

MENTAL HEALTH INVENTORY: UM ESTUDO DE ADAPTAÇÃO À POPULAÇÃO PORTUGUESA

José Luís Pais Ribeiro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto

RESUMO: O objectivo do presente trabalho é estudar a adaptação do Mental Health Inventory (MHI) e a sua versão reduzida de cinco itens (MHI-5) a uma população Portuguesa jovem e saudável. Uma amostra de conveniência foi constituída por 609 estudantes saudáveis, 53% do sexo feminino, com idades entre os 16 e 30 anos. O MHI é um questionário de auto-resposta, com tipo de resposta ordinal de cinco ou seis posições, desenvolvido no âmbito do Health Insurance Study pela Rand Corporation, para investigação epidemiológica, visando avaliar a Saúde Mental numa perspectiva que incluía tanto dimensões positivas como negativas. Inclui 38 itens que se agrupam em cinco dimensões, três negativas e duas positivas. Estas, por sua vez podem ser agrupadas em duas dimensões, uma negativa e outra positiva. O MHI-5 é uma versão reduzida de cinco itens que se propõe avaliar o mesmo construto. Foi inspeccionada a fidelidade através do Alfa de Cronbach, e a validade de construto contra medidas de auto-referência e medidas de saúde. Os resultados mostraram que a consistência interna se situa predominantemente na casa dos Alfa=0,80, e que as correlações com as medidas de comparação exibem associação estatisticamente significativa no sentido esperado. O MHI-5 exprime os mesmos resultados que a versão longa e tem uma correlação de $r=0,95$. O estudo mostra que a versão Portuguesa exibe características idênticas à versão original e que versão de cinco itens é um bom substituto para ser utilizado em investigação e em rastreio.

Palavras chave: Avaliação, Saúde mental, Validação de questionário.

MENTAL HEALTH INVENTORY: ADAPTATION STUDY TO THE PORTUGUESE POPULATION

ABSTRACT: The objective of the present study is to describe the characteristics of the Portuguese version of the Mental Health Inventory (MHI) and of the short form of five items (MHI-5). A convenience sample includes 609 healthy students, 53% female, aged between 16 and 30 years. MHI is a self-report questionnaire, with 38 items and a Likert type response with five or six positions. It was developed for the Health Insurance Study by Rand Corporation, for epidemiological research, and adopts both a positive and negative point of view in the evaluation of mental health. It includes five dimensions; three negative and two positive. The MHI-5 is a brief version of the 38 item questionnaire for the purpose of evaluating the same content of the larger version. We inspected the reliability with Cronbach Alpha and the construct validity with self-referent measures (like self-efficacy and self concept) and with health measures. Results show reliability measures above .80, and moderate correlation with comparison measures. The MHI-5 shows the same pattern as that of the longer form and the correlation between the long and short form is of $r=.95$. Results are similar to those of the original version.

Key words: Assessment, Mental health, Questionnaire validation.

Ao longo da história da Psicologia a Saúde Mental mostra tendência para ser conceptualizada numa perspectiva da psicopatológica inerente ao modelo biomédico que dominou a psicologia. Na década de 70 apareceram críticas firmes ao modelo biomédico (Engel, 1977), verificando-se uma reorientação deste modelo. Surgiram propostas claras de acção diferentes das vigentes até então (Lalonde, 1974; Richmond, 1979), num movimento que ficou conhecido por Segunda Revolução da Saúde (cf. Ribeiro, 1994). Uma das características mais marcantes desta reorientação na maneira de pensar o sistema de saúde consistiu em passar a considerar a Saúde como objecto epistemológico das ciências médicas, tendo aquela uma relação ortogonal com as Doenças.

No âmbito da Saúde Mental, as técnicas de avaliação em voga na época visavam detectar falhas funcionais, ou entidades psicopatológicas. O objectivo principal da avaliação psicológica visava diferenciar os indivíduos funcionais dos indivíduos disfuncionais. Estes últimos com ou sem patologia definida deveriam ser objecto de intervenção psicológica.

Na maior parte da história da Psicologia, a avaliação dos indivíduos sem psicopatologia, como por exemplo, diferenciar indivíduos saudáveis de outros mais saudáveis, não tinha, aparentemente, importância uma vez que a esmagadora maioria da população não sofre de patologia mental (Veit & Ware, 1983).

A Segunda Revolução da Saúde emergiu em consequência, entre outras, de uma evidência: as principais causas de mortalidade e morbidade estavam associadas ao comportamento humano, considerado este numa perspectiva abrangente que incluía para além da acção propriamente dita, antecedentes, concomitantes, e consequentes da acção tais como, Expectativas, Crenças, Motivações, Atitudes, Atribuições, variáveis de referência pessoal (Auto-Eficácia, Auto-Conceito, Auto-Estima, etc.), Locus de Controlo, etc. Nesta associação, e no caso da morbidade, estas variáveis podem ser quer variáveis dependentes quer independentes das doenças. Podem ainda assumir uma relação mediacional ou moderadora entre outras variáveis psicológicas.

Veit e Ware (1983) explicavam que, inicialmente, as medidas de avaliação em Saúde Mental possuíam, características muito heterogéneas, que incluíam medidas de sintomas psicossomáticos e físicos, estado funcional, outros problemas de saúde ou preocupações, hábitos de saúde a par de construtos psicológicos mais evidentes como sintomas de ansiedade e depressão. Posteriormente as medidas de saúde mental passaram a focar quase exclusivamente sintomas como a ansiedade e a depressão que, em geral, eram a evidência mais expressiva de *distress*¹ psicológico. Ora, de facto, como explicam estes autores, uma substancial parte da população raramente ou nunca refere o sofrimento de qualquer sintoma de *distress* psicológico. Então, para

¹ Distress é um termo que deriva da palavra stress. Se o acordo pontuário de Parreira e Pinto (1993) aceita neologismos como seja "stress" outros autores recomendam a tradução. Neste artigo stress será considerado como neologismo. No entanto distress será considerado como estrangeirismo e escrito em itálico.

melhorar a precisão das medidas torna-se necessário expandir a definição de saúde mental para incluir características de bem-estar psicológico, tais como, bem-estar, alegria, prazer de viver, felicidade.

A importância crescente do sistema de saúde pública, com o foco nos cuidados de saúde primários, na prevenção das doenças e na promoção da saúde, chamou a atenção para a necessidade de regressar às medidas que diferenciassem as pessoas no nível de saúde mental, ao invés de avaliarem exclusivamente a existência de psicopatologia *versus* ausência de psicopatologia, dado a esmagadora maioria das pessoas que frequentam os cuidados de saúde primários não terem doença mental.

A investigação, aliás, tem evidenciado a existência de uma dimensão positiva (bem-estar psicológico, estado de saúde mental positivo) e outra negativa (*distress* psicológico, estado de saúde mental negativo).

