, pelo menos, seis meses (Kaplan et al., 1997, pp 995).

Para o transtorno de conduta é dada a seguinte definição:

- "*O aspecto essencial do transtorno da conduta é um padrão repetitivo e persistente de conduta, no qual os direitos básicos dos outros; as normas ou regras sociais apropriadas à idade são violados; os comportamentos devem estar presentes por, pelo menos, seis meses para qualificarem o diagnóstico*" (Kaplan et al., 1997, p. 997).

Destas definições, é possível concluir que, para diagnosticar algum problema de comportamento, é preciso haver um padrão repetitivo e persistente de comportamento, o qual prejudica outras pessoas e viola seriamente regras sociais.

Num sentido lato, os problemas comportamentais podem-se referir a qualquer tipo de problema que surge no indivíduo, seja por internalização seja por externalização e, neste sentido, contemplar todos os problemas e perturbações em diferentes esferas e áreas de vida da pessoa.

Para melhor compreensão importa referir que genericamente, o termo problemas comportamentais abarca um conjunto alargado de problemas que podem ser agrupados em vários e diferentes síndromes (conjunto de sinais e sintomas, perturbações), quer por internalização quer por externalização. Será neste sentido alargado que o abordaremos ao longo do nosso trabalho.

1.2. DSM-IV

O DSM-IV é um manual diagnóstico e estatístico, que foi adotado pela APA e que se relaciona com a classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10, da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Trata-se de sistema classificatório multiaxial - publicado nos anos 90, que são considerados “a década do cérebro” pela OMS-, organizado de maneira a agrupar 16 classes diagnosticas distintas, que recebem códigos numéricos específicos e se distribuem por cinco grandes eixos, que são os seguintes:

Eixo I: descreve os transtornos clínicos propriamente ditos. Por exemplo: transtorno de pânico sem agorafobia (300.01), transtorno depressivo recorrente (296.3), transtorno delirante (297.1), dependência do álcool (303.90), etc.

Eixo II: descreve o retardo mental. Por exemplo: retardo mental severo (318.1) e transtornos de personalidade, que foram reunidos em três grandes agrupamentos (clusters). No grupo A, estão os indivíduos com traços estranhos ou bizarros por exemplo, **transtorno de personalidade esquizoide** (301.20) ; no grupo B, os indivíduos com traços dramáticos e instáveis por exemplo, **transtorno de personalidade borderline** (301.50); e, finalmente, os inseguros e ansiosos no grupo C – por exemplo, transtorno de personalidade dependente (301.6).

Eixo III: Descreve as condições médicas gerais. Por exemplo: Otite média recorrente (382.9).

Eixo IV: Trata dos problemas psicossociais e ambientais associados com transtorno mental em questão. Por exemplo: **Ameaça de perda de emprego**

Eixo V: Constitui-se por uma escala de avaliação global de funcionamento (AGF), que recebe uma numeração. Por exemplo: AGF=82. (Matos et al, 2005)

1.2.1. Principais características do DSM-IV

As principais características do DSM-IV são:

1. Descrição dos transtornos mentais;
2. Definição de directrizes diagnósticas precisas, através da listagem de sintomas que configuram os respectivos critérios diagnósticos;
3. Modelo teórico, sem qualquer preocupação com a etiologia dos transtornos;
4. Descrição das patologias, dos aspectos associados, dos padrões de distribuição familiar, da prevalência na população geral, do seu curso, da evolução, do diagnóstico diferencial e das complicações psicossociais decorrentes;
5. Busca de uma linguagem comum, para uma comunicação adequada entre os profissionais da área de saúde mental;
6. Incentivo à pesquisa.

1.2.2. As vantagens da utilização do DSM-IV

O DSM-IV atingiu muitos dos seus objectivos. Na prática clínica, inúmeros exemplos podem ser destacados.

Indivíduos anteriormente diagnosticados como “histéricos” eram ridicularizados, nas salas de atendimento de urgência, por não terem o seu sofrimento reconhecido pelos médicos. Alguns termos pejorativos ainda ressoam em nossos ouvidos:

- “Crise pitiática”, paciente
- “píssico”, “piti” ou “hy”.

Muitos deles sofriam, na verdade, de ataques de pânico e eram desmoralizados porque os seus sintomas – parestesias (formigamentos e adormecimentos); ondas de calor, (Matos et al. 314).

1.2.3. Uso do DSM – IV na prática clínica

Segundo Matos et al (2005), o DSM-IV não é um compêndio de psiquiatria e não deve ser consultado como a única fonte da especialidade.

Ao listar os sintomas, o manual busca auxiliar o reconhecimento dos transtornos mentais, mais não se presta a substituir a abrangência do diagnóstico clínico que resulta, acima de tudo da intuição da percepção do feeling, que surge desta relação única que se estabelece entre profissional e paciente. Neste sentido, é bom frisar que o próprio manual destaca, logo na introdução, um capítulo denominado “uma palavra de cautela”, onde estes aspectos são devidamente tratados

Tudo isto nos leva a reflectir, que o DSM-IV esta longe de resolver os problemas diagnósticos e estatísticos de nossa especialidade. Mostra-nos um longo caminho a percorrer, que será realizado com sucesso, desde que as questões e preconceitos de cada especialidade sejam deixados de lado, e, em seu lugar.

Esforcemo-nos para realizar um trabalho conjunto, reunindo os achados científicos da psiquiatria, que incluem os avanços no campo da neuro - imagem e da neurofisiologia por um lado, e a aplicação, comparação e aferição sistemática dos procedimentos psicofarmacológicos e psicoterapêuticos utilizados por outro.

