



**Universidade de Aveiro** Departamento de Educação  
Ano 2015

**ANDRÉA MARTINS**

**TRAÇOS DE PERSONALIDADE NA PERTURBAÇÃO  
DEPRESSIVA PERSISTENTE**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialização em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Torres, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

“Todos morremos. O objectivo não é ser eterno. O objectivo é  
criar algo que o seja.”

Chuck Palahniuk

## **o júri**

Presidente

**Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
professora associada com agregação da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Ana Telma Fernandes Pereira**  
investigadora auxiliar convidada da Universidade de Coimbra

**Prof. Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires**  
professora auxiliar convidada da Universidade de Aveiro

## agradecimentos

Sozinha nada seria possível!

Nada melhor do que começar esta parte desta forma: Sozinha nada seria possível! Sem o inestimável apoio e auxílio por parte dos mais maravilhosos profissionais da área da psiquiatria e psicologia esta investigação não teria sido possível de todo. Agradeço ao Dr. Nuno Madeira e à Dra. Carolina Roque que prescindiram de algum do seu precioso tempo para me auxiliar na recolha de dados. Ao Dr. Vítor e à Dra. Cristina que me acompanharam nesta recolha e me encaminharam as suas pacientes para tornarem possível a investigação. Um agradecimento especial ao Dr. Tiago Santos e ao Dr. Óscar Nogueira por terem sido incansáveis no atendimento aos meus pedidos e me terem acompanhado constantemente nesta recolha. Agradeço aos responsáveis organizacionais que autorizaram a realização do estudo: Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar Baixo Vouga e Escola Superior de Enfermagem de Oliveria de Azeméis, sem dúvida imprescindíveis para a conclusão deste trabalho. Agradeço a todos os que participaram e prescindiram do seu tempo para responder aos meus questionários, sem vós nada seria possível.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Torres, destaco o meu mais profundo e sentido agradecimento. Um simples obrigada nunca será suficiente. Sou-lhe grata pela partilha do saber, pelas suas valiosas contribuições e pelas orientações preciosas. A única coisa que posso dizer é que fui privilegiada. Sempre incansável, sempre disponível, sempre preocupada. Simplesmente não há palavras. Não há no mundo palavra que exprima mais que gratidão... Mais do que isso, sem dúvida, admiração, pura admiração pela maravilhosa profissional com quem tive o privilégio de trabalhar...

Obrigada a todos os que estiveram ao meu lado e direta e indiretamente me ajudaram a percorrer este caminho de sonho mas também tortuoso.

## **agradecimentos**

Obrigada aos meus pais. Sobretudo, a ti, pai pelas noites mal dormidas, pelas palavras de força e orgulho, por me indicares qual o caminho. Obrigada mãe por, à tua maneira, me tentares ajudar e apoiar. Obrigada Dani simplesmente por seres o irmão que és. Adoro-te, tenho um orgulho enorme no jovem parvo que te tornaste. Obrigada à minha família que sempre se orgulhou de mim, e a ti Kathleen, pela tua ajuda imprescindível em momentos de aflição. Obrigada às minhas companheiras de viagem: Elsa, Ana, Vanessa, Filipa, que me acompanharam nesta vida académica tornando-a mais maravilhosa. Companheiras de viagem e batalha. Obrigada a ti Marina por me apoiares sempre.

Obrigada a esta instituição maravilhosa, pela excelência, pela qualidade, pela união que nos transmite: a nossa UNIVERSIDADE de AVEIRO que será sempre nossa.

E por fim, mas não menos importante, devo-te, um agradecimento muito especial e enorme a ti, Flávio, foste tu que limpaste as minhas lágrimas, que me abraçaste, que me deste palavras de incentivo, que me seguraste, que acreditaste em mim quando eu já duvidava, que estiveste sempre, mas sempre ao meu lado naquelas noites até às tantas, que me acompanhaste durante estes 10 anos, sem nunca duidares de que eu seria capaz.. Isto é por mim, mas também por ti.

## palavras-chave

Perturbação Depressiva Persistente, Traços de Personalidade, HEXACO – 60, Personalidade Depressiva, Perturbação Depressiva da Personalidade.

## Resumo

Os domínios da personalidade podem ser sumariados em cinco dimensões. Contudo, esta conceitualização tem sofrido algumas modificações surgindo evidências para o Modelo Hexaco. As dificuldades do diagnóstico associadas, à perturbação distímica têm levantado questões face à sua manutenção nas perturbações de humor. No seguimento desta alteração estrutural da personalidade e na dificuldade aquando do diagnóstico, a dissertação teve por base dois objetos de estudo: 1) estudo preliminar das propriedades psicométricas do HEXACO – 60 na população Portuguesa e, 2) estudo dos traços de personalidade entre uma população clínica e uma não clínica.

A amostra contou, para o primeiro estudo, com 166 participantes, 118 do sexo feminino e 48 do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos ( $M=26.21$ ,  $DP=10.23$ ) e no estudo 2 contou com 30 participantes pertencentes ao grupo clínico, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 63 anos ( $M=48.33$ ,  $DP=10.23$ ) e 30 participantes do grupo não clínico, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 55 anos ( $M=41.23$ ,  $DP=9.63$ ).

Os instrumentos utilizados para o estudo foram o HEXACO-60, o NEO-FFI-20 e o PHQ-9. Os dois primeiros permitem o estudo da personalidade, enquanto o terceiro permite a verificação da sintomatologia depressiva.

Os resultados demonstram que o HEXACO-60 tem propriedades psicométricas satisfatórias que fazem dele um instrumento adequado para se avaliar a personalidade, apresentando correlações elevadas com o NEO-FFI e uma consistência interna superior. Verifica-se que há correlações significativas entre a sintomatologia depressiva e os traços de personalidade.

Conclui-se que o HEXACO-60 é um instrumento potencialmente válido para a aplicação à população Portuguesa e há evidências para se reestruturar a classificação do diagnóstico da perturbação depressiva persistente. Para estudos futuros sugere-se a análise estatística com uma amostra maior, com a análise da variável expectativa e com estatísticas inferenciais mais robustas.

**keywords**

Persistent Depressive Disorder, Personality Traits, HEXACO - 60, Depressive Personality, Personality Depressive Disorder.

**abstract**

The domains of personality can be summarized in five dimensions. However, this conceptualization has undergone some modifications and evidence emerged for the HEXACO Model. The difficulties associated with the diagnosis of dysthymia have raised questions in relation to its maintenance in mood disorders. Following this structural change in personality and because of the difficulties regarding diagnosis, the dissertation was based on two study subjects: 1) preliminary study of the psychometric properties of HEXACO - 60 in a Portuguese sample, 2) the study of personality traits among a clinical and non-clinical population.

The sample, for the first study, consisted in 166 participants, 118 women and 48 men aged 18 to 57 years ( $M=26.21$ ,  $SD=10.23$ ) and in study 2 were included 30 participants belonging to the clinical group, all female aged between 24 and 63 years ( $M=48.33$ ,  $SD=10.23$ ) and 30 participants in the non-clinical group all female and aged between 23 and 55 ( $M=41.23$ ,  $SD=9.63$ ).

The instruments used for the study were the HEXACO-60, NEO-FFI-20 and PHQ-9. The first two allow the study of the personality, while the third is referred to health issues.

The results demonstrate that the HEXACO-60 has satisfactory psychometric properties that make it a suitable tool to evaluate the personality, presenting high correlations with NEO-FFI and a higher internal consistency. It is also verified that there are significant correlations between depressive symptoms and personality traits.

In this study we conclude that the HEXACO-60 is a potentially valuable tool for the application on the Portuguese population and there is evidence to suggesting the need for reformulation of the diagnosis of persistent depressive disorder. For future studies we suggest the statistical analysis with a larger sample, with the analysis of "expectation" variable and more robust inferential statistics.

## Índice

1.. Introdução .....	Página 1
2.. Método .....	Página 7
2.1. Participantes .....	Página 7
2.2. Instrumentos .....	Página 10
2.3. Procedimentos .....	Página 11
2.4. Análise de dados.....	Página 13
3.. Resultados.....	Página 14
4.. Discussão .....	Página 19
5.. Referências.....	Página 23
6.. Anexos .....	Página 26
Anexo A.....	Página 26
Anexo B.....	Página 28
Anexo C.....	Página 29

## Índice de Quadros

Quadro 1. Correlação de Pearson entre o HEXACO – 60 e o NEO-FFI-20 .....	Página 15
Quadro 2. Correlação de Pearson entre o PHQ-9 e o HEXACO-60 .....	Página 16
Quadro 3. Correlação de Pearson entre o PHQ-9 e o NEO-FFI-20 .....	Página 16
Quadro 4. Estatística Descritiva dos Grupos face à sintomatologia depressiva.....	Página 17
Quadro 5. Estatística Descritiva dos Grupos (HEXACO-60) .....	Página 18
Quadro 6. Estatística Descritiva dos Grupos (NEO-FFI-20).....	Página 19

## **Lista de Abreviaturas**

APA- American Psychiatric Association

IPIP- International Personality Item Pool

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FMUC- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

NEIO-FFI – NEO Five Factor Inventory

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

## 1. Introdução

A personalidade aparece inerentemente associada à noção de pessoa, sendo compreendida como uma unidade e propriedade que ultrapassa a realidade concreta, agindo como centro organizador que dirige as estruturas psicológicas (Martins, 2004), e refletindo a complexidade do seu funcionamento (Lima & Albuquerque, 2006). Devido a isto, a personalidade tem sido foco das mais diversas investigações ao longo dos anos, sendo classificada e agrupada consoante determinadas características que incluem ou excluem indivíduos com um diagnóstico patológico (Bashiri, Barahmand, Akabri, Ghamari & Vusugi, 2011). Assim, a personalidade, no que diz respeito à sua noção patológica, compreende um “padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo” tendo em conta a sua cultura, sendo de natureza inflexível, com início na adolescência, estável ao longo do tempo e origina mal-estar ou incapacidade nos vários contextos do indivíduo (APA, 2014).