Ware, Manning, Duan, Wells, e Newhouse (1984) num estudo com base na população do *Rand Corporation's Health Insurance Study* (HIE) que abrangeu 4444 pessoas de seis zonas em seis estados dos Estados Unidos da América, mostraram que o *Mental Health Inventory* (MHI) predizia se as pessoas iriam procurar apoio dos serviços de saúde mental, e a intensidade dos serviços recebidos. O que evidenciava a validade do MHI como medida de saúde mental. Ao mesmo tempo mostrava que as despesas com a saúde mental na população com menor saúde mental eram mais de três vezes superiores que no grupo com melhor saúde mental.

Este tipo de medidas são tão mais importantes quando o objectivo é avaliar a saúde no seu todo, quer no âmbito de estudos epidemiológicos (de uma epidemiologia da saúde), quer na avaliação dos resultados de saúde que decorrem dos tratamentos tanto nos indivíduos portadores de doenças crónicas como nas doenças agudas.

Torna-se, então, necessário regressar ao passado e desenvolver técnicas de avaliação psicológica capazes de diferenciar indivíduos não doentes, que não possuam quadros psicopatológicos ou disfuncionais. O MHI (Brook et al., 1979) é uma dessas técnicas (ver em Anexo).

Como explicam Veit e Ware (1983), o MHI começou a ser desenvolvido em 1975 como uma medida destinada a avaliar o *distress* psicológico e o bem-estar na população em geral e não somente nas pessoas com doença mental. Foi um dos instrumentos desenvolvido para o *Rand Health Insurance Experiment*, um trabalho de campo desenhado para avaliar a saúde da população em geral, concebida esta conforme a definição fundadora de 1948 da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948). O MHI foca sintomas psicológicos de humor e ansiedade e de perda de controlo sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos. Posteriormente foram desenvolvidas versões com menos itens do MHI, (como seja o MHI de cinco itens ou MHI-5) passando estas a integrar questionários de avaliação de saúde ou de qualidade de vida, ou a ser utilizadas por si só.

A investigação tem demonstrado a sua utilidade com diferentes populações. Por exemplo, Ostroff, Woolverton, Berry, e Lesko (1996) num estudo comunitário com adolescentes ($N=953$), confirmaram a validade e fidelidade do MHI, recomendando que este questionário seja utilizado em estudos de comparação da saúde mental em população não psiquiátrica.

Weinstein, Berwick, Goldman, Murphy, et al. (1989) comparando três técnicas adequadas para rastreio psiquiátrico, o *General Health Questionnaire*, o MHI e o *Somatic Symptom Inventory* em 364 sujeitos, e comparando os resultados com o *Diagnostic Interview Schedule* confirmaram que o MHI era o melhor instrumento para detectar a probabilidade da existência de perturbação mental.

O presente artigo propõe-se: a) apresentar o MHI; b) defender a sua utilidade no domínio da Psicologia; c) inspeccionar e discutir as propriedades métricas dos itens e do questionário após tradução; d) propor uma versão adaptada do MHI; e) propor uma versão adaptada do MHI-5.

MÉTODO

Participantes

A população do estudo é constituída por estudantes entre o 11º ano de escolaridade e o último ano da universidade frequentando escolas da cidade do Porto. Os participantes constituem uma amostra de conveniência com 609 estudantes saudáveis, 53% do sexo feminino, pertencentes a três escolas secundárias de zonas diferentes da cidade do Porto, e a nove escolas da Universidade do Porto, com idades entre os 16 e 30 anos, $M=19,88$ anos. Os estudantes do 11º ano de escolaridade eram considerados pré-universitários.

Material

O MHI é um questionário de auto-resposta. Inclui 38 itens, seleccionados de outros questionários já existentes. Foram incluídos itens para medir tanto o *Distress* psicológico como o Bem-Estar psicológico.

Os 38 itens distribuem-se por cinco escalas (Ansiedade com 10 itens, Depressão, com cinco itens, Perda de Controlo Emocional/Comportamental, com nove itens, Afecto Positivo, com 11 itens, Laços Emocionais, com três itens), e, por sua vez, estas cinco sub-escalas agrupam-se em duas grandes sub-escalas ou dimensões que medem respectivamente o *Distress* Psicológico e o Bem-Estar Psicológico (o *Distress* Psicológico resulta do agrupamento das sub-escalas de Ansiedade, Depressão, e Perda de Controlo Emocional/Comportamental, enquanto a de Bem-Estar Psicológico resulta do agrupamento das sub-escalas

Afecto Geral Positivo e Laços Emocionais). A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou seis posições. A nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala referida acima. Parte dos itens são cotados de modo invertido (conforme se indica no Quadro 2). Valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental.

Procedimento

A maioria dos instrumentos de avaliação psicológica utilizados em Portugal foram criados originalmente em língua inglesa, consistindo em traduções simples da versão original. É muito pouco provável que instrumentos construídos num idioma, destinados a uma cultura ou nação, possam ser traduzidos literalmente sem que se alterem as propriedades métricas. Esta questão tem sido objecto de discussão e é relativamente consensual (Bullinger et al., 1993; Guyat, 1993; Hays, Anderson, & Revicki, 1993; Revicki & Kaplan, 1993; Ribeiro, 1999).

A tradução é o primeiro passo quando se pretende adaptar uma técnica de avaliação psicológica. Este passo varia consoante os objectivos do estudo a que se destina a técnica de avaliação, e que se podem dividir em dois grandes grupos: (a) se o estudo visa a comparação entre os resultados em culturas e/ou idiomas diferentes; (b) se visa comparar grupos de pessoas da mesma cultura.

No primeiro caso a metodologia de tradução utilizada tende a ser a sugerida por Brislin, Lonner, e Thorndike (1973), ou uma das inúmeras variantes entretanto propostas (cf. Ribeiro, 1999). Após satisfeitos os passos da tradução, fica-se apto a comparar os resultados de grupos étnicos e linguísticos diferentes. Trata-se, no entanto, de um procedimento complexo em que, por exemplo, a última acção (comparar as respostas teste-reteste em que as pessoas preenchem a primeira forma do teste no idioma original e a segunda forma na versão traduzida) é muito difícil de realizar a não ser nos Estados Unidos da América, cuja cultura integra populações bilingues como seja a população hispânica, ou em países de forte imigração em que os imigrantes tendem a conservar as suas raízes étnicas, e dominam a língua natal e a de residência.

No segundo caso, quando se pretende comparar grupos de pessoas da mesma cultura o processo de adaptação é muito similar ao processo de construção original, e o objectivo principal não é o de manter uma versão exactamente com o mesmo formato e conteúdo semântico, antes, visa garantir a validade do construto original, o que implicará, quase de certeza, a alteração do formato e conteúdo semântico. Guyatt (1993) salienta a importância e as vantagens desta última abordagem, enquanto critica a primeira.

No presente estudo aceitou-se a estrutura original da escala e inspeccionou-se a consistência interna de cada uma das sub-escalas, do agrupamento das sub-escalas em duas grandes dimensões – positiva e negativa – e da totalidade da escala.