Desta forma, ambos os sistemas diagnósticos – DSM-IV e CID-10 são nosográficos e têm por objectivo listar e classificar os transtornos mentais, mas não substituem o exercício da clínica. O modelo destes sistemas, que é denominado categorial, se opõe, em contra partida, a um outro, dito dimensional.

1.2.4. Limitações e desvantagens do uso DSM-IV

O uso do DSM-IV é limitado e trouxe também inúmeras desvantagens. A primeira delas diz respeito ao próprio sistema, que produziu uma excessiva fragmentação dos quadros clínicos dos transtornos mentais.

Assim, muitos pacientes precisam receber simultaneamente inúmeros diagnósticos já que os sintomas ultrapassam os limites rígidos, propostos pelo manual. Por isto, a co morbidade dentro de um eixo (ou de vários deles) passam a ser quase sempre a regra, e não a exceção.

Fóbicos sociais recebem, em 80% dos casos, outro diagnóstico correlato. O transtorno de pânico surge ao lado da depressão em mais de 50% dos casos e muitas vezes esta associado, ainda, com ansiedade, generalizada, fobia social, transtorno obsessivo – compulsivo e outros transtornos de personalidade, situados no eixo II.

A segunda dificuldade diz respeito ao profissional que vai utiliza-lo. O DSM-IV não deve ser usado como uma lista infalível, que, sendo preenchida, fornece automaticamente um diagnóstico psiquiátrico. Em mãos inexperientes, os resultados são desastrosos (Matos et al.2005).

1.3. Os modelos categorial e dimensional em psicopatologia

O modelo categorial distingue o transtorno primário, que ocorre primeiro em sequência temporal, do secundário. É o caso do quadro da depressão secundária ao transtorno de pânico, descrito por Klein et al.

Segundo McHugh e Slavney (1986), os modelos categoriais, também chamados modelos nosológicos de doença, reflectem a tradição platónica. Isolam doenças que encaram como entidades patológicas distintas, encaram o doente como um objecto onde se alojou uma doença e interessam-se mais pela análise da forma do que do conteúdo, partindo do princípio do que a forma dos sintomas reflete as alterações subjacentes.

Os modelos categoriais avançam através de explicações que devem sobreviver ao método científico, são mais rigorosos, facilitam a investigação e geram o progresso científico através de sucessivas gerações de especialistas. Em contrapartida, tendem para reducionismos doutrinários e para multiplicação das diferenças. Além disso, o avanço que permitem, apesar de seguro, é feito em pequenos passos e com longos períodos de espera.

Da mesma forma, o espectro de um transtorno mental, que não pode ser abarcado pelo DSM-IV, inclui-se sintomas preditores, que surgem na infância, e sintomas prodrómicos e periféricos que ocorrem junto com os sintomas típicos ou que se manifestam com magnitude (Matos et al, 2005).

Segundo McHugh e Slavney (1986), os modelos dimensionais reflectem a tradição hipocrática. O raciocínio a partir do conceito de doença desperta a nossa atenção para a forma (registo categorial) das aflições do doente. Mas mesmo no meio da sua doença o doente continua a ser um sujeito que pensa, sente, tem intenções e comportamentos em resposta à sua doença.

Os modelos dimensionais consideram a presença de factores reactivos da personalidade e da história do doente no conjunto das manifestações da doença. Assim, dão importância a análise do conteúdo dos sintomas e tentam a sua compreensão.

1.3.1. O modelo dimensional de Achenbach

Achenbach (1991^a, 1991b, 1991c, 1991d, 1993; McConaughy & Achenbach, 1994, Achenbach & McConaughy, 1997) sugere, ao contrário do DSM IV (APA, 1994), que a psicopatologia pode ser melhor entendida de um ponto de vista dimensional do que categorial, tendo desenvolvido com base nesta solução dimensional o sistema empírico ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), constituído por instrumentos de auto e hetero avaliação que abarcam desde a infância, passando pela adolescência e adultez, até à 3^a idade. Ao contrário de assumir como as classificações categoriais que existe uma descontinuidade entre comportamento normal e patológico, assume-se a existência de uma continuidade, colocando-se as diferenças em termos de frequência e intensidade das queixas, mais do que o tipo de comportamentos só por si.

Nesta perspectiva, o que determina o que constitui ou não uma síndrome é a agregação de problemas comportamentais em subescalas através da análise fatorial.

O modelo de Achenbach apresenta-se como sensível aos aspetos contextuais no desencadear da psicopatologia uma vez que leva a cabo uma avaliação por diferentes informantes (o próprio e outros).

PARTE II

CONTRIBUTO PARA ESTUDO DOS PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS NUMA AMOSTRA DE ADULTOS ANGOLANOS DA PROVINCIA DE BENGUELA E PARA O ESTABELECIMENTO DE NORMAS COMPARATIVAS E VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO *ADULT BEHAVIOR CHECK – LIST DE ACHENBACH*.

2. Enquadramento metodológico

2.1. Objetivos Gerais

Os objetivos deste estudo são, por um lado estabelecer um conjunto de dados normativos preliminares e avaliar as características de medida do ICA numa amostra de adultos da população Angolana, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 18-59 anos (N = 500), por outro lado, pretende-se verificar a existência de diferenças de género, faixas etárias, habilitações, profissão e meio de residência quanto ao total de problemas comportamentais.