A criação de instrumentos que avaliem as dimensões da personalidade remonta ao século XX existindo estudos que têm vindo a levantar questões referentes às estruturas que a compõem com o intuito de se obter um correto diagnóstico. Os instrumentos disponíveis englobam uma série de escalas, questionários, baterias e inventários, que variam tendo em conta o público a que se destinam, nomeadamente, crianças, adolescentes, adultos ou idosos, podendo ser de natureza projetiva ou de auto-relato. Vários estudos demonstram que a prática clínica é acompanhada maioritariamente por instrumentos cujo intuito é o de avaliar a personalidade (Noronha, 2000; citado por Noronha, Freitas, Sartori & Ottati, 2002) ou traços de personalidade nas suas cinco dimensões ou fatores (Blickle, 1996), permitindo operacionalizar e medir construtos que apresentem vulnerabilidades nas diferentes formas de psicopatologia (Ramklint & Ekselius, 2003).

A maior parte dos investigadores aceita que os domínios da personalidade podem ser sumariados em cinco dimensões conhecidas através do Modelo dos Cinco Fatores e através do Modelo dos Cinco Grande Fatores, sendo o primeiro operacionalizado no inventário de personalidade conhecido como NEO-FFI e NEO-PI-R e o segundo através do IPIP (Ashton & Lee, 2004). Esta concetualização tem sofrido algumas modificações após as incongruências detetadas aquando da replicação de estudos em diferentes línguas e na pouca replicabilidade das dimensões Intelecto e Honestidade que culminam na omissão de importantes variações da personalidade (Ashton & Lee, 2001). Apesar da grande aceitação

por parte dos investigadores relativamente às cinco dimensões apresentadas, os estudos de léxico realizados nos mais diversos idiomas (inglês, coreano, polaco, holandês, francês, alemão, húngaro, grego, entre outros) indicaram a necessidade de se estudar uma dimensão adicional (Roncero, Fornés & Belloch, 2013), demonstrando evidências para uma representação alternativa sobre a estrutura da personalidade (Ashton & Lee, 2007). Desta forma, surge o Modelo HEXACO (Ashton & Lee, 2004), sendo operacionalizado através do inventário de personalidade HEXACO que apresenta 6 dimensões: 1) Honestidade – Humildade; 2) Emoção; 3) Extroversão; 4) Atratividade vs Raiva; 5) Conscienciosidade e 6) Abertura à Experiência (Ashton & Lee, 2009). Segundo Ashton & Lee (2007) esta modificação nas estruturas da personalidade não surge como resultado de expansões à definição dos seus domínios, nem devido a alterações metodológicas utilizadas na avaliação das estruturas que a compõe, mas sim: (a) à análise dos mais diversos estudos no que respeita às suas estruturas verificando-se que mesmo em diversas línguas e culturas revelam-se pertinentes seis fatores, mas não mais que seis, correspondentes às apresentadas pelo HEXACO; (b) à discussão teórica da interpretabilidade das estruturas apresentadas quer pelo HEXACO quer pelo Modelo dos Cinco Fatores, e (c) evidências que o modelo dos 6 fatores apresentado pelo HEXACO acomoda muitos construtos importantes da personalidade que são apenas brevemente englobados no Modelo dos Cinco Fatores.

A replicação do estudo psicométrico do HEXACO nos mais diversos idiomas demonstrou propriedades psicométricas satisfatórias (Roncero, Fornés & Belloch, 2013), tendo valores de alfa que oscilam entre .89 na dimensão “Conscienciosidade” e .92 na dimensão “Honestidade-Humildade” (Roncero, Fornés & Belloch, 2013). Estes estudos permitiram verificar que a estrutura apresentada pelo HEXACO detém vantagens na sua dimensão adicional, Honestidade – Humildade, com .46 quando analisada comparativamente com o Modelo dos Cinco Fatores através do NEO-PI-R com a sua dimensão correspondente Agradabilidade com .26 (Ashton & Lee, 2005, citado por Ashton & Lee, 2008). Adicionalmente, verificou-se que tanto as dimensões como as subescalas que integram o teste tinham uma alta convergência interna e uma adequada validade convergente quando analisada com os seus domínios correspondentes ao Modelo dos Cinco Fatores (Lee e Ashton 2004, citados por Roncero Fornés & elloch., 2013) Para além disso, os autores, verificaram que as seis dimensões avaliadas pelo HEXACO demonstram consistentemente correlações mais elevadas nos mais variados critérios do que os

apresentados pelo Modelo dos Cinco Fatores referente ao teste de auto-resposta e ao de resposta dada por um observador externo (Ashton & Lee, 2008), tornando-se importante em situações em que a avaliação da personalidade possa ser desenvolvida através da perspectiva do próprio bem como da perspectiva de um observador externo (Roncero Fornés & Belloch, 2013). Complementarmente, Ashton e Lee (2004), constataram que as dimensões “Extroversão” e “Conscienciosidade” foram as que obtiveram maior validade convergente com  $r=.86$  e  $r=.83$ , respetivamente, e que a dimensão com menor validade convergente foi a “Abertura à experiência” aquando da comparação do HEXACO com o IPIP com  $r=.68$ . Este resultado, alusivo a esta dimensão, pode ser explicado, segundo os autores, devido à decisão dos próprios em excluir itens relacionados com perspectivas de inteligência sendo estes grandemente representados na dimensão “Intelecto” da IPIP. Ainda assim, as propriedades psicométricas das escalas contidas no teste demonstram resultados satisfatórios evidenciando que todas as escalas possuem altos níveis de consistência interna (Ashton & Lee, 2004).

Segundo Lima e Albuquerque (2006), o mais importante pressuposto das teorias atuais é o estudo dos traços, que se definem como unidades funcionais da personalidade e disposições cognitivo-dinâmicas gerais, que dirigem o comportamento. Assim, os traços funcionam como mecanismos autorreguladores que se autossustêm, prevendo os comportamentos mesmo sob um contexto que seja percebido pelo sujeito como tendo uma forte pressão situacional (Lima, 1997, citado por Lima & Albuquerque, 2006), podendo ser usados para resumir, prever e/ou explicar a conduta de um indivíduo por forma a considerar o contexto como explicação para o comportamento e não o próprio indivíduo (Silva & Oliveira, 2011). Desta forma, os traços de personalidade afiguram-se como características psicológicas que se apresentam como tendências relativamente estáveis influenciando os pensamentos, sentimentos e comportamentos como produto de interações do indivíduo com o seu contexto, caracterizando, contudo, possibilidades de mudança, não sendo imutáveis (Silva & Oliveira, 2007; citado por Silva & Nakano, 2011). Para Ramklint e Ekselius (2003), o contexto em que se encontra inserido a criança ou o adolescente influencia o desenvolvimento da personalidade, e dos seus traços, sendo que um contacto precoce com perturbações depressivas aumentam a probabilidade de afetar o desenvolvimento da personalidade nesse sentido.

O humor e as emoções descrevem estados emocionais ou sentimentos, correspondendo o primeiro a um conjunto interno de emoções proeminentes num indivíduo em determinado momento, sendo ativado por motivações internas e circunstâncias externas, e o segundo a um conjunto de manifestações externas e dinâmicas condizentes com o estado afetivo interno do sujeito, sendo, desta forma, observáveis, podendo ser incongruentes ou congruentes com o humor relatado (Trzepacz & Baker, 2001). Segundo Martins (2004), as emoções surgem como atividade cerebral, resultando de percepções relativas ao contexto assentes na vivência do indivíduo.

Beck (1964; citado por Beck, 1996) propôs que a ativação de certos esquemas cognitivos idiossincráticos se apresentam como principal problema na depressão tendo um papel primário no desenvolvimento de vários sintomas depressivos a um nível cognitivo, afetivo e comportamental. Contudo, a sua proposta inicial não era explicativa de certos fenómenos clínicos e descobertas científicas e para isso, o autor, apresenta dois novos conceitos: 1) a noção de traços de humor que consiste na interligação de setores da personalidade que estão designados a lidar com situações e problemas específicos, e 2) a noção de *cathexes* para explicar as flutuações de intensidade nas estruturas cognitivas, sendo aplicado a fenómenos de sensibilização, extinção e remissão, auxiliando nas flutuações entre mudanças normais ou patológicas nas observações clínicas de determinada perturbação (ansiedade, pânico ou depressão). Esta formulação da teoria dos traços de humor surge devido à sua dificuldade em interpretar e agrupar vários fenómenos psicológicos e psicopatológicos no modelo inicial de esquemas representado por: estímulo, esquema cognitivo, motivação, emoção e comportamento (Beck, 1996). Este modelo permite, segundo o autor, uma abrangente explicação da complexidade, previsibilidade, regularidade e a singularidade de reações normais e patológicas ou não normais, sendo, contudo, importante ter em consideração a complexidade que está para além deste modelo, tendo em conta a variedade e multiplicidade patente no conceito de personalidade.

