

INSTITUTO SUPERIOR CIÊNCIAS DA SAÚDE – NORTE

Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL (CESPU)

**Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a população portuguesa.  
Comparação dos resultados obtidos com os de vítimas de violência doméstica.**

Sílvia Alexandra Castro Fernandes

Dezembro de 2011

**Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a população portuguesa.  
Comparação dos resultados obtidos com os de vítimas de violência doméstica.**

Sílvia Alexandra Castro Fernandes

Dissertação apresentada no Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte (ISCS-N) para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação do Professor Doutor José Carlos Caldas<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Docente no Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Superior de Ciências da Saúde -Norte

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrónico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

Nome: Fernandes, Sílvia Alexandra Castro

Título: Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a população portuguesa. Comparação dos resultados obtidos com os de vítimas de violência doméstica

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

---

Aos meus pais, agradeço a herança das ânsias do saber e do conhecimento, dos quais benefico no meu dia-a-dia. Por vocês e para vocês, edifiquei o que sou e construí a distinção da diferença que marcou o meu ser.

Agradeço-vos o amor, o apoio incondicional, os olhares e as posturas que falam por mil palavras e a paciência, quase exacerbada, que possuíram e possuem para com a minha rebeldia de pensar e de ser. Obrigado por escutarem as minhas loucuras de sentidos e de existência e por me dotarem de um olhar divergente. Sem vocês, o tudo hoje alcançado, fazia com que o NOSSO Universo único e inefável não fruisse de qualquer sentido.

À minha querida e sempre presente irmã, um obrigado de coração e de vida por ser a pessoa mais doce e companheira da minha história. A ti dedico o lado mais brilhante da minha vida.

A ti, minha avó, pelo amor constante demonstrado ao longo da minha existência e por toda a paciência patenteada em períodos críticos.

Ao meu avô, a minha estrelinha, um abraço e beijo apertado e infinito por me ter ensinado, todos os dias, a amar a vida com um sorriso. Amar-te foi fácil, o difícil foi perder-te!

A ti Amaro, meu porto seguro, um muito obrigado por toda a confiança e horas a escutar os meus devaneios de desespero. Grata pelo amor que tão humanamente possuis no teu íntimo e por representares luz ao longo destes seis anos. És, sem dúvida alguma, uma das melhores pessoas que encontrei nos trilhos desta vida.

A ti, minha pequenina, obrigada por existires e por teres trazido à minha vida mais luz e alegria. As tardes e as noites na tua companhia deixam de ser tão frias e tão sós. Obrigada a ti, pela “mana” que sempre serás aos olhos do meu coração.

Porque os sonhos alimentam vidas e essências... a minha vida e essência da Psicologia Clínica e da Saúde foi construída contigo: Melhor amiga! Que o sonho,

Joana, seja mais uma das nossas muitas realidades conjuntas! Agradeço-te a amizade exponencial e infinita que temos e que cresce dia após dia.

Aos meus amigos e amigas, grata pelo companheirismo inegável e pela felicidade que sinto sempre que estou na vossa presença.

À Inês Amorim, um obrigado do tamanho da sua energia, por ter escutado os meus diálogos, muitas vezes sem sentido, por ter acompanhado toda esta saga de produção escrita e sobretudo por me permitir continuar a acreditar que ainda existem pessoas que merecem ser identificadas como amigas.

Ao Nuno de Melo obrigada pelas palavras carinhosas quando as forças pareciam esgotar. Obrigada sobretudo por teres fixado no meu coração uma nova, terna e bonita amizade.

À Patrícia de Melo um enorme e sincero obrigado, como sinal da minha homenagem e do meu reconhecimento. Grata pelos momentos que dedicaste apenas para me ajudar.

Ao Professor Dr. José Carlos Caldas um bem haja pela motivação, pela simpatia e, especialmente, pela confiança demonstrada desde o primeiro momento. Obrigada pela orientação que me foi concedida ao longo deste intenso ano curricular.

Por fim, um profundo e sincero obrigado a todas as pessoas e instituições que se disponibilizaram para colaborar neste estudo.