2.2. Questões de Investigação

Com este trabalho pretende-se validar o inventario de hetero - avaliação de problemas comportamentais, estabelecendo normas de comparação preliminares e dar respostas as seguintes perguntas científicas:

- 1- Quais as características de fidelidade (avaliada pelos métodos de consistência interna / alpha de Cronbach e pares-ímpares / fórmula de Guttman) e de validade fatorial do ICA para esta amostra da população.
- 2- Qual a distribuição dos resultados totais em termos de médias e desvio padrão para a amostra total e por género, faixas etárias, habilitações, profissão e meio de residência.
- 3- Verificar a existência de diferenças de género, idade, profissão, habilitações e residência relativamente ao total de problemas comportamentais.

2.3. Desenho e método

Trata-se de um estudo descritivo transversal, normativo e exploratório, simultaneamente de comparação entre grupos.

2.4. Participantes

Participaram neste estudo um total de **500** adultos (dos **18-59** anos) sendo: **200** familiares de pacientes da instituição pública (**HPB**) zona urbana, **150** da instituição privada (**CRDJB**) zona intermédia e **150** adultos, conjugues e/ou pares residentes na comunidade (**BPLQ**) zona rural, todos vivendo com as suas famílias, algumas com actividades piscatória e outras com desempenho de comércio, ensino, saúde e pequenas actividades agrícolas ao longo do vale do cavaco.

Para melhor se perceber a constituição da amostra procedeu-se à sua distribuição total; e pelos grupos ocorridos nestas áreas, segundo o género, a faixa etária, o grau de escolaridade e a profissão em conformidade a perflha que se segue:

2.5. Caracterização da amostra

Tabela 1- Caracterização da amostra quanto ao género.

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	246	49,2
Feminino	254	50,8
Total	500	100

Como se pode verificar através da tabela 1, existe um equilíbrio relativo de género na nossa amostra.

Tabela 2- Caracterização da amostra quanto as faixas etárias.

Faixas etárias	Frequência	Porcentagem
18 aos 25	248	49,6
26 aos 39	138	27,6
40 aos 49	78	15,6
50 aos 59	36	7,2
Total	500	100,0

Conforme se pode ver na tabela 2, a faixa etária dos 18-25 anos apresenta a maior frequência (49,6%), seguindo-se a de 26-39 anos (27,6%). Menos representadas na amostra apresentam-se as faixas etárias dos 40-49 anos (15,6%) e dos 50-59 anos (7,2%).

Tabela 3- Caracterização da amostra quanto a profissão.

Profissão	Frequência	Porcentagem
Saúde	104	20,8
Ensino	151	30,2
Comercio	56	11,2
Industrias	21	4,2
Operário especializado	51	10,2
Trabalho indiferenciado	106	21,2
Domestica	9	1,8
Missing	2	0,4
Total	500	100,0

A tabela 3 mostra-nos a distribuição da amostra por profissões sendo que a Saúde (20,8%); Ensino (30,2%) e Trabalho indiferenciado (21,2%) se encontram mais representadas, seguindo-se Comercio (11,2%); e Operário especializado (10,2%);e, menos representadas, Industria (4,2%) e Domestica (1,8%).

Tabela 4- Caracterização da amostra quanto ao grau de escolaridade.

Grau de escolaridade	Frequência	Porcentagem
Nunca frequentou a escola	52	10,4
Até 4 anos de escolaridade	72	14,4
De 5 á 9 anos de escolaridade	92	18,4
De 10 á 12 anos de escolaridade	200	40,0
Bacharelato	42	8,4

Licenciatura	41	8,2
Mestrado	1	0,2
Total	500	100

Como vemos na tabela 4 o grau de escolaridade mais representado é o dos 10 aos 12 anos (40,0%), seguindo-se o grau de 5 á 9 anos de escolaridade (18,4%) e até 4 anos de escolaridade (14,4%). Menos representados estão a ausência de escolaridade (10,2%), o grau de bacharelato (8,2 %); o grau de Licenciatura (8,2 %); o grau de mestrado (0,2 %).

Tabela 5- Caracterização da amostra quanto ao meio residencial.

Residência	Frequência	Percentagem
Urbano	206	41,2
Rural	293	58,6
Missing	1	0,2
Total	500	100,0

Como podemos verificar pela tabela 5 a distribuição por meio residencial é relativamente equilibrada, sendo que o meio urbano representa 41,2 % e o rural 58,6 % da amostra.

2.6. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados recorreremos à tradução portuguesa do Adult Behaviour Checklist – ABCL (Achenbach, 2003), designada de Inventário de Comportamentos para Adultos – ICA (Caldas & Carneiro, 2010).

O ICA - é 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) e o seu objetivo é obter um perfil do comportamento do

adulto tal como este (indivíduo que irá responder ao questionário) o que vê. Assim, o ICA é um questionário de heteroavaliação para adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos. A fase inicial do questionário é composta por um cabeçalho onde são solicitados alguns dados demográficos, e por duas secções acerca das relações do adulto com os amigos (I. Amigos) e com o cônjuge ou companheiro (II. Cônjuge ou Companheiro). Na segunda página do questionário, existem questões relacionadas com a existência de doença incapacitante ou deficiência no adulto (III.), bem como as preocupações (IV.) e as melhores coisas (qualidades) que o adulto possui (V.). As secções de I a V são denominadas *Escalas de Comportamento Adaptativo*.