RESULTADOS

O Quadro 1, mostra os resultados por item e por dimensão ou sub-escala, assim como a consistência Interna (Alfa de Cronbach) de cada dimensão.

Como as dimensões referidas se podem juntar para formar duas dimensões, uma com características negativas, o *Distress* Psicológico, outra com características positivas o Bem-Estar Psicológico, os resultados destas duas dimensões, assim como o da escala global são igualmente apresentados no final do Quadro 1.

Quadro 1

Média, desvio padrão e limites, por item e por dimensão, assim como a consistência Interna (Alfa de Cronbach) de cada dimensão (entre parêntesis apresenta-se o valor da escala original em inglês dos EUA)

Escalas/itens	sub-escala	M	DP	limites	α
Ansiedade (A)					0,91 (0,90)
11 – pessoa muito nervosa(MHI-5)	A	4,10	1,02	1-6	
3 – nervoso ou apreensivo por coisas que aconteceram	A	3,63	1,07	1-6	
13 – tenso e irritado	A	4,17	0,86	1-6	
15 – as mãos a tremer quando fazia algo	A	4,78	1,14	1-6	
25 – incomodado devido ao nervoso	A	4,13	1,19	1-6	
29 – cansado inquieto e impaciente	A	3,71	1,02	1-6	
32 – confuso ou perturbado	A	3,98	1,14	1-6	
33 – ansioso ou preocupado	A	3,74	1,22	1-6	
35 – dificuldade em se manter calmo	A	4,15	1,11	1-6	
22 – relaxar sem dificuldade ^a	A	3,37	1,27	1-6	
Depressão (D)					0,85 (0,86)
9 – deprimido	D	3,79	0,83	1-5	
27 – triste e em baixo (MHI-5)	D	4,55	1,21	1-6	
30 – rabugento e de mau humor	D	4,25	0,90	1-6	
36 – espiritualmente em baixo	D	4,29	1,10	1-6	
38 – debaixo de grande pressão ou stress ^a	D	3,73	1,36	1-6	
Perda de Controlo Emocional/Comportamental (PC)					0,87 (0,83)
8 – preocupado por perder a cabeça	PC	4,59	1,31	1-6	
14 – controlo de comportamento, pensamentos, sentimentos	PC	4,05	1,10	1-6	
18 – sentiu emocionalmente estável	PC	3,67	1,34	1-6	
20 – sentiu como se fosse chorar	PC	4,52	1,24	1-6	
21 – seria melhor que não existisse	PC	5,33	1,07	1-6	
24 – tudo acontece ao contrário do desejado	PC	3,95	1,17	1-6	
19 – triste e em baixo (MHI-5)	PC	4,19	1,00	1-6	
28 – pensar em acabar com a vida	PC	4,80	0,63	1-5	
16 – sem futuro	PC	4,82	1,19	1-6	

cont.→

Quadro 1 (cont.)

Escalas/ítems	sub-escala	<i>M</i>	<i>DP</i>	limites	α
Afecto Positivo (AP)					0,91 (0,92)
1 – feliz e satisfeito	AP	3,60	0,92	1-6	
4 – futuro promissor	AP	3,53	1,11	1-6	
12 – esperar ter um dia interessante	AP	3,76	1,14	1-6	
6 – relaxado e sem tensão	AP	3,27	0,98	1-6	
7 – prazer no que faz	AP	3,88	0,96	1-6	
5 – dia a dia interessante	AP	3,68	1,09	1-6	
17 – calmo e em paz (MHI-5)	AP	3,35	1,10	1-6	
26 – vida é uma aventura maravilhosa	AP	2,88	1,27	1-6	
31 – alegre, animado e bem disposto	AP	3,63	1,01	1-6	
34 – pessoa feliz (MHI-5)	AP	3,64	1,23	1-6	
37 – acordou fresco e repousado	AP	3,33	1,12	1-6	
Laços Emocionais (LE)					0,72 (0,81)
2 – sentiu-se só	LE	4,54	0,96	1-6	
10 – sentiu-se amado e querido	LE	4,03	1,34	1-6	
23 – relações amorosas satisfatórias	LE	3,24	1,74	1-6	
Distress Psicológico (DP) (Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental)					0,95 (0,94)
Bem Estar Psicológico (BEP) (Afecto Positivo e Laços Emocionais)					0,91 (0,92)
Escala Total (MHI)					0,96 (0,96)

Nota. ^a na versão original estes ítems foram excluídos das sub-escalas com base na carga e distribuição factorial.

Fidelidade

O Quadro 1 mostra a fidelidade avaliada através da consistência interna de cada uma das dimensões e da escala total. Os valores são satisfatórios a elevados, e comparáveis à escala original.

Validade dos ítems

A inspeção da validade dos ítems foi feita de três maneiras: (a) inspeção da correlação de cada item com a escala total (consistência interna do item); (b) inspeção da correlação de cada item com a sub-escala ou dimensão a que pertence (validade convergente). Nos dois casos considerou-se uma correlação adequada um valor superior a 0,40; (c) a correlação do item com a sub-escala a que pertence deverá ser superior em 10 pontos à da correlação com as sub-escalas a que não pertence (validade discriminante). Tanto na correlação do item com a escala total, como com a sub-escala a que pertence o valor encontrado reporta-se à correlação do item corrigida para sobreposição.

A correlação entre cada item e a soma dos itens da escala a que pertence, excluindo esse item, varia entre os seguintes valores para cada uma das dimensões ou sub-escalas: Ansiedade, entre 0,49 e 0,79; Depressão entre 0,55 e 0,76; Perda de Controlo Emocional e Comportamental, entre 0,43 e 0,73; Afecto Positivo entre 0,57 e 0,77; Laços Emocionais entre 0,44 e 0,65; *Distress* Psicológico entre 0,44 e 0,81, Bem-Estar Psicológico entre, 0,58 e 0,83; Escala Total, entre 0,42 e 0,82 conforme se pode ver no Quadro 2.