As perturbações depressivas detêm uma característica comum: a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de modificações quer somáticas quer cognitivas que afetam de forma clinicamente significativa a capacidade de funcionamento do sujeito, diferindo entre os diversos diagnósticos questões relacionadas com a duração, *timing* ou etologia (APA, 2014). Dentro das perturbações depressivas apresenta-se a perturbação depressiva persistente que envolve alterações no afeto, cognição e funções

neurovegetativas, manifestando-se de uma forma mais crónica do que a depressão major (APA, 2014). É um distúrbio que devido ao seu início precoce e insidioso dificulta a atribuição de sintomas, pois tornam-se parte da experiência do quotidiano do indivíduo existindo maior probabilidade de haver co-morbilidades com perturbações da personalidade e com perturbações de uso de substâncias. Já no CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1993), a Distímia encontra-se presente no grupo dos distúrbios persistentes de humor (afetivos), sendo considerada uma depressão crónica de humor, que não preenche atualmente os critérios para uma perturbação depressiva recorrente de gravidade leve ou moderada, tendo como característica essencial de diagnóstico uma depressão de humor muito duradoura, que começa usualmente no início da vida adulta e dura vários anos, às vezes indefinidamente. Alguns investigadores têm questionado o diagnóstico correspondente à Perturbação Depressiva Persistente no que diz respeito à sua alteração para perturbações apresentadas no Eixo II. Segundo Ryder, Schuller e Bagby (2006) as dificuldades de diagnóstico estão relacionadas com questões ao nível de uma classificação apropriada que parte de saber se estes sintomas devem ser classificados como sendo um diagnóstico de perturbação de humor ou de uma perturbação da personalidade. Segundo os autores esta dificuldade surgiu aquando da introdução da Perturbação Distímica no Eixo I em vez de estar incluída no Eixo II e ser considerada uma perturbação de humor em vez de uma perturbação da personalidade depressiva. Angst (1998) refere que a distímia é central na compreensão de questões relacionadas com distúrbios psicológicos e que a dificuldade no seu diagnóstico está interligada com as comorbilidades a que esta perturbação se encontra associada, bem como ao facto de ser uma perturbação que tem um início precoce tornando-a difícil distinguir entre uma perturbação de humor ou uma perturbação do Eixo II.

Algumas investigações demonstraram a associação da personalidade depressiva com traços de personalidade específicos, nomeadamente: “evitação do dano” ou medo, introversão e autocriticismo, altas pontuações nas emoções negativas (Ryder, Schuller & Bagby, 2006) (neuroticismo) e baixas pontuações nas emoções positivas (extroversão), na abertura à experiência, no sentimento de esperança (Huprich & Frisch, 2004) e no perfeccionismo (Ryder, Schuller & Bagby, 2006). Na mesma linha de pensamento, Brown e Di Nardo (2001) concluíram que a distímia é a perturbação que apresenta menos fiabilidade aquando do diagnóstico, tendo existido pouca concordância entre os técnicos de

saúde (com  $k = .22$  sendo classificado como tendo pouca concordância quando obtido  $k < .40$ ). A pouca fiabilidade do diagnóstico é atribuída a causas como: 1) diferenças nas classificações e interpretações de gravidade e duração da sintomatologia apresentada; 2) desacordo relativamente à interferência da sintomatologia que permita satisfazer os critérios apresentados para o diagnóstico; 3) erro por parte do entrevistador que erroneamente inclui ou exclui sintomas importantes para a atribuição de um correto diagnóstico ou não obtém informação necessária para a atribuição do mesmo; 4) desacordo entre a causa que remete para a perturbação de humor; e 5) pouca clareza na exposição do DSM relativamente aos pontos de corte e critérios que providenciem uma direção clara aquando da realização de um diagnóstico diferencial (Brown & Di Nardo, 2001). Por forma a aumentar a fiabilidade associado às perturbações de humor, ficou definido que a base destes distúrbios assenta e opera num continuum em vez de ser classificado em categorias ou na presença ou ausência de sintomatologia (Brown & Di Nardo, 2001). Embora estes aprimoramentos tenham sido importantes na atribuição de um correto diagnóstico para as perturbações de humor, a dificuldade de diagnosticar tal perturbação surge do facto de existir pouca fiabilidade perante as categorias de diagnóstico, bem como, pouca fiabilidade nos critérios que implicam a mudança de diagnóstico, tendo estes sofrido modificações aquando das novas versões do DSM (Brown & Di Nardo, 2001). Com efeito, foi verificado que a maior dificuldade para a atribuição de um correto diagnóstico associado às perturbações de humor não se encontra diretamente relacionado com as divergências no que diz respeito à definição de sintomas, mas sim com as dificuldades na aplicação de um ponto de corte na categoria que remete para outro diagnóstico (Brown & Di Nardo, 2001). O estudo permitiu-lhes verificar que as perturbações de humor são as que maiores dificuldades apresentam no que diz respeito aos pontos de corte e que, no caso da distímia, a dificuldade do diagnóstico compreende a atribuição de outras perturbações de humor, tendo sido questionada a pertinência da manutenção desta perturbação no DMS-IV. Foi, também, perceptível que a Distímia apresenta uma maior fiabilidade quando analisada conjuntamente com a Depressão Major Crónica (Brown & Di Nardo, 2001), tendo sido as duas fundidas denominando-se, no DSM- V, de Perturbação Depressiva Persistente.

Atendendo à revisão de literatura e defendendo-se uma modificação no modelo estrutural da personalidade revela-se importante o estudo preliminar psicométrico do HEXACO na população Portuguesa. Revela-se, igualmente, importante a exploração de

traços de personalidade numa população clínica com diagnóstico de Perturbação Depressiva Persistente, com a utilização do instrumento HEXACO. Este estudo revela-se importante devido às dificuldades enunciadas acima aquando da atribuição de sintomatologia clínica associada ao diagnóstico de distímia.

## 2. Método

### 2.1. Participantes

Nesta secção apresentamos os participantes dos dois estudos realizados: o estudo preliminar das propriedades psicométricas da HEXACO-60 e o estudo dos traços de personalidade da população clínica com perturbação depressiva persistente. No estudo 1 (estudo preliminar das propriedades psicométricas da HEXACO-60) recolheu-se uma amostra de conveniência no Campus Universitário de Aveiro, na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis e na Empresa Ria Blades. Os critérios de exclusão dos participantes neste estudo era terem sintomas de humor deprimido nas 2 últimas semanas, tendo sido eliminados 15 participantes. Como critérios de inclusão: ter uma idade superior a 18 anos e inferior a 65 anos. Assim, o primeiro estudo, contou com uma amostra 166 participantes com 118 sujeitos do sexo feminino (71,1%) e 48 do sexo masculino (28,9%), com uma média de idades de 26.61 (Min=18; Max=57; DP=10.38). Relativamente à nacionalidade e ao estado civil dos participantes a maioria é portuguesa (97%) e solteira (78,3%). No que diz respeito às habilitações literárias 59% (n=98) têm o ensino superior, dos quais 35,5% pertence ao curso de Enfermagem, sendo que 95,2% (n=158) dos mesmos se encontra ativo, isto é, tem algum emprego e/ou é estudante. Nesta amostra apenas 3% se encontra a viver sozinho e 23,5% vivem com pais e irmãos. No que se refere à saúde física 57,2% avaliam-na como sendo “boa” e 62% avaliam a sua saúde psicológica de igual forma. Relativamente aos sintomas depressivos “ao longo da vida” 36,7% refere que já experienciou sintomatologia depressiva durante duas semanas ou mais, tendo esses episódios afetado a sua vida (23,5%). Contudo, 85,5% nunca mencionou esses episódios depressivos a um médico ou a um psicólogo (89,2%), sendo que 13,3% toma medicação devido a essa sintomatologia depressiva. No que diz respeito à idade do primeiro episódio depressivo observa-se uma média de idades de 22.32 (Min=9; Max=48; DP=9.11), sendo que 15,7% teve mais do que 2 episódios depressivos ao “longo da vida”.