As duas últimas páginas do I.C.A. são compostas por 126 itens onde são abordadas questões de ordem comportamental, emocional, problemas sociais, e ainda itens de deseabilidade social. A escala de respostas é uma escala tipo *Lickert*, “onde os respondentes devem indicar a sua concordância ou discordância numa escala de intensidade” (cit in Ribeiro, 1999, pp.108), neste caso de 0=não verdadeiro a 2=frequentemente ou muitas vezes verdadeiro, com excepção dos últimos três itens (124, 125 e 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 e rápida a interpretação dos resultados da avaliação, cada item da escala e respectiva pontuação são exibidos num perfil, revelando os pontos fortes de funcionamento adaptativo e/ ou problemas do indivíduo. Assim, nos questionários para adultos do Sistema ASEBA., existem duas versões *hand-scored*, uma para traçar o perfil do funcionamento adaptativo e outra para traçar o perfil sindromático. (Achenbach & Rescorla, 2003).

No que diz respeito às características psicométricas da escala encontradas para a população americana, 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 DSM -IV), em que todos os coeficientes de correlação teste-reteste são significativos para $p < .01$, estando localizados entre .80 e .90. A média de r para os fatores do I.C.A. é .86, enquanto o coeficiente de correlação para o Índice Geral de Sintomas é .92. No que diz respeito às escalas orientadas para o DSM, a média localiza-se nos 85 (Achenbach & Rescorla, 2003).

2.7. Procedimento

Para aplicação dos questionários, localizou-se os centros de albergue de pacientes nomeadamente a (H.P.B) zona urbana e os (C.R.D.J.B) considerados zona intermedia, para além da zona rural (B.P.L.Q); tendo-se contactado as direções destes centros emitindo-lhes as solicitações de autorização para introdução dos questionários aos familiares e / ou acompanhantes dos utentes desses centros, não olvidando aos grupos de pares (conjugues) residentes na zona de periferia rural. Sendo assim após o preenchimento das declarações do consentimento informado foram distribuídas 500 instrumentos subdivididos em 200 para os familiares de pacientes ocorridos no Hospital Provincial de Benguela e 150 para o centro de Reabilitação Desafio Jovem, de igual modo, 150 instrumentos para alguns pares residentes no bairro; com intenção de obter informações sobre o comportamento do companheiro e ou do familiar acompanhado de modo a validar o ICA em causa.

Em seguida procedeu-se a recolha dos instrumentos com ajuda de ativistas já antes formados para o acompanhamento do processo na sua maioria crentes religiosos da igreja católica que frequentam a paróquia da nossa senhora do Populo, distribuídos por zonas acima descritas.

2.8. Análise e tratamento dos dados

Este processo teve como partida a introdução de dados ora recolhidos partindo dos instrumentos, sendo assim; para a análise e tratamento estatístico dos

referidos dados, recorreremos ao software estatístico SPSS versão 19, tendo utilizado a estatística descritiva para descrição da amostra, cálculo de médias e desvios padrões relativas aos resultados totais e a estatística inferencial, testes (t) e (*anova*), para as comparações entre grupos.

CAPITULO III

3.1. ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO (ICA)

Para a análise da fidelidade do ICA, recorreremos ao cálculo da consistência interna (alpha de Cronbach), tendo encontrado valores de $\alpha = 0,935$, o que atesta a elevada consistência interna deste instrumento. Também a avaliação da fidelidade entre itens pares e ímpares (formula de Guttman), mostrou valores elevados (0,849) que atestam a consistência entre itens pares e ímpares.

A análise da validade fatorial mostra resultados inconcludentes uma vez que a solução inicial aponta para 42 fatores ininterpretáveis e, quando forçamos várias soluções, aquela que apareceu melhor foi a solução de dois fatores, não sendo, mesmo esta, muito clara. Fica pois a ideia que o resultado total poderá representar melhor aquilo que é medido por este instrumento – problemas de comportamentos.

3.2. Resultados totais no ICA obtidos pela amostra em estudo_

Para além da distribuição das médias e desvio padrão dos resultados totais para a amostra total e por género, idades, grupos profissionais e meio de residência, apresentamos também a distribuição em Percentil dos resultados totais, para a amostra em causa.

3.3. Resultados relativos a médias e desvio padrão.

Tabela 6- Média e desvio padrão dos resultados para a amostra total.

Amostra total	N	Média	DP	Min	Max
Total	500	101,69	34,76	20,00	207,00

A tabela 6 mostra que em média os resultados totais foram de 101,69 (DP=34,76), com um mínimo de 20 e Máximo de 207.

Tabela 7- Médias e desvio padrão dos resultados por género

Género	N	Média	DP
Masculino	246	94,57	33,13
Feminino	254	108,59	34,98
Total	500		

Como vemos na tabela acima: O género masculino obteve uma média de resultado total inferior (Média = 94,57, DP = 33,13), em relação ao feminino (Média = 108,59, DP = 34,98).

Tabela 8 - Médias e desvio padrão dos resultados por faixas etárias.

Faixas etárias	N	Media	DP	Min	Max
18-25	248	101,52	31,06	25,0	196
26-39	138	91,19	39,95	20,00	207
40-49	78	109,04	34,66	35,00	195
50-59	36	104,16	36,38	41,00	182
Total	500				

Como podemos verificar pela tabela 8, a faixa etária dos 40 aos 49 anos (Média = 109,04; DP = 34,66) é a que apresenta uma média mais elevada, seguindo-se com valores próximos a dos 50 aos 59 anos (Média = 104,16, DP = 36,38) e a dos 18 aos 25 anos (Média = 101,52; DP = 31,06). A faixa etária dos 26 aos 39 anos é a que apresenta médias mais baixas (Média = 91,19; DP = 39,95).