Quadro 2

Correlação entre cada item e a escala a que pertence, corrigida para sobreposição. Os itens que à frente exibem o acrónimo (MHI-5) são os que constituem o MHI de cinco itens

Escalas/itens	MHI	MHI BEST	MHI DIST	MHI A	MHI D	MHI PC	MHI AP	MHI LE
ANSIEDADE								
11 – muito nervosa (MHI-5)	0,68	0,50	0,73	0,76	0,65	0,57	0,51	0,30
3 – nervoso ou apreensivo por coisas que aconteceram	0,67	0,49	0,71	0,70	0,64	0,57	0,53	0,28
13 – tenso e irritado	0,72	0,56	0,75	0,72	0,70	0,63	0,58	0,35
15 – as mãos a tremer quando fazia algo	0,45	0,27	0,53	0,49	0,41	0,43	0,25	0,22
25 – incomodado devido ao nervoso	0,67	0,49	0,72	0,73	0,60	0,59	0,50	0,31
29 – cansado inquieto e impaciente	0,67	0,53	0,70	0,67	0,64	0,58	0,54	0,33
32 – confuso ou perturbado	0,75	0,63	0,76	0,63	0,69	0,73	0,61	0,50
33 – ansioso ou preocupado	0,62	0,46	0,67	0,63	0,59	0,55	0,46	0,32
35 – dificuldade em se manter calmo	0,73	0,53	0,78	0,79	0,67	0,66	0,55	0,32
22 – relaxar sem dificuldade*	0,70	0,63	0,68	0,65	0,59	0,57	0,65	0,38
DEPRESSÃO								
9 – deprimido	0,65	0,54	0,67	0,55	0,62	0,66	0,52	0,41
27 – triste e em baixo (MHI-5)	0,78	0,67	0,78	0,65	0,72	0,75	0,66	0,50
30 – rabugento e de mau humor	0,67	0,53	0,69	0,64	0,62	0,61	0,54	0,34
36 – espiritualmente em baixo	0,81	0,70	0,80	0,69	0,77	0,76	0,69	0,51
38 – debaixo de grande pressão ou stress	0,64	0,47	0,68	0,68	0,55	0,52	0,50	0,26
PERDA DE CONTROLO EM/COMP								
8 – preocupado por perder a cabeça*	0,60	0,45	0,64	0,55	0,53	0,57	0,44	0,34
14 – controlo de comportamento, pensamentos, sentimentos*	0,66	0,54	0,68	0,58	0,58	0,65	0,54	0,36
18 – sentiu emocionalmente estável*	0,77	0,74	0,72	0,62	0,64	0,67	0,69	0,65
20 – sentiu como se fosse chorar	0,65	0,48	0,69	0,60	0,62	0,62	0,47	0,34
21 – seria melhor que não existisse	0,52	0,39	0,55	0,44	0,45	0,54	0,35	0,37
24 – tudo acontece ao contrário do desejado	0,71	0,64	0,70	0,58	0,67	0,64	0,62	0,50
19 – triste e em baixo (MHI-5)	0,82	0,74	0,81	0,69	0,78	0,76	0,71	0,58
28 – pensar em acabar com a vida	0,42	0,34	0,44	0,33	0,40	0,43	0,32	0,29
16 – sem futuro	0,67	0,59	0,67	0,55	0,61	0,63	0,57	0,43

cont.→

Quadro 2 (cont.)

Escalas/itens	MHI	MHI	MHI	MHI	MHI	MHI	MHI	MHI
	BEST	DIST	A	D	PC	AP	LE	
AFECTO POSITIVO								
1 – feliz e satisfeito*	0,72	0,77	0,63	0,66	0,63	0,51	0,69	0,61
4 – futuro promissor*	0,55	0,64	0,44	0,37	0,40	0,47	0,60	0,36
12 – esperar ter um dia interessante*	0,48	0,60	0,37	0,33	0,37	0,35	0,57	0,29
6 – relaxado e sem tensão*	0,67	0,62	0,65	0,67	0,59	0,54	0,61	0,28
7 – prazer no que faz*	0,65	0,73	0,56	0,48	0,54	0,56	0,69	0,43
5 – dia a dia interessante*	0,61	0,71	0,50	0,41	0,47	0,54	0,69	0,38
17 – calmo e em paz* (MHI-5)	0,77	0,75	0,72	0,72	0,64	0,64	0,71	0,47
26 – vida é uma aventura maravilhosa*	0,60	0,74	0,46	0,39	0,45	0,47	0,67	0,45
31 – alegre, animado e bem disposto*	0,80	0,80	0,73	0,68	0,70	0,68	0,77	0,49
34 – pessoa feliz* (MHI-5)	0,79	0,83	0,70	0,59	0,68	0,71	0,76	0,62
37 – acordou fresco e repousado*	0,60	0,63	0,53	0,50	0,52	0,47	0,60	0,31
LAÇOS EMOCIONAIS								
2 – sentiu-se só	0,61	0,58	0,58	0,49	0,57	0,60	0,48	0,44
10 – sentiu-se amado e querido*	0,56	0,68	0,44	0,33	0,40	0,50	0,53	0,65
23 – relações amorosas satisfatórias*	0,50	0,60	0,39	0,31	0,33	0,45	0,43	0,59

Nota. * Itens com cotação invertida; a bold encontra-se a correlação dos itens com a dimensão a que pertencem, corrigida para sobreposição quando satisfazem o critério de convergência e discriminação; MHI – Escala Total; MHIBEST – Bem-Estar; MHIDIST – *Distress*; MHIA – Ansiedade; MHID – Depressão; MHIPC – Perda de Controlo Emocional/Comportamental; MHIAP – Afecto Positivo; MHILE – Laços Emocionais.

Se considerarmos a validade convergente e a validade discriminante ou divergente verifica-se que vários itens das cinco sub escalas (Ansiedade; Depressão; Perda de Controlo Emocional/Comportamental; Afecto Positivo; Laços Emocionais) não exibem validade convergente com a escala a que supostamente pertencem, e que tal ocorre principalmente na sub-escala Depressão e a seguir na Perda de Controlo Emocional/Comportamental. Em termos de validade discriminante ou divergente são poucos os itens que satisfazem o valor discriminativo (somente 9 itens satisfazem o critério de discriminação).

Se em vez de considerar-mos as cinco dimensões, agrupar-mos estas em duas grandes dimensões (Bem-Estar Positivo e *Distress*) os valores da validade convergente e discriminante têm uma estrutura mais adequada do ponto de vista psicométrico. Nesta divisão somente um item da dimensão *Distress* e dois da dimensão Bem-Estar Positivo não apresentam magnitude mais elevada com a escala a que pertencem. Quanto à validade discriminante somente quatro itens da escala de *Distress* não satisfazem a diferença de 10 pontos. Da escala de Bem-Estar Positivo somente dois itens não satisfazem o critério de discriminação.

A escala de Bem-Estar Positivo tem somente 14 dos 38 itens ou seja cerca de um terço dos itens da escala.

O MHI-5

Com base no presente inventário desenvolveu-se uma versão reduzida de cinco itens, conhecida por MHI-5. Trata-se de uma versão rápida que, tanto é utilizada isoladamente, como teste de rastreio (*screening*), como é incluída em outras escalas tal como o SF-36 (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993). Inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 34, do MHI: três itens pertencem à escala de *Distress* e dois à escala de Bem-Estar Positivo. Inúmeras investigações têm mostrado que o MHI-5 é um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental.

Holmes (1998) num estudo com doentes seropositivos em ambulatório concluem que o MHI-5, é a melhor medida para os clínicos gerais detectarem a emergência de perturbação psiquiátrica neste grupo.