Quanto ao estudo dos traços de personalidade na população com Perturbação Depressiva Persistente (estudo 2), dividiu-se os participantes em dois grupos: o grupo clínico e o grupo não clínico. Ao primeiro grupo correspondem os utentes que se apresentaram no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Infante D. Pedro, no Centro Hospitalar de Ovar e no Hospital Distrital de Águeda (Centro Hospitalar do Baixo Vouga) e numa consulta privada de psiquiatria. No âmbito da colaboração com FMUC foi, também possível, integrar pacientes distímicas que se apresentaram no CHUC. O grupo não clínico consistiu numa seleção da amostra do primeiro estudo, emparelhada com a amostra clínica pelas características sócio-demográficas. Os critérios de inclusão no grupo clínico foram: 1) um diagnóstico, realizado pelo psiquiatra de referência, de perturbação depressiva persistente; 2) ter sintomas depressivos há mais de 2 anos, podendo encontrar-se numa fase depressiva ou numa fase de maior equilíbrio e estabilidade emocional. Como critérios de exclusão: 1) foram excluídos pacientes que tenham duplo diagnóstico, 2) cujos sintomas depressivos tenham duração inferior a 2 anos, 3) que pertençam ao sexo masculino e 4) que tenham uma idade inferior a 18 anos e superior a 65 anos. Tendo em conta estes critérios, foram excluídos nove participantes do grupo clínico porque: dois tinham idade superior a 65 anos; dois não tiveram tempo para preencher o questionário até ao final; quatro eram sexo masculino e um tinha diagnóstico de perturbação de humor associada a um estado clínico geral.

Assim, o grupo clínico, contou com uma amostra 30 participantes todos do sexo feminino com uma média de idades de 48,33 (Min=24; Max=63; DP=10.23). Relativamente à nacionalidade e ao estado civil dos participantes toda a amostra é portuguesa e 66,7% é casada. No que diz respeito às habilitações literárias 26,7% (n=8) têm o ensino básico, 16,7%, o ensino secundário e 20% o ensino superior dos quais 16,7% pertence ao curso de Educação, sendo que 56,7% (n=17) dos mesmos se encontra ativo, isto é, tem algum emprego e/ou é estudante. Nesta amostra apenas 3,3% se encontra a viver sozinho, 33,3% vive com o companheiro/marido e 33,3% vivem com o marido e filhos. No que se refere à saúde física 43,3% avaliam-na como sendo “nem boa nem má” e 50% avaliam a sua saúde psicológica como “má”. Relativamente aos sintomas depressivos “ao longo da vida” 93,3% refere que já experienciou sintomatologia depressiva durante duas semanas ou mais, tendo esses episódios afetado a sua vida (90%). Apenas, 10% nunca mencionou esses episódios depressivos a um médico e 73,3% nunca mencionou esses

episódios a um psicólogo, sendo que 93,3% toma medicação devido a essa sintomatologia depressiva. No que diz respeito à idade do primeiro episódio depressivo observa-se uma média de idades de 30.19 (Min=16; Max=56; DP=12.21), sendo que 56,7% teve mais do que 2 episódios depressivos ao “longo da vida”.

Os participantes pertencentes ao grupo não clínico correspondem a uma amostra não clínica que afirmam não ter recebido diagnóstico de perturbação depressiva persistente. Relativamente ao grupo não clínico foram excluídos dez participantes porque: nove não tinha preenchido o questionário até ao final e um por não ter utilizado corretamente as opções de resposta apresentadas no questionário que invalidaram as respostas dadas. Desta forma, o grupo não clínico, contou com uma amostra 30 participantes todos do sexo feminino com uma média de idades de 41,23 (Min=23; Max=55; DP=9.63). Relativamente à nacionalidade e ao estado civil dos participantes a maioria é portuguesa (96,3%) e casada (53,3%). No que diz respeito às habilitações literárias 33,3% (n=10) têm o ensino básico, 10% o ensino pós-secundário e 26,7% o ensino superior dos quais 16,7% pertence ao curso de Psicologia, sendo que 83,3% (n=25) dos mesmos se encontra ativo, isto é, tem algum emprego e/ou é estudante. Nesta amostra apenas 3% se encontra a viver sozinho e 43,3% vivem com o marido e filhos. No que se refere à saúde física 56,7% avaliam-na como sendo “boa” e 50% avaliam a sua saúde psicológica de igual forma. Relativamente aos sintomas depressivos “ao longo da vida” 60% refere que já experienciou sintomatologia depressiva durante duas semanas ou mais, tendo esses episódios afetado a sua vida (50%). Contudo, 66,7% nunca mencionou esses episódios depressivos a um médico ou a um psicólogo (80%), sendo que 33,3% toma medicação devido a essa sintomatologia depressiva. No que diz respeito à idade do primeiro episódio depressivo observa-se uma média de idades de 30.44 (Min=14; Max=48; DP=11.60), sendo que 40% teve mais do que 2 episódios depressivos ao “longo da vida”.

Assim, o presente estudo contou com a participação de um total de 196 participantes, correspondendo 30 participantes ao grupo clínico e 166 participantes correspondentes aos primeiro estudo, tendo sido recolhidos desta amostra 30 sujeitos que foram emparelhados com os indivíduos do estudo 2.

## 2.2. Instrumentos

Todos os participantes responderam voluntariamente a um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, e aos seguintes instrumentos de avaliação: a) a versão Portuguesa do HEXACO – 60 em estudo neste trabalho (HEXACO - 60 Lee & Ashton, 2004) b) PHQ-9, denominado Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; versão Portuguesa: Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013) e c) NEO-FFI, denominado NEO Five – Factor Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae, 2004; versão Portuguesa: Bertoquini & Pais Ribeiro, 2005).

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica permitiu recolher dados sobre a idade, escolaridade, estado civil, situação profissional, nacionalidade e auxiliou na caracterização e na identificação de sintomas depressivos. Neste questionário estavam salientes os aspetos contidos no consentimento informado, nomeadamente, os referentes à confidencialidade e ao anonimato das respostas dadas.

O HEXACO – 60 é uma escala de autoresposta concebida para medir seis dimensões da personalidade tendo os itens sido selecionados através de *sets* de dez itens correspondentes ao HEXACO-100 de forma a que cada uma das seis dimensões e, por conseguinte as suas quatro subescalas, fosse representada por 2 ou 3 itens (Ashton & Lee, 2009). Os autores propõem a adição de uma nova dimensão – Honestidade/Humildade – mudando o paradigma aceite referente ao conceito de personalidade. O questionário é constituído por seis dimensões que se dividem em 4 subescalas cada um, correspondendo à dimensão (a) Honestidade – Humildade as subescalas: Sinceridade (itens 6, 30 e 54); Equidade (itens 12, 36 e 60); Afastamento da Ganância (itens 18 e 42) e Modéstia (itens 24 e 48); à dimensão (b) Emoção as subescalas: Medo (itens 5, 29 e 53); Ansiedade (itens 11 e 35); Dependência (itens 17 e 41) e Sentimentalismo (itens 23, 47 e 59); à dimensão (c) Extroversão as subescalas: Auto Estima Social (itens 4, 28 e 52); Ousadia Social (itens 10, 34 e 58); Sociabilidade (itens 16 e 40) e Vivacidade (itens 22 e 46); à dimensão (d) Atratividade as subescalas: Perdão (itens 3 e 27); Ternura (itens 9, 33 e 51); Flexibilidade (itens 15, 39 e 57) e Paciência (itens 21 e 45); à dimensão (e) Conscienciosidade as subescalas: Organização (itens 2 e 26); Diligência (itens 8 e 32); Perfeccionismo (itens 14, 38 e 50) e Prudência (itens 20, 44 e 56); e à dimensão (f) Abertura à Experiência as subescalas: Apreciação Estética (itens 1 e 25); Curiosidade (itens 7 e 31); Criatividade (itens 13, 37 e 49) e Não Convencional (itens 19, 43 e 55) (Ashton & Lee, 2009). Os itens

são avaliados por uma escala de cinco pontos (em que “1” é discordo fortemente e “5” concordo fortemente) (Ashton & Lee, 2009). Relativamente à consistência interna do instrumento, o estudo original encontrou valores entre .73 e .80 (Ashton & Lee, 2009), tendo o alfa de *Cronbach* tido um valor de  $\alpha=.79$  neste estudo.

O NEO – FFI é um teste de autorrelato criado de forma idêntica à sua versão original, tendo sido selecionados itens do NEO-PI-R de cada dimensão com as correlações mais elevadas (Magalhães et al., 2014). O questionário é constituído por cinco dimensões denominadas de Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade, variando o alfa de *Cronbach* entre .70 a .86, e os itens são avaliados usando uma escala tipo *Likert* de cinco pontos que assinala o nível de concordância do sujeito para com a afirmação, correspondendo o “0” a discordo fortemente e o “4” a concordo fortemente (Bertoni & Pais Ribeiro, 2006). Relativamente à sua consistência interna, neste estudo, o instrumento demonstrou uma fidelidade inferior com  $\alpha=.64<.70$ .

Já o PHQ-9 é um instrumento que tem como objetivo o rastreio, diagnóstico e monitorização que mede a gravidade da depressão, sendo breve, útil e de auto resposta. Este incorpora os critérios depressivos definidos pelo DSM-IV. A questão 9 do instrumento permite avaliar a presença e duração da ideação suicida e a última permite analisar o grau de incapacidade que a depressão tem causado nos níveis de funcionamento do paciente. Os critérios associados à sintomatologia são avaliados segundo uma escala de 4 pontos que assinala o nível de concordância do sujeito para com a sintomatologia correspondente, estando associado o “0” a nunca, o “1” a vários dias, o “2” a mais do que metade dos dias e o “3” a quase todos os dias. A pontuação obtida no teste pode variar de 0 a 27, sendo que quanto maior for a pontuação obtida maior é a gravidade dos sintomas. Relativamente à consistência interna, a versão Portuguesa revelou um alfa de *Cronbach* de .87 numa amostra não clínica (Morgadinho, 2012), próximo do valor encontrado no estudo original, de .89 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), revelando adequada fidelidade portuguesa. Neste estudo também revelou equivalente fidelidade com  $\alpha=.88$ .