Tabela 9 - Médias e desvio padrão dos resultados por profissões.

Profissão	N	Média	DP
Saúde	104	117,08	29,67
Ensino	151	90,93	34,81
Comércio	56	112,14	32,37
Indústria	21	105,33	25,77
Operário especial.	51	96,58	35,35
Trabalho Indifer.	106	97,84	34,55
Doméstica	9	109,55	46,65
Missing	2		
Total	500		

Como podemos constatar (tabela 9), as médias mais elevadas aparecem em termos dos grupos de profissionais da Saúde (Media = 117,08; DP = 29,67); Comércio (Média = 112,14; DP = 32,37); Doméstica (Média = 109,55; DP = 46,65) e Indústria (Média = 96,58; DP = 25,77). Trabalho Indiferenciado (Média = 97,84; DP = 34,55); Operário Especializado (Média = 96,58; DP = 35,35) e

Ensino (Média = 90,93; DP = 34,81), apresentam valores médios de totais de problemas comportamentais mais baixos.

Tabela 10 - Médias e desvio padrão dos resultados por grau de escolaridade.

Grau de escolaridade	N	Média	DP	MIN	Max
Sem escolaridade	52	113,12	31,63	49	196
Até 4 anos	72	112,87	33,42	25	185
De 5 á 9 anos	92	102,34	33,98	31	205
De 10 á 12 anos	200	93,19	34,08	26	207
Bacharelato	42	103,35	33,90	20	195
Licenciatura	42	107,43	36,44	36	195
Total	500				

Como podemos constatar na tabela 10, as médias mais elevadas de problemas comportamentais situam-se nos graus de escolaridade Sem grau (Media = 113,12; DP = 31,63); até 4 de escolaridade (Media = 112,87; DP = 33,42); licenciados (Média = 104,53; DP = 35,65); Bacharelato (Média = 103,35; DP = 33,90) e de 5 á 9 anos de escolaridade (Média = 102,34; DP = 33,98). O grupo de 10 á 12 de escolaridade (Media = 93,19; DP = 34,08) é aquele que apresenta média mais baixa.

Tabela 11 - Médias e desvio padrão dos resultados por residência.

Residência	N	Média	DP
Urbano	206	104,34	35,47
Rural	293	99,54	33,89
Total	500		

O meio urbano (tabela 11) apresenta resultados médios mais elevados (média = 104,34, DP = 35,47) do que o meio rural (média = 99,54, DP = 33,89).

3.4. Distribuição dos resultados totais para o total da amostra por percentis.

Tendo em conta as frequências dos resultados em termos da nossa amostra total, elaboramos a distribuição percentilica que se segue:

Tabela 12. Tabela de transformação de resultados brutos totais em percentis para a amostra total (N = 500)

RESULTADOS BRUTOS	PERCENTIS	RESULTADOS BRUTOS	PERCENTIS
8	0,3	33	9,3
10	0,8	34	9,8
11	1,3	35	10,5
17	1,5	36	10,8
18	1,8	37	12
RESULTADOS BRUTOS	PERCENTIS	RESULTADOS BRUTOS	PERCENTIS
19	2,3	37	13,3
21	2,8	39	14,3
22	3	40	14,5
23	3,5	41	15,3
24	4,3	42	16
25	4,5	44	17,3
26	4,8	45	18
27	5,3	46	19
30	6	47	20,6
31	8	48	22,6
32	9	49	23,6
50	24	70	60
51	26	71	61
52	27	72	64
53	30	73	65
54	32	75	67
55	33	76	68
56	35	77	70
57	37	79	72
58	40	80	73
59	41	81	74
60	42	82 a 83	75
61	44	84	76
62	45	87	78
63	46	88	80
64	47	89 a 90	82
65	49	91	83
66	51	92	84

67	56	93	85
68	58	94	86
69	59	96	87
RESULTADOS	PERCENTIS	RESULTADOS	PERCENTIS
BRUTOS		BRUTOS	
97	88	106 a 107	92
98	89	108 a 109	93
100 a 103	90	112 a 114	94

Esta tabela permite um esboço de resultados transformados para os resultados totais, possibilitando comparações com os resultados obtidos por um sujeito aquando da aplicação clínica do instrumento ICA em contexto de consulta.

3.5. Comparação dos resultados relativos a problemas comportamentais totais por género, faixas etárias, profissão, grau de escolaridade e residência.

Efetuamos comparações entre grupos recorrendo a testes t e ANOVA para verificarmos se existiriam diferenças de género, faixas etárias, profissão, grau de escolaridade e residência relativas ao total de problemas comportamentais.

Apresentamos de seguida os resultados destas comparações.

Tabela 13. Comparação entre géneros quanto a problemas comportamentais totais

Género	N	Media	df	t	Sig (p)
Masculino	246	94,56	497,75	- 4,605	0,000
Feminino	254	108,59			
Total	500				

No que se refere ao género (tabela 13), constata-se diferenças estatisticamente significativas, $t(497,75) = -4,605$, $p < 0,001$, sendo que o género feminino apresenta maior média de problemas comportamentais do que o masculino.

Tabela 14. Comparação entre faixas etárias quanto a problemas comportamentais totais.

Faixas etárias	N	Media	df	F	p
18-25	248	101,52	3	2,005	0,112
26-39	138	91,19			
40-49	78	109,03			
50-59	36	104,16			
Total	500				

Conforme se pode ver na tabela 14, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes faixas etárias quanto ao total de problemas comportamentais, $F(3) = 2,005$, $p = 0,112$.