McCabe, Thomas, Brazier, e Coleman (1996) comparando o *General Health Questionnaire* de 12 itens, com o MHI-5, em 3000 participantes de ambos os sexos com idades entre os 16 e os 64 anos, confirmaram a validade, fidelidade e a sensibilidade de ambos os instrumentos na caracterização da saúde mental da população estudada, afirmando que o MHI-5 é mais adequado para a investigação.

Berwick, Murphy, Goldman, Ware, J., et al. (1991) compararam a capacidade de rastreio de 3 técnicas: o MHI-5, o *General Health Questionnaire* de 30 itens, e o *Somatic Symptom Inventory* de 28 itens, em 213 participantes utilizando como variável critério o *Diagnostic Interview Schedule*, comprovando as qualidades do MHI-5.

O MHI-5, aliás, foi desenvolvido para o questionário de avaliação de saúde utilizado no *Medical Outcomes Study*, tanto para a forma reduzida, o SF-20 como para o SF-36. É constituído por cinco itens que representam quatro dimensões de saúde mental (Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional-Comportamental, e Bem-Estar Psicológico) (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993). Estes cinco itens têm, no estudo original, uma correlação de $r=0,95$ e de $r=0,92$, com a nota total da versão de 38 itens desenvolvida para o *Health Insurance Experiment*. A adaptação portuguesa mostra uma correlação de $r=0,95$ entre o MHI-5 e a versão de 38 itens.

Correlação entre dimensões do MHI

A inspeção das correlações entre o MHI e as suas dimensões (Escala Total; Ansiedade; Depressão; Perda de Controlo Emocional/Comportamental; Afecto Positivo; Laços Emocionais) às quais se podem juntar as duas dimensões que resultam da fusão das cinco dimensões (Bem-Estar Positivo e *Distress*) mostram os resultados do Quadro 3.

Todas as correlações entre dimensões apresentam magnitude elevada, excessivamente elevada. Esta estreita relação entre dimensões pode significar redundância. A dimensão “Distress” apresenta correlações muito elevadas com as dimensões que a compõem (Ansiedade, Depressão e Perda de Control Emocional/Comportamental) explicando quase 90% da variância de cada uma

delas. A dimensão *Distress* é a que explica melhor o resultado total do MHI, mantendo o padrão da escala total, e indiciando, em ambos os casos a prevalência de uma dimensão negativa da saúde mental expressa por esta escala.

A aparente redundância permite entender porque é que a versão reduzida – MHI-5 – apresenta resultados tão próximos da escala total de 38 itens.

Quadro 3

Correlação entre dimensões do MHI

	MHIA	MHID	MHIPC	MHIAP	MHILE	MHIDIST	MHIBEST	MHI
MHID	0,87							
MHIPC	0,79	0,83						
MHIAP	0,69	0,74	0,75					
MHILE	0,45	0,50	0,61	0,59				
MHIDIST	0,94	0,92	0,93	0,77	0,55			
MHIBEST	0,69	0,74	0,78	0,97	0,76	0,78		
MHI	0,89	0,90	0,92	0,89	0,67	0,96	0,91	
MHI-5	0,84	0,88	0,86	0,86	0,61	0,92	0,87	0,95

Nota. MHIA – Ansiedade; MHID – Depressão; MHIPC – Perda de Controlo Emocional/Comportamental; MHIAP – Afecto Positivo; MHILE – Laços Emocionais; MHIDIST – Distress; MHIBEST – Bem-Estar; MHI – Escala Total; MHI-5 – escala reduzida de cinco itens.

Validade de construto do MHI

A validade de construto foi inspeccionada pela correlação entre o MHI e suas dimensões, assim como o MHI-5, com dois tipos de escalas: medidas de auto-referência e medidas de percepção de saúde.

Das medidas de auto-referência, utilizou-se o Auto-Conceito e suas dimensões (Ribeiro, 1994), e a Auto-Eficácia e suas dimensões (Ribeiro, 1995)

Das medidas de Percepção de Saúde utilizou-se os Sintomas Físicos de Mal Estar (Ribeiro, 1993) e a Percepção Geral de Saúde (Ribeiro, 1993).

Medidas de auto referência

Auto-Conceito – Utilizou-se um questionário que resultou da adaptação para a população portuguesa do *The Self-Perception Profile for College Students* (Neemann & Harter, 1986). A versão original contém 54 itens distribuídos por 13 sub-escalas, cada uma delas incluindo quatro itens, excepto uma que tem seis. O questionário fornece um perfil constituído com as notas das sub-escalas, constituindo cada uma, um domínio relevante para a vida das pessoas, mais uma sub-escala que constitui uma apreciação global. As sub-escalas são as seguintes: criatividade; capacidade intelectual; competência académica; competência profissional; competência atlética; aparência; relações amorosas;

aceitação social; amizades íntimas; relações com os pais; humor; moralidade; apreciação global. Os primeiros cinco domínios referem-se a competências ou capacidades, os restantes sete a relações sociais. Em termos teóricos, o modelo assumido pelos autores é um modelo cognitivo e desenvolvimental.

A adaptação portuguesa (Ribeiro, 1994) apresentou uma estrutura muito semelhante à original. Após a análise de componentes principais, foram encontrados 12 factores, que explicam 65,2% da variância total. Um dos factores resulta da fusão de duas das dimensões da escala original: dois itens foram retirados, tendo permanecido 52. Um dos itens foi retirado por possuir um valor de comunidade muito baixo e o outro por saturar, isolado, um décimo terceiro factor, sem consistência teórica.

A resposta é dada numa de quatro alternativas: cada item é cotado de 1 a 4, indicando a nota mais baixa, baixa percepção de competência e a mais elevada, elevada competência. Para cada sub-escala metade dos itens são formulados pela positiva e a outra metade pela negativa.

A consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala total é de $\alpha=0,92$, e a das sub-escalas varia entre 0,69 e 0,87, sendo a da maioria das sub-escalas acima da 0,80. O Quadro 4 mostra a correlação entre as dimensões do MHI e as do Auto-Conceito.