### **2.3. Procedimento**

Nesta secção pretende-se apresentar e descrever o processo de investigação desenvolvido na realização dos dois estudos. Conforme apresentado acima, existem evidências científicas para se considerar pertinente o estudo dos traços de personalidade na

Perturbação Depressiva Persistente, sendo necessária mais investigação nesta área que possibilite verificar e testar hipóteses científicas. Assim, considerámos pertinente o estudo dos traços de personalidade face a dois grupos de participantes (clínico e não clínico), tendo como auxílio um instrumento inovador no que concerne à avaliação da personalidade, suas dimensões e suas subescalas. Desta forma, para a concretização do presente estudo, foi necessário pedir-se autorização à entidade responsável na qual foi recolhida a amostra clínica presente no estudo 2, ou seja, ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Baixo Vouga, bem como uma autorização formal por parte do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro. Foi, também, solicitada e obtida a autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação.

A recolha de dados foi realizada através do preenchimento dos instrumentos de avaliação psicológica e através da recolha dos dados demográficos que permitiu realizar uma caracterização sociodemográfica à população pertencente a ambos os estudos. O preenchimento dos questionários de avaliação teve uma duração média de 30 minutos. Em seguida, da base dados, foram selecionados apenas os casos não clínicos (n=166), que compreendiam os critérios de inclusão, para se estudarem as propriedades psicométricas do HEXACO-60. Posteriormente, os participantes, foram emparelhados, tendo em conta as características sociodemográficas (idade, estado civil, estado profissional e habilitações literárias). Desta forma, 30 participantes que estavam integrados na população não clínica foram emparelhados com 30 participantes com diagnóstico de perturbação depressiva persistente, para se poderem avaliar os traços de personalidade entre os grupos. Para se poderem avaliar esses traços nos diferentes grupos, para além do questionário sociodemográfico, foram aplicados o HEXACO – 60, o NEO-FFI-20 e o PHQ – 9. Assim o estudo dos traços de personalidade contou com uma amostra de 60 participantes. Para finalizar, foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics Versão 22 para se realizar a análise estatística e se estudar as hipóteses em estudo (h1: existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos traços de personalidade e sintomatologia depressiva entre os grupos).

O processo de investigação teve patente os princípios éticos e deontológicos quer na análise dos resultados, no estabelecimento e na divulgação de conclusões. Assim, o presente estudo teve em consideração as indicações da APA (2010) e da Ordem dos

Psicólogos Portugueses (Regulamento n.º 258/2011 de 20 de Abril de 2011), salvaguardando, acima de tudo, o bem-estar dos participantes ao longo da investigação, sendo: a) pedido as diferentes autorizações e apreciações aos conselhos científicos responsáveis figurados acima; b) explicado a todos os participantes que a sua participação no estudo era de natureza voluntária garantindo a confidencialidade dos dados pessoais dos participantes; c) recolhido apenas a informação relevante para se estudarem as variáveis que serviram os objetivos e os propósitos da investigação; e d) os resultados foram expostos de forma clara, precisa e objetiva, sem ocultar os dados que fossem contra as hipóteses iniciais.

#### **2.4 Análise de dados**

A análise de dados foi realizada através do programa SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL), versão 22. Os dados foram sujeitos a análises estatísticas descritivas (frequências, médias, desvios-padrão e percentagens). Visto os dados seguirem uma distribuição normal optou-se pela utilização de testes paramétricos. Inicialmente para se estudar preliminarmente as propriedades psicométricas do HEXACO realizou-se uma análise fatorial para se estudarem os fatores e componentes bem como verificar se o pressuposto de KMO era cumprido. Realizou-se um teste de confiabilidade para se estudar a consistência interna dos instrumentos em estudo bem como das suas subescalas. Para terminar o estudo estatístico preliminar do HEXACO realizou-se uma correlação de Pearson para ver como se encontravam relacionadas as dimensões do HEXACO comparativamente com as do NEO-FFI, bem como uma correlação de Pearson para verificar como se encontravam relacionados os sintomas depressivos avaliados pelo PHQ-9 quer com o instrumento de medida HEXACO-60 quer com o NEO-FFI-20. Para além destes testes estatísticos, para se estudar os traços de personalidade, utilizou-se um teste-t no PHQ9 para confirmar as diferenças sintomatológicas entre os dois grupos em estudo (clínico vs. não clínico) bem como um teste-t no HEXACO-60 e no NEO-FFI-20 para se estudarem as diferenças entre os grupos no que concerne aos traços de personalidade, comparativamente com a sintomatologia depressiva avaliada pelo PHQ-9.

### 3. Resultados

#### *Análise Fatorial*

A análise fatorial foi estudada em 60 itens utilizando-se para isso a rotação varimax. O teste de KMO permitiu verificar que a amostra foi adequada para se proceder a uma correta análise ( $KMO=.65 > .50$ ), contudo, quando avaliados individualmente alguns dos itens não vão de encontro a esse pressuposto. Foi realizada, também, uma análise para se verificar os componentes presentes no instrumento verificando-se que dezanove fatores apresentaram *eigenvalues* superiores a 1 correspondentes ao critério proposto por Kaiser, sendo que em conjunto, esses fatores, explicam 68.78% da variância. Desses dezanove fatores foram encontrados dez tendo em conta os valores máximos encontrados para cada item correspondentes a cada fator/componente, no entanto, optou-se por analisar as dimensões da personalidade e suas subescalas tendo em conta a versão alongada do instrumento (HEXACO-PI-R), assim como no estudo original de Ashton e Lee (2009). O item 30 do instrumento apresentou *loadings* com valores inferiores ao ponto de corte utilizado (.30) em todos os fatores encontrados pelo que se sugere que esta questão seja eliminada.

#### *Consistência Interna*

O instrumento demonstra valores adequados do alfa de *Cronbach*, tendo este um valor de  $\alpha=.79$ , demonstrando bons valores de fidelidade. No que diz respeito às suas subescalas, podem verificar-se valores inferiores aos aceitáveis (com  $\alpha<.70$ ), mas no que diz respeito às seis dimensões avaliadas pelo HEXACO estas encontram-se com valores de alfa que variam entre .68 a .82. No estudo original da escala, os valores de alfa para as dimensões variaram entre .77 a .80 para a amostra universitária e .73 a .80 para a comunidade. Relativamente à consistência interna do NEO-FFI-20 este apresenta valores de fidelidade menos adequados nas amostras estudadas, com  $\alpha=.64$ , tendo as cinco dimensões analisadas valores que variam entre .63 a .81. Já o PHQ9 apresenta valores adequados de fidelidade com  $\alpha=.88$ .

### **Correlação do HEXACO-60 com o NEO-FFI-20**

O quadro 1 demonstra as correlações entre as dimensões da HEXACO-60 com as dimensões do NEO-FFI-20. As correlações com valores mais elevados entre o HEXACO – 60 e o NEO-FFI-20 verificaram-se entre as dimensões “Extroversão” ( $r=.56$ ), “Conscienciosidade” ( $r=.57$ ) e “Abertura à Experiência” ( $r=.75$ ) correspondentes a cada instrumento utilizado. É possível observar-se, também, algumas correlações negativas significativas entre as escalas “Humildade-Honestidade” e “Extroversão” do HEXACO e o “Neuroticismo” do NEO-FFI.

**Quadro 1.** Correlação de Pearson entre o HEXACO-60 e o NEO-FFI-20.

Dimensões do HEXACO - 60	Dimensões do NEO-FFI-20				
	Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
Humildade-Honestidade	$r= -.150^*$	$r= .008$	$r= .021$	$r= .266^{**}$	$r= .202^*$
.Emoção	$r= .097$	$r= .080$	$r= .060$	$r= .406^{**}$	$r= .089$
Extroversão	$r= -.541^{**}$	$r= .557^{**}$	$r= .182$	$r= .271^{**}$	$r= .378^{**}$
Atratibilidade	$r= -.179$	$r= .016$	$r= .052$	$r= .341^{**}$	$r= -.006$
Conscienciosidade	$r= -.119$	$r= .206^*$	$r= .281^{**}$	$r= .226^*$	$r= .572^{**}$
Abertura à Experiência	$r= -.114$	$r= .324^{**}$	$r= .745^{**}$	$r= .215^*$	$r= .299^{**}$

*r*: Correlação de Pearson,  $^{**}p<.001$ ,  $^*p<.05$

### **Correlação do PHQ-9 com o HEXACO-60**

O quadro 2 demonstra as correlações entre as dimensões da HEXACO-60 com a sintomatologia de humor depressivo do PHQ-9. Verificam-se correlações negativas significativas entre as dimensões “Extroversão” e “Abertura à Experiência”, bem como entre as subescalas: “Auto Estima Social”, “Vivacidade”, “Paciência”, “Apreciação Estética”, “Não Convencional” e “Curiosidade” do HEXACO-60 e a sintomatologia depressiva do PHQ-9. Para além destas, o PHQ-9 apresenta uma correlação positiva significativa com a subescala “Dependência” do HEXACO -60 (quadro 2).