Tabela 15 - Comparação dos resultados relativos a problemas comportamentais por profissões.

Profissão	N	Média	df	F	p
Saúde	104	117,08	6	7,749	0,000
Ensino	151	90,93			
Comércio	56	112,14			
Indústria	21	105,33			
Operário especial.	51	96,58			
Trabalho Indifer.	106	97,84			
Doméstica	9	109,55			
Missing	2				
Total	500				

Encontram-se diferenças estatisticamente significativas (tabela 15) quanto a problemas comportamentais entre profissões, $F(6) = 7,749$, $p < 0,000$.

A análise post hoc (Schaefe) permitiu verificar que estas diferenças se situam entre a profissão saúde (média = 117,08) por comparação com ensino (média = 90,93), operário especializado (Média = 96,58) e trabalho indiferenciado (Média = 97,85), com o grupo de saúde a apresentar médias mais elevadas.

Também o grupo ensino (média = 90,93) mostra diferenças relativamente aos grupos comércio (média = 112,14) e saúde (média = 117,08), apresentando valores inferiores.

Os restantes grupos não diferem entre si.



Tabela 16. Comparação dos resultados relativos a problemas comportamentais por grau de escolaridade.

Escolaridade	N	Média	df	F	p
Não frequentou	52	113,12	4	6,696	0,000
Até 4 anos	72	112,87			
5 a 9 anos	92	102,34			
10 a 12 anos	200	93,19			
Ensino Superior	84	104,53			
Total	500				

Conforme se verifica pela tabela 16, constata-se diferenças estatisticamente significativas entre níveis de escolaridade, $F(4) = 6,696$, $p < 0,001$.

A análise post hoc (Schaefe) permitiu verificar que essas diferenças residem entre o grupo que nunca frequentou a escola (média = 113,12) e o grupo de 10

a 12 anos de escolaridade (média = 93,19), sendo que este também difere do grupo de até 4 anos de escolaridade (média = 112,87).

Os restantes grupos não diferem entre si nem destes.

Tabela 17. Comparação dos resultados relativos a problemas comportamentais por residência

Residência	N	Media	df	t	p
Urbano	206	104,34	497	1,529	0,127
Rural	293	99,54			
Total	500				

Como se pode constatar, (tabela 17) não existem diferenças significativas entre os grupos residentes em meio urbano e em meio rural, $t(497) = 1,529$, $p = 0,127$.

Capítulo – IV

Discussão dos resultados e conclusões

4.1. Discussão dos resultados

Para efeitos da discussão dos resultados aborda-se esta discussão, tendo por base as questões de investigação colocadas.

Questão 1. Quais as características de fidelidade e de validade fatorial do ICA para esta amostra da população.

Relativamente a esta questão, verificamos valores elevados de fidelidade quer pelo método da consistência interna (alpha de Cronbach), quer pelo método pares-ímpares, para os resultados totais da mesma, o que mostra uma boa consistência interna dos itens que a constituem, a qual está de acordo com os estudos originais (Achenbach & Rescorla, 2003).

Já no que respeita à validade fatorial as análises efetuadas não permitirem encontrar uma solução fatorial consistente, muito menos próxima da solução encontrada na escala original, o que mostra que, nesta amostra da população os resultados totais refletem melhor um construto unitário – problemas gerais de comportamento – e não diferentes fatores dentro do mesmo. Estes resultados não vêm de encontro aos estudos originais que distinguiam oito fatores (síndromes), agrupáveis por sua vez em dois fatores através de análises fatoriais de 2ª ordem.

Questão 2. Qual a distribuição dos resultados totais em termos de médias e desvio padrão para a amostra total e por género, faixas etárias, habilitações, profissão e meio de residência.

A resposta a esta questão encontra-se na secção de resultados ao longo das diferentes tabelas que são apresentadas e que permitem um conjunto de normas comparativas preliminares referentes aos resultados totais, quer com base na média e desvio padrão (para a amostra total, por género, faixa etária, profissão, habilitações e zona de residência), quer com base numa distribuição por percentis dos resultados totais obtidos pela amostra total.

Questão 3. Verificar a existência de diferenças de género, idade, profissão, habilitações e residência relativamente ao total de problemas comportamentais.

Os resultados por nós obtidos mostram que não existem diferenças entre grupos no que respeita a faixas etárias e meio de habitação. Já no que se refere às restantes variáveis demográficas pudemos verificar diferenças de género, com o feminino a apresentar mais problemas comportamentais do que o masculino; de profissões, com a saúde a apresentar valores superiores ao ensino, operários especializados e trabalhadores indiferenciados e o ensino com valores mais baixos do que saúde e comércio e de habilitações, com os grupos sem escolaridade e até 4 anos de escolaridade a apresentarem valores mais elevados do que o grupo com 10 a 12 anos de escolaridade.

4.2. Aspetos finais e conclusivos do trabalho

Com o presente trabalho pretende - se fornecer um primeiro contributo para a validação do ICA e estabelecimento de normas comparativas para a população angolana.

Esforcemo-nos para realizar um trabalho conjunto, reunindo os achados científicos da psiquiatria, que incluem os avanços no campo da neuro imagem e da neurofisiologia por um lado, e a aplicação, comparação e aferição sistemática dos procedimentos psicofarmacológicos e psicoterapêuticos utilizados por outros meios.

Isto não significa, naturalmente, que os adultos não necessitem de construir e estabelecer planos rígidos e objectivos extremamente operacionalizados e mutáveis para o futuro - até porque num mundo incerto e com uma imprevisibilidade crescente, tal é cada vez mais difícil.