Quadro 4

Correlação do MHI e suas dimensões, com a escala de Auto-Conceito e suas sub-escalas

	MHIA	MHID	MHIPC	MHIAP	MHILE	MHIDIST	MHIBEST	MHI	MHI-5
ACTOTAL	0,46	0,49	0,55	0,56	0,49	0,53	0,59	0,58	0,54
ACGERAL	0,43	0,50	0,57	0,57	0,45	0,53	0,58	0,58	0,55
ACCRIATI	0,23	0,21	0,26	0,34	0,14	0,25	0,31	0,28	0,27
ASACADE	0,25	0,25	0,28	0,33	0,18	0,28	0,32	0,32	0,29
ACINTEL	0,26	0,23	0,32	0,31	0,18	0,30	0,30	0,32	0,29
ACATLET	0,26	0,21	0,21	0,23	0,15	0,24	0,23	0,25	0,24
ACAPAREN	0,33	0,34	0,36	0,33	0,33	0,36	0,36	0,38	0,34
ACAMIZAD	0,28	0,30	0,28	0,33	0,36	0,29	0,37	0,34	0,32
ACASOCIAL	0,31	0,36	0,38	0,44	0,41	0,36	0,47	0,42	0,40
ACPAIS	0,20	0,19	0,21	0,18	0,19	0,22	0,20	0,22	0,18
ACAMOR	0,21	0,32	0,36	0,36	0,51	0,25	0,44	0,40	0,37
ACHUMOR	0,04 $_{ns}$	0,08*	0,08*	0,12**	0,11**	0,07 $_{ns}$	0,12**	0,10*	0,09*
ACMORAL	0,08*	0,08*	0,16	0,11**	0,17	0,11**	0,13**	0,13**	0,09*

Nota. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; ns – não significativo; todos os resultados não assinalados exibem uma correlação com significância estatística inferior a $p<0,0001$; MHIA – Ansiedade; MHID – Depressão; MHIPC – Perda de Controlo Emocional/Comportamento; MHIAP – Afecto Positivo; MHILE – Laços Emocionais; MHIDIST – *Distress*; MHIBEST – Bem-Estar; MHI – Escala Total; ACTOTAL – Nota total de Auto-Conceito; ACGERAL – Auto-Conceito Geral; ACCRIATI – Auto-Conceito Criatividade; ASACADE – Auto-Conceito Académico; ACINTEL – Auto-Conceito Inteligência; ACATLET – Auto-Conceito Atlético; ACAPAREN – Auto-Conceito Aparência; ACAMIZAD – Auto-Conceito Amizades; ACASOCIAL – Auto-Conceito Aceitação Social; ACPAIS – Auto-Conceito Relação com Pais; ACAMOR – Auto-Conceito Amor; ACHUMOR – Auto-Conceito Humor; ACMORAL – Auto-Conceito Moral.

A inspeção do quadro mostra correlações modestas (embora estatisticamente significativas) entre o Auto-Conceito e o MHI. Tal permite confirmar que as duas escalas avaliam construtos diferentes embora com forte associação. Verifica-se que o MHI-5 exibe valores semelhantes ao MHI, o que pode significar, como já foi dito, redundância dos itens do MHI.

Auto-eficácia – O questionário escolhido, é a adaptação portuguesa (Ribeiro, 1995) do *Self-Efficacy Scale* de Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs, e Rogers (1982), que constitui uma medida de Auto-Eficácia Geral. Os autores desta escala defendem que, apesar de a Auto-Eficácia ter sido conceptualizada como uma crença específica de situação, há evidência que as experiências de mestria ou de domínio pessoal, ao contribuírem para criar expectativas de sucesso em situações específicas, se podem generalizar a outras situações. Assim, os indivíduos com histórias numerosas e variadas de sucesso, possuiriam mais expectativas de eficácia pessoal ou de auto eficácia geral do que indivíduos com poucas experiências de sucesso. Bandura (1977), também admite que a generalização é uma característica das expectativas de eficácia e afirma que “algumas experiências (...) desencadeiam um sentido de eficácia mais generalizado que vai bem para além da situação específica” (p. 194).

As respostas ao questionário de 15 itens, são dadas numa escala tipo Lickert de sete pontos. As notas podem ser utilizadas como um perfil das diferentes sub-escalas ou como uma nota global. A nota total do questionário de Auto-Eficácia pode variar entre extremos de 15 e 105 pontos. Quanto mais baixa a nota, menor a percepção de eficácia.

Após análise factorial da versão portuguesa encontraram-se três factores que explicavam 57,7% da variância total. O primeiro factor, Iniciação e Persistência (IP), inclui seis itens, o segundo factor, Eficácia Perante a Adversidade (EPA), inclui cinco itens; o terceiro factor, Eficácia Social (ES), inclui quatro itens. A análise da consistência interna, com recurso ao teste Alfa de Cronbach encontrou os seguintes valores alfa=0,80 para o primeiro factor; de alfa=0,80 para o segundo factor e; alfa=0,60 para o terceiro factor. O valor da consistência interna, para a escala total foi de alfa=0,84. O Quadro 5 mostra a correlação entre o MHI e o MHI-5 e nota geral de Auto-Eficácia e as respectivas dimensões.

O que foi dito para a relação entre o MHI e o MHI-5 e o Auto Conceito mantém-se verdadeiro para a Auto Eficácia.

Percepção de Saúde

A avaliação da Percepção de Saúde recorreu a dois questionários: O

questionário de Percepção Geral de Saúde e o questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar.

Quadro 5

Correlação do MHI e suas dimensões, com a escala de auto-eficácia geral e suas dimensões

	MHIA	MHID	MHIPC	MHIAP	MHILE	MHIDIST	MHIBEST	MHI	MHI-5
AETOTAL	0,38	0,46	0,50	0,53	0,39	0,47	0,54	0,52	0,49
AEPERSIST	0,43	0,47	0,55	0,53	0,38	0,51	0,54	0,54	0,50
AEADVERS	0,23	0,30	0,33	0,34	0,26	0,30	0,35	0,33	0,31
AESOCIAL	0,23	0,29	0,26	0,36	0,26	0,26	0,36	0,32	0,31

Nota. Todos os resultados exibem uma correlação com significância estatística inferior a $p < 0,0001$; MHIA – Ansiedade; MHID – Depressão; MHIPC – Perda de Controlo Emocional/Comportamenta; MHIAP – Afecto Positivo; MHILE – Laços Emocionais; MHIDIST – *Distress*; MHIBEST – Bem-Estar; MHI – Escala Total; MHI-5 – MHI de cinco itens; AETOTAL – Auto Eficácia total; AEPERSIST – Iniciação e Persistência; AEADVERS – Eficácia Perante a Adversidade; AESOCIAL – Eficácia Social.

Percepção Geral de Saúde – O questionário utilizado resultou da adaptação do *General Health Perception Battery* do *Rand's Health Perceptions Study* (Brook, Ware, Davies-Avery, Stewart, Donald, Rogers, Williams, & Johnston, 1979). A adaptação portuguesa (Ribeiro, 1993) inclui 18 itens, que se distribuem por quatro dimensões, e a resposta é dada numa escala de *Lickert* de cinco pontos. Os quatro factores foram encontrados através da Análise de Componentes Principais, numa solução factorial com quatro factores que explicam 51,7% da variância total.

O primeiro factor, Percepção da Saúde Actual, inclui nove itens e a consistência interna, Alfa de Cronbach, é $\alpha = 0,80$; o segundo factor, Percepção da Saúde Passada, inclui três itens com um $\alpha = 0,70$; o terceiro, Preocupação com a Saúde, inclui quatro itens com um $\alpha = 0,64$; o quarto factor, Atitude para com a Ida ao Médico, inclui dois itens com um $\alpha = 0,77$. O Alfa de Cronbach para a escala total é de $\alpha = 0,72$.