**Quadro 2.** *Correlação de Pearson entre o PHQ-9 e o HEXACO-60.*

Dimensões e Subescalas do HEXACO - 60	PHQ-9
Dimensão Extroversão	r= -.50**
Dimensão Abertura à Experiência	r= -.32**
Subescala Dependência	r= .38*
Subescala Auto Estima Social	r= -.49**
Subescala Vivacidade	r= -.59**
Subescala Paciência	r= -.43**
Subescala Apreciação Estética	r= -.33***
Subescala Curiosidade	r= -.28*
Subescala Não Convencional	r= -.37*

r: *Correlação de Pearson*, \*p<.05, \*\*p<.001, \*\*\*p<.01

### **Correlação do PHQ-9 com o NEO-FFI-20**

O quadro 3 demonstra as correlações entre as dimensões do NEO-FFI-20 com a sintomatologia de humor depressivo do PHQ-9. Verificam-se duas correlações significativas entre a sintomatologia depressiva avaliada pelo PHQ-9 e as dimensões do NEO-FFI-20, sendo uma correlação negativa e outra positiva com as dimensões “Extroversão” e “Neuroticismo”, respetivamente (quadro 3).

**Quadro 3.** *Correlação de Pearson entre o PHQ-9 e o NEO-FFI-20.*

Dimensões do NEO-FFI-20	PHQ-9
Dimensão Extroversão	r= -.43*
Dimensão Neuroticismo	r= .62*

r: *Correlação de Pearson*, \*p<.001

### **Teste-t: Estudo de Amostras Independentes no PHQ9**

Para se estudar os traços de personalidade presente nas pacientes com perturbação depressiva persistente aplicou-se o t-teste no PHQ9 e verificou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa quanto à presença de sintomatologia depressiva entre os dois grupos em estudo, com uma média de 5.80 para o grupo não clínico e M=13.33 para o grupo clínico (t(58)= -4.987, p<.001). Observa-se que os dois grupos em estudo (clínico e não clínico) diferem, portanto, entre si no que diz respeito à sintomatologia depressiva,

com o grupo clínico a apresentar uma média significativamente superior de sintomatologia depressiva do que o não clínico (quadro 4).

**Quadro 4.** *Estatística descritiva dos grupos*

PHQ9	N	M	DP	t
Não Clínico	30	5.80	4.985	-4.99*
Clínico	30	13.33	6.604	

*N: número da amostra, M: média, DP: Desvio-Padrão; t: teste-t; \*p<.001*

**Teste-t: Estudo de Amostras Independentes no HEXACO-60**

A análise dos traços de personalidade avaliada pelo HEXACO-60 foi realizada, igualmente, através de um teste t para amostras independentes, que permitiu observar que existem algumas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito aos dois grupos em estudo, com uma média de 7.60 para o grupo não clínico e M=6.03 para o grupo clínico na subescala “Ansiedade” ( $t(58)= 4.215, p<.001$ ). No que diz respeito à dimensão “Extroversão”, verifica-se, de igual forma, diferenças estatisticamente significativas com uma média de 32.93 para o grupo não clínico e M=28.60 para o grupo clínico ( $t(58)= 3.151, p<.005$ ). A análise permitiu, também, verificar diferenças significativas nas subescalas: “Auto-Estima Social” ( $t(58)= 3.673, p<.001$ ) com uma média de 10.77 para o grupo não clínico e M=8.87 para o grupo clínico; “Vivacidade” ( $t(58)=4.285, p<.001$ ) com uma média de 6.57 para o grupo não clínico e M=4.73 para o grupo clínico; “Paciência” ( $t(58)=4.643, p<.001$ ) com M= 8.43 para o grupo não clínico e M=6.37 para o grupo clínico; e “Flexibilidade” ( $t(58)=-5.168, p<.001$ ) com M=6.53 para o grupo não clínico e M=9.27 para o grupo clínico do HEXACO-60 (quadro 5).

Observa-se que os dois grupos em estudo (clínico e não clínico) diferem, portanto, entre si no que diz respeito aos traços de personalidade, nas dimensões e subescalas referidas acima, com o grupo clínico a apresentar uma média significativamente inferior do que o grupo não clínico, exceto quando analisada a subescala “Flexibilidade” apresentando uma média significativamente superior. Nas demais subescalas e dimensões avaliadas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente aos traços de personalidade.

**Quadro 5. Estatística descritiva dos grupos (HEXACO-60)**

Traços de Personalidade HEXACO	Não Clínico		Clínico		t
	M	DP	M	DP	
Domínio Extroversão	32.93	5.533	28.60	5.110	3.151**
Subescala Ansiedade	7.60	1.714	6.03	1.098	4.215*
Subescala Auto-Estima Social	10.77	1.995	8.87	2.013	3.673*
Subescala Vivacidade	6.57	1.832	4.73	1.461	4.285*
Subescala Paciência	8.43	1.813	6.37	1.629	4.643*
Subescala Flexibilidade	6.53	2.080	9.27	2.016	-5.168*

*M: média, DP: Desvio-Padrão; t: teste-t; \*p<.001; \*\*p<.05*

#### ***Teste-t: Estudo de Amostras Independentes no NEO-FFI-20***

Foi utilizado um teste-t para amostras independentes para se proceder à análise dos traços de personalidade do instrumento de medida NEO-FFI-20, que permitiu observar algumas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito aos dois grupos em estudo, relativamente às dimensões: “Neuroticismo” com uma média de 6.53 para o grupo não clínico e com M=10.03 para o grupo clínico ( $t(58)=-4.322$ ,  $p<.001$ ) e “Conscienciosidade” com M=9.27 para o grupo não clínico e com M=11.63 para o grupo clínico ( $t(58)=-3.540$ ,  $p<.001$ ) relativos ao NEO-FFI-20 (quadro 6). A variável independente corresponde o Grupo (Clínico vs. Não clínico), sendo que às variáveis dependentes correspondem as dimensões e subescalas do NEO-FFI-20.

Observa-se que os dois grupos em estudo (clínico e não clínico) diferem, portanto, entre si no que diz respeito aos traços de personalidade, nas dimensões referidas acima, com o grupo clínico a apresentar uma média significativamente superior do que o grupo não clínico. Nas demais subescalas e dimensões avaliadas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente aos traços de personalidade.

**Quadro 6.** Estatística descritiva dos grupos (NEO-FFI-20)

Traços de Personalidade	Não Clínico		Clínico		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
NEO-FFI						
Domínio Neuroticismo	6.53	3.627	10.03	2.553	-4.322	p<.001
Domínio Conscienciosidade	9.27	3.362	11.63	1.450	-3.540	p<.001

M: média, DP: Desvio-Padrão; t: teste-t

#### 4. Discussão

Apesar de esta análise ser ainda muito preliminar no que diz respeito ao estudo psicométrico do instrumento de avaliação da personalidade HEXACO-60, a análise estatística realizada ao instrumento demonstrou que este possui propriedades psicométricas adequadas revelando-se um instrumento apropriado para se avaliar os construtos da personalidade. Embora as suas subescalas tenham valores de alfa inferiores a .70 é necessário ter-se em linha de conta o instrumento utilizado, sendo que para testes de personalidade valores inferiores a estes são considerados expectáveis visto ser avaliada uma dimensão complexa de construtos (Field, 2013). Para além disto, o número total de itens a ser analisado influencia o valor de alfa, sendo que a valores mais elevados de alfa corresponde um maior número de itens, o que possibilita um elevado valor de consistência interna não devido à sua fidelidade, mas devido ao elevado número de itens analisados (Field, 2013), pelo que se deve ter em consideração que as subescalas apenas avaliam entre 2 a 3 itens cada. A consistência interna foi superior ao teste de personalidade NEO-FFI-20 que apresentou valores de alfa inferiores a .70 em todas as suas dimensões, exceto na dimensão “Conscienciosidade” com  $\alpha=.81$ . A análise fatorial realizada ao instrumento vai de encontro à versão inglesa tendo encontrado dez fatores embora quando analisados individualmente nem todos tenham tido *loadings* superiores a .30. Atendendo a que o item 30 não ter pontuou em nenhum dos fatores encontrados questiona-se a relevância deste item e a sua manutenção no instrumento em estudo. Apesar disso e uma vez que a análise da consistência interna se demonstrou satisfatória não se eliminou qualquer item.