Significa outrossim, que, num mundo com estas características, estes mesmos adultos deverão desenvolver competências de perspectiva, de análise e integração de informação, que os permita situarem-se e compreenderem um eixo temporal em que se inserem, orientando-se para comportamento mais adaptativo a normas sociais aceitáveis por lei.

Além desse valor preventivo, a presença destas capacidades promoverá uma postura ativa na construção de um percurso e, portanto, a iniciativa e o envolvimento em actividades positivas para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Para o transtorno de conduta é dada a definição de "*padrão repetitivo e persistente de comportamento, no qual os direitos básicos dos outros ou as normas ou regras sociais apropriadas à idade são violados. Os portes devem estar presentes pelo menos, seis meses para qualificarem o diagnóstico*" (Kaplan et al., 1997, p. 997).

Das definições, é possível concluir que, para diagnosticar algum problema de comportamento, é preciso haver um padrão repetitivo e persistente de comportamento, o qual prejudica outras pessoas e viola seriamente regras sociais.

Para uma resposta de acção coerente e interativa, foi-se lícito estabelecer as inter - relações das categorias do processo de avaliação: "Hetero-avaliação; Co - avaliação e Auto - avaliação".

O trabalho sobre o tema exposto é relevante e curioso, pode ser implementado, acumulando recursos e regulando a qualidade de vida dos cidadãos, estimulando o conhecimento, a aceitação e superação do indivíduo nos sectores sociais com maior destaque no de saúde.

Foi um trabalho difícil e árduo, que empreendemos ao longo desta investigação, pelas dificuldades de acesso a recursos bibliográficos, pelo número elevado de participantes, pelas dificuldades próprias a este tipo de estudos, mas esperamos poder ter contribuído de alguma forma com um instrumento útil à avaliação psicológica em Angola, sentindo-nos, agora que estamos no final deste percurso, cansados mas satisfeitos com todo o trabalho de aprendizagem efetuado.

Esperamos assim ter contribuído com um trabalho que, embora deva ser continuado e alargado, poderá ser útil à prática clínica dos psicólogos angolanos em termos de avaliação de problemas de comportamento em adultos por intermédio da perceção de pessoas próximas (hetero - avaliação) e comparação dos resultados com as normas provisórias por nós obtidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. & RESCORLA, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington. VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Adherence, Among., Paul, H., Jó, G., Shemr, M. (2002). *Introdução a psiquiatria*.
- Bauermeister, J. (2000). *Hiperactivo, impulsivo, distraído*. Madrid. Editorial Albor – cohs.
- Chavlovski, G. (2005). Conselho Nacional de Luta contra Drogas., Luanda-Angola., Ed offset Lda.
- Encyclopedia livre (2010).
- Fonseca, E. P. (2010). Tratamento e análise estatístico de dados em SPSS – CESPUP – formação Angola.
- Glossário de epidemiologia. (1992). Waldman, E. A. & Gotlib, S. L. D. Informe epidemiológico do SUS.7:5-25.
- Harrison, P. (2006). *Guia Prático de psiquiatria*. Ed. Climepsi,
- Kantor, M. (2002). *Passive-aggression: a guide for the therapist, the patient and the victim*.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria, ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 7ª edição.
- Matos et al. (2005). Importância e limitações do uso do DSM – IV na prática clínica. *Psiquiatria RS Set / dez*.
- Mendes, M. C. B. R. (2007). *Avaliação da Aprendizagem Para Além da nota: Contribuição à definição de estratégia de avaliação no ISCED Benguela*. 1ª Edição

Tavares J., Brandão A. et al. (1996). *A criança e o adolescente com dificuldades especiais que escola para sua autonomia e integração?* Ed gráficas Industrias Tipave.

Mchugh & Slavney (1988). *Modelos categoriais e dimensional na prática clínica.*

-Perez G. R.. (2002). *Problemas morales de la existência humana.*, Ed Prumo, Lda., Madrid- Lisboa.

Phillis, K. S. (2001). *Psychiatry research.*

Pedinielli, J. L., & Bertagne, P. (2005). *Psicologia de bolso: as neuroses.* 1ª edição.

Seyle, H. (1976). *Stress in health and disease.*

-Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos mentais e de comportamento do CID -10.* Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXOS

ANEXO - (I) - CONSETIMENTO INFORMADO

O tema exposto visa o trabalho científico para obtenção do grau de mestre em psicologia clínica e de saúde.

Pretende-se com este consentimento procurar a sua resposta face a participação voluntária.

Os dados são confidenciais; não há consequências pela recusa ou pela aceitação em participar.

Recorde-se de que este trabalho visa o desenvolvimento das capacidades em avaliação dos problemas comportamentais do seu acompanhado doente, neste hospital de referência, pelo que pretende-se a promoção da saúde e prevenir doenças a nível da sociedade.

Dai a necessidade de existir quadros para fazer cobro á diversas situações epidemiológicas da área de saúde pública do sector da saúde no geral e em particular do hospital provincial de Benguela.guardo que sejas responsável pela supervisão deste projecto.

Se concordar em participar neste estudo e do que tem de fazer para participar neste estudo, por favor assine o espaço a baixo e obrigado por aceitar dar a sua importância na contribuição deste trabalho.

Eu _____ tomei conhecimento do esclarecido sobre todos aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidos. Fui informado (a) que tenho o direito de a recusar ou de participar e que a minha recusa em faze-lo não terá consequências para mim.