A correlação entre as dimensões do MHI e as da Percepção Geral de Saúde geral e suas dimensões são apresentados do Quadro 6.

Os resultados mostram, correlações estatisticamente significativas entre os dois questionários e suas dimensões, excepto para as dimensões de Preocupação com a Saúde, e com relações baixas com Percepção de Saúde Passada. Os itens constituintes da primeira dimensão são do tipo “preocupo-me mais com a minha saúde do que as outras pessoas com a sua”, o que dado tratar-se de uma população jovem e saudável parece ser uma preocupação

longínqua, ou seja como não estão preocupados com a sua história de saúde tal não parece associado à percepção de saúde mental.

Quadro 6

Correlação entre o MHI e respectivas dimensões, com o questionário de Percepção Geral de Saúde e respectivas dimensões

	MHIA	MHID	MHIPC	MHIAP	MHILE	MHIDIST	MHIBEST	MHI	MHI-5
PSA	0,52	0,51	0,52	0,47	0,32	0,55	0,47	0,55	0,51
PSP	0,14	0,13**	0,12**	0,04 <i>ns</i>	0,06 <i>ns</i>	0,14	0,06 <i>ns</i>	0,12**	0,10*
PS	0,003 <i>ns</i>	-0,02 <i>ns</i>	-0,003 <i>ns</i>	-0,07 <i>ns</i>	-0,005 <i>ns</i>	-0,01 <i>ns</i>	-0,05 <i>ns</i>	-0,02 <i>ns</i>	-0,02 <i>ns</i>
PSM	0,12**	0,12**	0,12**	0,16	0,09*	0,12	0,15	0,14	0,15
PSTOTAL	0,45	0,42	0,43	0,36	0,26	0,46	0,37	0,45	0,42

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *ns* – não significativo; todos os resultados não assinalados exibem uma correlação com significância estatística inferior a $p < 0,0001$; MHIA – Ansiedade; MHID – Depressão; MHIPC – Perda de Controlo Emocional/Comportamenta; MHIAP – Afecto Positivo; MHILE – Laços Emocionais; MHIDIST – *Distress*; MHIBEST – Bem-Estar; MHI – Escala Total; PSA – Percepção da Saúde Actual; PSP – Percepção da Saúde Passada; PS – Preocupação Com a Saúde; PSM – Atitude para com a Ida ao Médico; PSTOTAL – Resultado global.

O itens constituintes da Percepção de Saúde Passada são do tipo, “nunca estive seriamente doente”, o que tem características semelhantes à dimensão anterior. É de supor que se a população fosse mais idosa a associação entre dimensões teria uma expressão diferente para estas duas dimensões da Percepção Geral de Saúde.

Manifestações Físicas de Mal-Estar – O Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar é uma escala de auto-registo que contém 19 itens, cada um descrevendo queixas psicossomáticas usuais (Ribeiro, 1993). Os indivíduos devem responder a cada item de duas maneiras distintas: quanto à frequência com que experimentam a ocorrência e quanto à intensidade. Os indivíduos respondem numa escala de seis pontos para a frequência e numa de cinco para a intensidade. Os resultados são considerados em termos de frequência multiplicada pela intensidade. A análise factorial utilizada para explorar e definir o construto aponta para quatro grandes tipos de manifestações psicossomáticas, que parecem expressar-se através de diferentes sistemas orgânicos (sistema nervoso, sistema respiratório, sistema muscular e sistema digestivo). A solução factorial encontrada explicava 44,7% da variância. O primeiro factor explica 24,2% da variância total, o segundo 8,9, o terceiro 6,0, e o quarto 5,6. A consistência interna (Alfa de Cronbach) dos diversos factores varia entre 0,55 e 0,79). O Alfa de Cronbach para a escala total é de $\alpha = 0,85$.

A correlação entre as dimensões do MHI e as Manifestações Físicas de Mal-Estar e respectivas sub-escalas apresentado no Quadro 7.

Verificam-se correlações estatisticamente significativas entre quase todas as dimensões, e correlações com magnitude elevada, principalmente entre as dimensões da MHI e a dimensão Sistema Nervoso da escala de Sintomas Físicos de Mal-Estar. Estas correlações apontam para que a MHI mede principalmente as dimensões mentais. De salientar que, e mais uma vez, o MHI-5 tem uma expressão idêntica nomeadamente em magnitude à escala total.

Quadro 7

Correlação do MHI e suas dimensões, com a escala de Sintomas Físicos de Mal-Estar e respectivas sub-escalas

	MHIA	MHID	MHIPC	MHIAP	MHILE	MHIDIST	MHIBEST	MHI	MHI-5
MESN	-0,63	-0,61	-0,59	-0,50	-0,29	-0,65	-0,48	-0,62	-0,59
MESR	-0,14	-0,06 ns	-0,08*	-0,08*	-0,07 ns	-0,11&	-0,08*	-0,10&	-0,08*
MESM	-0,26	-0,23	-0,21	-0,15	-0,06 ns	-0,25	-0,13**	-0,22	-0,18
MESD	-0,34	-0,33	-0,35	-0,25	-0,19	-0,36	-0,25	-0,33	-0,29
METT	-0,53	-0,49	-0,48	-0,39	-0,24	-0,53	-0,38	-0,50	-0,45

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ns – não significativo; todos os resultados não assinalados exibem uma correlação com significância estatística inferior a $p < 0,0001$; MHIA – Ansiedade; MHID – Depressão; MHIPC – Perda de Controlo Emocional/Comportamento; MHIAP – Afecto Positivo; MHILE – Laços Emocionais; MHIDIST – *Distress*; MHIBEST – Bem-Estar; MHI – Escala Total; MESN – Sistema Nervoso; MESR – Sistema Respiratório; MESM – Sistema Muscular; METT – Mal-Estar total.

O tratamento relativamente à validade de construto mostra que o MHI se aproxima (via magnitude das correlações) dos instrumentos que é suposto aproximar-se, e se afasta dos que é suposto afastar-se. Por outro lado, dado que a magnitude das correlações significativas se situa predominantemente ao nível de correlações modestas, pode-se afirmar que não mede as mesmas dimensões, ou que não há redundância de medidas.

CONCLUSÃO

As versões portuguesas da escala MHI e da MHI-5 apresentam estruturas semelhantes relativamente à versão original. Na composição da escala total as dimensões negativas têm mais peso para a nota final embora isso constitua um avanço relativamente às escalas tradicionais de avaliação da saúde mental. As versões Portuguesas podem ser empregues com a mesma propriedade com que foram utilizadas as versões originais.