A correlação das seis dimensões do HEXACO-60 com as cinco dimensões apresentadas pelo NEO-FFI-20 foram de encontro aos resultados esperados e descritos na versão inglesa (Ashton & Lee, 2009), verificando-se correlações positivas mais elevadas

com os domínios correspondentes às dimensões “Extroversão”, “Conscienciosidade” e “Abertura à “Experiência” de cada um dos instrumentos, e verificando-se correlações significativas entre todos os domínios da NEO-FFI-20 e a HEXACO-60. Estes resultados demonstram que o HEXACO-60 tem a capacidade de avaliar as dimensões da personalidade avaliadas pelo NEO-FFI-20, demonstrando ser um instrumento mais preciso na sua avaliação, visto apresentar uma sexta dimensão. A análise estatística efetuada demonstrou propriedades psicométricas satisfatórias do HEXACO e permitiu verificar que a estrutura apresentada pelo novo modelo estrutural da personalidade detém vantagens na sua dimensão adicional, “Honestidade – Humildade”, com .75 quando analisada comparativamente com o Modelo dos Cinco Fatores através do NEO-FFI-20 com a sua dimensão correspondente “Amabilidade” com .65, o que vai de encontro ao estudo da versão inglesa. Adicionalmente, verificou-se que tanto as dimensões como as subescalas que integram o teste tinham uma alta convergência interna e uma adequada validade convergente quando analisada com os seus domínios correspondentes ao Modelo dos Cinco Fatores.

Uma vez analisada a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas do HEXACO-60 analisaram-se os traços de personalidade entre um grupo sem diagnóstico com um grupo com diagnóstico de perturbação depressiva persistente para se verificar se existiam diferenças a nível dos traços de personalidade entre os dois grupos. Depois de confirmada a presença de maior sintomatologia depressiva significativa no grupo clínico, diagnosticado com Perturbação Depressiva Persistente através do instrumento de avaliação PHQ-9, que confirma a hipótese de que existem diferenças significativas relativamente à sintomatologia de humor depressivo dos participantes entre os diferentes grupos, analisou-se a correlação entre a sintomatologia de humor depressivo avaliado pelo PHQ-9 e os traços de personalidade avaliados pelo HEXACO-60 demonstrando que para níveis elevados de sintomatologia de humor depressivo estão associados traços de personalidade mais marcados de “Dependência”, bem como para níveis inferiores de sintomatologia depressiva estão associados traços de personalidade menos marcados nos seguintes traços: nas dimensões “Abertura à Experiência” e “Extroversão” e nas subescalas “Auto Estima Social”, “Vivacidade”, “Paciência”, “Apreciação Estética”, “Não Convencional” e “Curiosidade”. Quando analisada a correlação entre os sintomas depressivos e os traços de personalidade avaliados pelo NEO-FFI-20 verifica-se que para níveis mais elevados de

sintomatologia depressiva estão associados traços de personalidade mais marcados de “Neuroticismo” e que níveis inferiores de sintomatologia depressiva correspondem a traços de personalidade menos marcados na dimensão “Extroversão” do NEO-FFI-20. Estes dados vão de encontro ao estudo de Ryder, Shuller e Bagby (2006), que determinam que os traços específicos de personalidade associados a sintomas de humor depressivo são: baixas pontuações na extroversão, perfeccionismo, sentimento de esperança, abertura à experiência e altas pontuações de sintomas de humor depressivo no neuroticismo e medo.

Foram verificadas, de igual forma, as diferenças estatisticamente significativas entre o grupo clínico e o grupo não clínico em cinco subescalas e uma dimensão da HEXACO-60 e em duas dimensões equivalentes do NEO-FFI-20. Uma explicação para esse resultado pode dever-se ao facto de existirem evidências que o modelo dos seis fatores apresentado pelo HEXACO acomoda muitos construtos importantes da personalidade que são apenas brevemente englobados no Modelo dos Cinco Fatores (Ashton & Lee, 2009). Os resultados demonstram que pacientes com Perturbação Depressiva Persistente têm pontuações significativamente mais baixas na dimensão “Extroversão” e nas subescalas: “Ansiedade”, “Auto Estima Social”, “Vivacidade” e “Paciência” do HEXACO e pontuações significativamente superiores nas dimensões “Neuroticismo” e “Conscienciosidade” do NEO-FFI-20 e na subescala “Flexibilidade” do HEXACO-60 indicador de que estas pacientes são menos extrovertidas, são menos ansiosas, têm uma menor auto estima social, têm menos vitalidade, são menos pacientes e contrariamente são mais neuróticas, mais cuidadosas e meticulosas e mais flexíveis que os sujeitos que não apresentam este diagnóstico. Estes dados vão de encontro ao referido na literatura pelos autores Huprich e Frisch (2004), que determinam que a caracterização da Perturbação da Personalidade Depressiva corresponde a baixas pontuações de auto-estima, sentimentos de desânimo, tristeza e infelicidade e a pontuações elevadas de neuroticismo correspondente a afeto negativo e ansiedade. Nesta análise o único resultado que não vai de encontro ao referido pela literatura é o facto das pacientes com Perturbação Depressiva Persistente terem pontuações significativamente inferiores no que diz respeito à subescala “Ansiedade”. Apesar disso, existem algumas possibilidades de interpretação nomeadamente esta pontuação pode dever-se ao facto de estas pacientes acreditarem que independentemente dos seus esforços têm poucas hipóteses de sucesso, não sendo capazes de gerar soluções alternativas aquando de desfechos negativos (Huprich & Frich, 2004)

fazendo com que, muitas vezes, não experimentem novas situações que poderia colocar em causa a sua capacidade de sucesso, diminuindo assim a sua ansiedade face ao grupo não clínico que aceita novos desafios aumentando a sua ansiedade. Contudo, estudos posteriores devem incluir na sua análise esta variável (expectativa de sucesso) com outras, para se verificar esta possível interpretação.

O facto de apenas algumas subescalas e dimensões de ambos os instrumentos se demonstrarem significativos no que diz respeito ao estudo dos traços em ambos os grupos, faz-nos rejeitar a  $H_0$  e aceitar a  $H_1$ , existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente aos traços de personalidade. O que dá suporte ao que autores como Angst (1996), Huprich e Frisch (2004) e Ryder e colaboradores (2006) defendem, argumentando que a Perturbação Depressiva Persistente ou Distímia deveria ser um quadro diagnóstico das Perturbações de Personalidade. Assim, atendendo aos resultados, a personalidade depressiva, neste estudo, é caracterizada por pontuações elevadas de neuroticismo, conscienciosidade e flexibilidade e por baixas pontuações na extroversão, ansiedade, auto estima social, vivacidade e paciência.

Este estudo vem contribuir, ainda que forma preliminar, com a afirmação de um instrumento válido de avaliação da Personalidade, que se apresenta como uma mais valia relativamente aos instrumentos disponíveis até ao momento e vem contribuir para o suporte da validade do modelo dos seis fatores no estudo da personalidade e na aceitação válida da reestruturação do modelo conhecido até então. De igual forma, o presente estudo, possibilita: 1) a descrição dos traços de personalidade presentes na perturbação depressiva persistente, 2) a aceitação de uma modificação no diagnóstico da Perturbação Depressiva Persistente enquadrando-a nas Perturbações de Personalidade, 3) numa avaliação, diagnóstico e intervenção clínica da Distímia que deve ser repensada, atendendo à ligação dos traços de personalidade que parece estar relacionado com a sintomatologia e 4) na revisão da forma de classificação do diagnóstico da perturbação depressiva persistente pode contribuir para a melhoria da intervenção nesta sintomatologia, com a adoção de intervenções mais dirigidas à flexibilização dos traços de personalidade.

Estudos futuros devem, para além do já anteriormente referido, aumentar o número da amostra da população clínica em estudo (que neste trabalho foi de apenas  $n=30$ ) e utilizar estatísticas inferenciais mais robustas como a MANOVA, tendo em conta estarmos perante uma variável independente com 2 níveis (clínico vs. não clínico) e serem avaliadas

inúmeras variáveis dependentes (traços de personalidade). Apesar de sabermos que a utilização do test t de student pode ser uma limitação neste estudo, sendo mais apropriado a utilização da MANOVA, o facto das hipóteses estarem definidas de forma clara à partida, diminui os riscos associados às várias análises de testes t de student realizadas.

## 5. Referências:

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ª ed). Lisboa: Climepsi.
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ª ed). Washington (DC): American Psychological Association
- Angst, J. (1998). Dysthymia and personality. *Psychiatry*, 13, 188-97.
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2001). A theoretical basis for the major dimensions of personality. *European Journal of Personality*, 15, 327-353.
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2004). Psychometric properties of the HEXACO personality inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 39(2), 329-358.
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2007). Empirical, theoretical and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. Ontario (Canada): *SAGE publications*.
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2008). The prediction of honesty-humility – related criteria by the HEXACO and five –factor models of personality. *Journal of Research in Personality*, 42, 1216-1228.
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2009). The HEXACO – 60: A short measure of the major dimensions of personality. *Personality Assessment*, 91(4), 340-345.
- Bashiri, H., Barahmand, U., Akabri, S., Ghamari, H., & Vusugi, A. (2011). A study of the psychometric properties and the standardization of hexaco personality inventory. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 30, 1173-1176.
- Beck, A. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology (pp.1-25). In Salkovskis (s.ed). *Frontiers of cognitive therapy*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Bertoquini, V., & Pais Ribeiro, J., L. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do modelo dos cinco fatores da personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.