Assim declaro que aceito participar na investigação.

Benguela ao
_____/_____/_____

Fui informado do objectivo do trabalho e do que tenho de fazer para participar no estudo; assim declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura _____ Data ___/___/___

ANEXO – (II) – MODELOS DE SOLICITAÇÕES Á INSTITUIÇÕES.

À
DIRECÇÃO DO HOSP. GERAL DE
BENGUELA

BENGUELA

Assunto: Solicitação

Avantino Nana Sapula, pois graduado em psicologia clínica e de saúde pela CESPU - Formação Angola, colocado na área de consultas externas com categoria de técnico superior de 2ª classe, tendo sido abrangido no trabalho científico para obtenção de grau de mestre sob o tema :

“ Hetero avaliação de problemas comportamentais em adultos na província de Benguela / Angola “, trabalho este que implicara a aplicação de instrumentos de comportamento adulto (I.C. A) á 500 pessoas familiares de utentes (doentes) na instituição em epigrafe no período de 15 de Outubro á 15 de Março 2010.

Vem por intermédio desta suplicar a vossa excelência, se digne autorizar efetuar a respeitava atividade.

Ciente de que o pedido merecerá a devida atenção, antecede as cordiais saudações laborais e de boa camaradagem.

Benguela ao _____ / _____ / _____

O PETICIONARIO

Avantino Nana Sapula

À
DIRECÇÃO DO CENTRO DE
RECUPERAÇÃO DESAFIO JOVEM

BENGUELA

Assunto: Solicitação

Avantino Nana Sapula, pois graduado em psicologia clínica e de saúde pela CESPÚ - Formação Angola, colocado na área de consultas externas com categoria de técnico superior de 2ª classe, tendo sido abrangido no trabalho científico para obtenção de grau de mestre sob o tema :

“ Hetero avaliação de problemas comportamentais em adultos na província de Benguela / Angola “, trabalho este que implicara a aplicação de instrumentos de comportamento adulto (I.C. A) á 500 pessoas familiares de utentes (doentes) na instituição em epigrafe no período de 15 de Outubro á 15 de Março 2010.

Vem por intermédio desta suplicar a vossa excelência, se digne autorizar efetuar a respeitava atividade.

Ciente de que o pedido merecerá a devida atenção, antecede as cordiais saudações laborais e de boa camaradagem.

Benguela ao _____ / _____ / _____

O PETICIONARIO

Avantino Nana Sapula

À

ADMINISTRAÇÃO DO BAIRRO PERIFÉRICO
LITORAL DO QUIOCHE

BENGUELA

Assunto: Solicitação

Avantino Nana Sapula, pois graduado em psicologia clínica e de saúde pela CESPÚ - Formação Angola, colocado na área de consultas externas com categoria de técnico superior de 2ª classe, tendo sido abrangido no trabalho científico para obtenção de grau de mestre sob o tema :

“ Hetero avaliação de problemas comportamentais em adultos na província de Benguela / Angola “, trabalho este que implicara a aplicação de instrumentos de comportamento adulto (I.C. A) á 500 pessoas familiares de utentes (doentes) na instituição em epigrafe no período de 15 de Outubro á 15 de Março 2010.

Vem por intermédio desta suplicar a vossa excelência, se digne autorizar efectuar a respeitava actividade.

Ciente de que o pedido merecerá a devida atenção, antecedo as cordiais saudações laborais e de boa camaradagem.

Benguela ao

_____/_____/_____

O PETICIONARIO

Avantino Nana Sapula

ANEXO – (III) – Estrutura do ICA

INVENTÁRIO DO COMPORTAMENTO PARA ADULTOS (18-59 ANOS)

Por favor escreva as suas respostas

PRIMEIRO		MEIO		ÚLTIMO		
NOME						O SEU TIPO DE TRABALHO HABITUAL, 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)
COMPLETO						
GÉNERO		IDADE		GRUPO ÉTNICO OU RAÇA		O seu Trabalho/ profissão
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino						
DATA ACTUAL			DATA DE NASCIMENTO			O trabalho/ profissão do seu Cônjuge/ Companheiro (a)
Dia _____ Mês _____ Ano _____			Dia _____ Mês _____ Ano _____			
POR FAVOR ESCOLHA A FORMAÇÃO ACADÉMICA DO ADULTO						ESTA PARTE FOI PREENCHIDA 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		<input type="checkbox"/> 8. Bacharelato				
<input type="checkbox"/> 2. Até 4 anos de escolaridade		<input type="checkbox"/> 9. Licenciatura				
<input type="checkbox"/> 3. De 5 a 6 anos de escolaridade		<input type="checkbox"/> 10. Mestrado				
<input type="checkbox"/> 4. De 7 a 9 anos de escolaridade		<input type="checkbox"/> 11. Doutoramento				
<input type="checkbox"/> 5. De 10 a 12 anos de escolaridade		<input type="checkbox"/> 12. Outro (especifique qual): _____				
<input type="checkbox"/> 6. Ensino secundário completo						
<input type="checkbox"/> 7. Frequência do ensino superior, mas sem conclusão do curso						
Por favor, preencha esta parte de modo a reflectir os seus pontos de vista, mesmo que outras pessoas possam não concordar. Não precisa de gastar muito tempo em cada item. Pode acrescentar comentários.						Responda a todas as questões.

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

Divorciado (a)

cônjuge

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.

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 questões.

III. Ele/ela tem alguma doença, incapacitante ou deficiência?

Não **Sim – por favor descreva:**