ANEXOS

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO NUM DOS QUADRADOS POR BAIXO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

1. QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

- Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita
 - Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo
 - Geralmente satisfeito e feliz
 - Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz
 - Geralmente insatisfeito, infeliz
 - Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo
-

2. DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte do tempo
 - Durante algum tempo
 - Quase nunca
 - Nunca
-

3. COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

- Sempre
 - Com muita frequência
 - Frequentemente
 - Com pouca frequência
 - Quase nunca
 - Nunca
-

4. DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

- Sempre
 - Com muita frequência
 - Frequentemente
 - Com pouca frequência
 - Quase nunca
 - Nunca
-

5. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

- Sempre
 - Com muita frequência
 - Frequentemente
 - Com pouca frequência
 - Quase nunca
 - Nunca
-

6. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca

Nunca

7. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

- Sempre
 - Com muita frequência
 - Frequentemente
 - Com pouca frequência
 - Quase nunca
 - Nunca
-

8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

- Não, nunca
 - Talvez um pouco
 - Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso
 - Sim, e fiquei um bocado preocupado
 - Sim, e isso preocupa-me
 - Sim, e estou muito preocupado com isso
-

9. SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

- Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias
 - Sim, muito deprimido quase todos os dias
 - Sim, deprimido muitas vezes
 - Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido
 - Não, nunca me sinto deprimido
-

10. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte das vezes
 - Algumas vezes
 - Muito poucas vezes
 - Nunca
-

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte do tempo
 - Durante algum tempo
 - Quase nunca
 - Nunca
-

12. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

- Sempre
 - Com muita frequência
 - Frequentemente
 - Com pouca frequência
 - Quase nunca
 - Nunca
-

13. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo

- Quase nunca
 - Nunca
-
-

14. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

- Sim, completamente
 - Sim, geralmente
 - Sim, penso que sim
 - Não muito bem
 - Não e ando um pouco perturbado por isso
 - Não, e ando muito perturbado por isso
-

15. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

- Sempre
 - Com muita frequência
 - Frequentemente
 - Com pouca frequência
 - Quase nunca
 - Nunca
-

16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

- Sempre
 - Com muita frequência
 - Frequentemente
 - Com pouca frequência
 - Quase nunca
 - Nunca
-

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte do tempo
 - Durante algum tempo
 - Quase nunca
 - Nunca
-

18. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte do tempo
 - Durante algum tempo
 - Quase nunca
 - Nunca
-

19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte do tempo
 - Durante algum tempo
 - Quase nunca
 - Nunca
-

20. COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente

- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

21. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

22. QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

23. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

24. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

25. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOC. SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

- Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia
- Muito incomodado
- Um pouco incomodado pelos meus nervos
- Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso
- Apenas de forma muito ligeira
- Nada incomodado

26. NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

- Sempre
- Com muita frequência

- Frequentemente
 - Com pouca frequência
 - Quase nunca
 - Nunca
-
-

28. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

- Sim, muitas vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Sim, umas poucas de vezes
 - Sim, uma vez
 - Não, nunca
-

29. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte do tempo
 - Durante algum tempo
 - Quase nunca
 - Nunca
-

30. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte do tempo
 - Durante algum tempo
 - Quase nunca
 - Nunca
-

31. DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte do tempo
 - Durante algum tempo
 - Quase nunca
 - Nunca
-

32. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

- Sempre
 - Com muita frequência
 - Frequentemente
 - Com pouca frequência
 - Quase nunca
 - Nunca
-

33. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

- Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase
 - Sim, muito
 - Sim, um pouco
 - Sim, o suficiente para me incomodar
 - Sim, de forma muito ligeira
 - Não. De maneira nenhuma
-

34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

- Sempre
- Quase sempre

- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

35. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EMÊSE MANTER CALMO?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

36. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma boa parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca acordo com a sensação de descansado

37. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

- Sempre, todos os dias
- Quase todos os dias
- Frequentemente
- Algumas vezes, mas normalmente não
- Quase nunca
- Nunca

38. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

- Sim, quase a ultrapassar os meus limites
- Sim, muita pressão
- Sim, alguma, mais do que o costume
- Sim, alguma, como de costume
- Sim, um pouco
- Não, nenhuma

REFERÊNCIAS

- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Berwick, D.M., Murphy, J.M., Goldman, P.A., Ware, J., et al. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical-Care*, 29(2), 169-176.
- Brislin, R., Lonner, W., & Thorndike, R. (1973). *Cross cultural research methods*. New York: Wiley and Sons.
- Brook, R., Ware, J., Davies-Avery, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, H., Williams, & Johnston, S. (1979). Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17(7) (supplement).
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, 2, 451-459.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Guyatt, G. (1993). The philosophy of health-related quality of life translation. *Quality of Life Research*, 3, 461-465.

Hays, R., Anderson, R., & Revicki, D. (1993). Psychometric considerations in evaluating health-related quality of life measures. *Quality of Life Research*, 2, 441-449.

Holmes, W. (1998). A short, psychiatric, case-finding measure for HIV seropositive outpatients: Performance characteristics of the 5-item Mental Health subscale of the SF-20 in a male, seropositive sample. *Medical-Care*, 36(2), 237-243.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa; Minister of National Health and Welfare.

McCabe, C., Thomas, K., Brazier, J., & Coleman, P. (1996) Measuring the mental health status of a population: A comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). *British Journal of Psychiatry*, 169(4), 517-521.

McHorney, C., & Ware, J. (1995). Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey. *Medical-Care*, 33(1), 15-28.

Neemann, J., & Harter, S. (1986). *Manual for the self-profile for college students*. Denver: University of Denver.

Ostroff, J.S., Woolverton, K.S, Berry, C., & Lesko, L.M. (1996). Use of the Mental Health Inventory with adolescents: A secondary analysis of the Rand Health Insurance Study. *Psychological Assessment*, 8(1), 105-107.

Revicki, D., & Kaplan, R. (1993). Relationship between psychometric and utility-based approaches to the measurement of health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 2, 477-487.

Ribeiro, J.L.P. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes jovens da cidade do Porto* (tese de doutoramento). Porto: Edição do autor.

Ribeiro, J.L.P. (1994). Adaptação do *Self-perception profile for college students* à população portuguesa: Sua utilização no contexto da psicologia da saúde. In L. Almeida e I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 129-138). Braga: APPORT.

Ribeiro, J.L.P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral (pp. 163-176). *Actas da III Conferência Internacional: Formas e Contextos*. Braga: APPORT.

Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa. Climepsi.

Richmond, J. (1979). *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Schneider, B., & Varghese, R. (1995). Scores on the SF-36 scales and the Beck Depression Inventory in assessing mental health among patients on hemodialysis. *Psychological-Reports*, 76(3, Pt. 1), 719-720.

Ribeiro, J.L.P. (1994). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 55-72). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Sherer, M., Madux, J., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. (1982). The self-efficacy scale; construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.

Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742.

Ware, J., Gandek, B., & IQOLA-Project-Group (1994). The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 23(2), 49-???

Ware, J., Manning, W., Duan, N., Wells, K., & Newhouse, J. (1984). Health status and the use of outpatient mental health services. *American Psychologist*, 39(10), 1090-1100.

Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.