- Blickle, G. (1996). Personality traits, learning strategies and performance. *European Journal of Personality*, 10, 337-352.
- Brown, T., & Di Nardo, P. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 49-58.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. (4ª ed). California: SAGE.
- Huprich, S., K., & Frisch, M., B. (2004). The Depressive Personality Disorder Inventory and its relationship to quality of life, hopefulness and optimism. *Journal of personality assessment*, 83(1), 22-28.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Lima, M., & Albuquerque, I. (2006). Personalidade na idade adulta: O contributo dos projetos pessoais. *Psicologia, educação e cultura*, 10(2), 245-266.
- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A-J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P., & Lima, M. P. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in portuguese context. *Psychological Assessment*, 27(4), 642-647.
- Martins, L. (2004). A natureza histórico-social da personalidade. *Educação & Sociedade*, 24(2), 82-99.
- Morgadinho, R. S. (2012). *A doença oncológica nos jovens adultos portugueses: Um estudo com alunos do ensino superior* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Portugal). Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/9343/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Noronha, A., Freitas, F., Sartori, F., & Ottati, F. (2002). Informações contidas nos manuais de testes de personalidade. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 143-149.
- Organização Mundial de Saúde (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Brasil: Artes Médicas Sul LTDA.
- Ramklint, M., & Ekselius, L. (2003). Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *Affective Disorders*, 75, 35-42.

- Roncero, M., Fornés, G., & Belloch, A. (2013). HEXACO: Una nueva aproximación a la evaluación de la personalidad en español. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3(12), 205-217.
- Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Bagby, R. M. (2006). Depressive personality and dysthymia: Evaluating symptom and syndrome overlap. *Affective Disorders*, 91, 217-227.
- Silva, I., & Nakano, T. (2011). Modelo dos cinco grande fatores da personalidade: Análises de pesquisa. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 51-62.
- Trzepacz, P., & Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. (1ª edição). Lisboa: Climepsi.

## 6. Anexos

### Anexo A. Instrumento de avaliação da personalidade HEXACO-60.

# HEXACO-60

Para cada afirmação, escolha o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**. Use a seguinte escala de avaliação.

	1	2	3	4	5
	Discordo fortemente	Discordo	nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1	_____				
2	_____				
3	_____				
4	_____				
5	_____				
6	_____				
7	_____				
8	_____				
9	_____				
10	_____				
11	_____				
12	_____				
13	_____				
14	_____				
15	_____				
16	_____				
17	_____				
18	_____				
19	_____				
20	_____				
21	_____				
22	_____				

- 23 \_\_\_\_\_ Sinto-me como se fosse chorar quando vejo outras pessoas a chorar.
- 24 \_\_\_\_\_ Penso que tenho direito a receber mais respeito do que a média das pessoas.
- 25 \_\_\_\_\_ Se tivesse oportunidade gostaria de assistir a um concerto de música clássica
- 26 \_\_\_\_\_ Quando estou a trabalhar, por vezes tenho dificuldades por ser desorganizado.
- 27 \_\_\_\_\_ A minha atitude com as pessoas que me trataram mal é perdoar e esquecer
- 28 \_\_\_\_\_ Sinto que sou uma pessoa impopular.
- 29 \_\_\_\_\_ No que diz respeito ao perigo físico sou muito medroso
- 30 \_\_\_\_\_ Se pretendo alguma coisa de uma pessoa, até sou capaz de rir com as suas piores piadas
- 31 \_\_\_\_\_ Nunca tive grande gosto em folhear uma enciclopédia
- 32 \_\_\_\_\_ Apenas faço a quantidade mínima de trabalho para que as coisas andem
- 33 \_\_\_\_\_ Tenho tendência a ser indulgente na avaliação que faço das outras pessoas .
- 34 \_\_\_\_\_ Habitualmente, nas situações sociais sou o primeiro a tomar a iniciativa
- 35 \_\_\_\_\_ Preocupo-me bastante menos do que a maior parte das pessoas.
- 36 \_\_\_\_\_ Nunca aceitaria um suborno, nem que fosse muito grande.
- 37 \_\_\_\_\_ Frequentemente, as pessoas têm-me dito que tenho uma boa imaginação
- 38 \_\_\_\_\_ Tento sempre ser exacto no meu trabalho, nem que seja à custa de gastar mais tempo
- 39 \_\_\_\_\_ Geralmente, sou bastante flexível nas minhas opiniões quando os outros discordam de mim.
- 40 \_\_\_\_\_ A primeira coisa que faço num sítio novo é fazer amigos.
- 41 \_\_\_\_\_ Sou capaz de lidar com situações difíceis sem precisar de apoio emocional de outras pessoas
- 42 \_\_\_\_\_ Sentiria um grande prazer em possuir objectos de luxo dispendiosos
- 43 \_\_\_\_\_ Gosto de pessoas que têm perspectivas não-convencionais.
- 44 \_\_\_\_\_ Faço bastantes erros por agir sem pensar primeiro
- 45 \_\_\_\_\_ A maior parte das pessoas têm tendência a zangarem-se mais facilmente do que eu.
- 46 \_\_\_\_\_ A maior parte das pessoas são mais optimistas e dinâmicas do que eu geralmente sou.
- 47 \_\_\_\_\_ Sinto fortes emoções quando alguém que me é próximo se desloca para longe, por muito tempo.
- 48 \_\_\_\_\_ Preciso que os outros saibam que eu sou uma pessoa importante de elevado estatuto.
- 49 \_\_\_\_\_ Não me vejo como uma pessoa criativa ou artística.
- 50 \_\_\_\_\_ Frequentemente as pessoas chamam-me perfeccionista.
- 51 \_\_\_\_\_ Raramente faço comentários negativos, mesmo quando as pessoas cometem bastantes erros
- 52 \_\_\_\_\_ Por vezes sinto que sou uma pessoa sem valor.
- 53 \_\_\_\_\_ Mesmo numa situação de emergência não me sentiria em pânico
- 54 \_\_\_\_\_ Não seria capaz de fingir que gosto de alguém só para poder obter alguns favores dessa pessoa
- 55 \_\_\_\_\_ Acho que discutir filosofia é um tédio.

- 56  Prefiro fazer o que me vem à cabeça do que me agarrar a um plano.
- 57  Quando as pessoas me dizem que estou errado, a minha primeira reacção é discutir com elas.
- 58  Quando estou num grupo de pessoas, é frequente ser eu a falar em nome do grupo.
- 59  Mantenho sem emoções, mesmo em situações em que a maior parte das pessoas ficam sentimentais
- 60  Teria a tentação de usar dinheiro falso se tivesse a certeza de não ser apanhado.

## Anexo B. Instrumento de avaliação da Personalidade Neo-FFI-20

Leia cada afirmação com atenção. Para cada afirmação, nas páginas seguintes, marque com  apenas a coluna que melhor corresponde à sua opinião. Se mudar de opinião ou se se enganar apague completamente a resposta ou, no caso de isso não ser possível, preencha o  errado e assinale com um  a sua resposta final. Não existem respostas certas nem erradas. Descreva as suas opiniões rápida, espontânea e honestamente. Responda a todas as questões.

Assinale **Discordo Fortemente** se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela. Assinale **Discordo** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela. Assinale **Neutro** se a afirmação for igualmente falsa e verdadeira, se não se decidir ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra. Assinale **Concordo** se a frase for, na maior parte das vezes, verdadeira ou se concordar com ela. Assinale **Concordo Fortemente** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

	Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente
1. Raramente estou triste ou deprimido(a).	<input type="checkbox"/>				
2. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.	<input type="checkbox"/>				
3. A poesia pouco ou nada me diz.	<input type="checkbox"/>				
4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.	<input type="checkbox"/>				
5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.	<input type="checkbox"/>				
6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	<input type="checkbox"/>				
7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.	<input type="checkbox"/>				
8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.	<input type="checkbox"/>				
9. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.	<input type="checkbox"/>				
10. Sou uma pessoa muito competente.	<input type="checkbox"/>				
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).	<input type="checkbox"/>				

12. Sou uma pessoa muito activa.	<input type="checkbox"/>				
13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.	<input type="checkbox"/>				
14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	<input type="checkbox"/>				
15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	<input type="checkbox"/>				
16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.	<input type="checkbox"/>				
17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).	<input type="checkbox"/>				
18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.	<input type="checkbox"/>				
19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	<input type="checkbox"/>				
20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>				

### Anexo C. Questionário de Saúde do Paciente PHQ-9

(Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Versão de investigação: Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013)

#### A. Ao longo das últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?

	Nunca	Vários Dias	Mais do que metade dos dias	Quase todos os dias
	0	1	2	3
<b>1. Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Sentir-se cansado ou ter pouca energia.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Diminuição ou aumento de apetite.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Sentir-se mal consigo próprio – sentir que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como ler um jornal ou ver televisão.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Mexer-se ou falar tão devagar que outras já devem ter reparado. Ou o contrário, estar tão inquieto ou agitado que se move muito mais do que o habitual.

9. Pensamentos acerca de que estaria melhor morto ou de se ferir a si mesmo de alguma forma.

Cotação Total = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

**B. Se sentiu incomodado por algum dos 9 problemas referidos em cima, responda por favor à seguinte questão:**

Qual é a dificuldade que estes problemas têm causado no seu trabalho, no cuidar das suas coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?

Nenhuma Dificuldade

Pouca Dificuldade

Muita Dificuldade

Extrema Dificuldade