*“Por mais humilde que seja, um trabalho realizado dá sempre uma sensação de vitória!”*

*Dalai Lama*

Esta vitória, este triunfo, esta conquista... é tanto minha como vossa, porque sem vocês, a concretização desta etapa não seria, de todo, possível!

Devo-vos um profundo e sincero **OBRIGADO!**

## RESUMO

---

O presente estudo tem como objetivo central validar, para a população portuguesa, um instrumento de avaliação do comportamento em adultos, para que numa perspetiva futura este possa ser utilizado por profissionais no âmbito da Psicologia. O *Adult Self-Report* (A.S.R.) é um dos inventários para adultos que compõe a bateria A.S.E.B.A. (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*). Este questionário que na língua portuguesa foi traduzido para *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos* (I.A.A.C.A.) (Caldas, 2010) destina-se a avaliar o comportamento de adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos.

Nesta dissertação foram conduzidos dois estudos: no Estudo 1 pretendeu-se aferir e validar para a população portuguesa o I.A.A.C.A., ou seja, avaliar as suas características psicométricas em termos da sua sensibilidade, validade e fidelidade numa amostra de 400 sujeitos; bem como analisar as relações existentes entre o I.A.A.C.A. e a versão portuguesa do A.B.C.L. (*Adult Behavior CheckList*) na sua versão traduzida para português, designada por *Inventário de Comportamento para Adultos* (I.C.A.); No estudo 2 pretendemos analisar a relação existente entre a população geral (n=400) e mulheres vítimas de violência doméstica que habitam em Casas Abrigo (amostra específica) (n=20).

A amostra geral é constituída por 400 indivíduos, 125 do sexo feminino (M=25.08, DP= 4.76) e 95 do sexo masculino (M=26.80, DP=4.97) com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos; e 80 do sexo feminino (M=46.51, DP=6.06) e 100 do sexo masculino (M=47.69, DP=6.75) com idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos. A amostra específica é constituída por 20 mulheres vítimas de violência doméstica a habitar em Casas Abrigo, com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos.

Em ambas as amostras recorreu-se à aplicação do I.A.A.C.A. e do I.C.A., porém e, exclusivamente, no estudo 2, recorreu-se à utilização de uma

adaptação do *Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)* (Machado, Matos & Gonçalves, 2000) de forma a identificar e avaliar os diversos comportamentos abusivos praticados numa relação conjugal e co-relacionar os seus efeitos ao nível dos comportamentos atuais.

Os resultados encontrados mostram que:

a) Relativamente à sensibilidade dos resultados, concluiu-se que a distribuição das frequências da escala respeita, sensivelmente, uma distribuição normal.

b) No que concerne à validade, os resultados obtidos permite-nos considerar a estrutura de dois fatores (*Internalização e Externalização*) e de oito fatores (*Ansiedade/Depressão, Auto-estima, Problemas de Atenção, Impulsividade, Comportamentos de Extroversão, Comportamentos Agressivos, Problemas de Personalidade Anti-social e Características Positivas*).

c) Em termos de fidelidade, foi possível verificar uma consistência interna bastante satisfatória do instrumento e dos fatores *Internalização e Externalização*. No entanto, a fidelidade dos oito fatores não é na sua totalidade satisfatória, demonstrando oscilações bastante relevantes.

d) A partir da correlação entre o *I.A.A.C.A.* e o *I.C.A.* concluiu-se que existe uma correlação muito significativa entre ambos, ou seja, constatou-se que os inter-avaliadores estão em concordância.

e) Quando se comparou o Índice Geral de Sintomas do *I.A.A.C.A.* apresentado pela população normativa com o Índice Geral de Sintomas evidenciado pelas vítimas de violência doméstica constatou-se que estas apresentam mais problemas comportamentais comparativamente à população normativa. Contrariamente, quando comparado os resultados do *I.V.C.* com o Índice Geral de Sintomas do *I.A.A.C.A.* verificou-se que as mulheres vítimas de violência doméstica não parecem revelar maior índice de problemas comportamentais.

## ABSTRACT

---

The actual study's main objective is to validate an adults' behavior evaluation instrument, for the Portuguese population, so that in a future perspective it can be used by Psychology practioners. The *Adult Self-Report* (A.S.R.) is an adults' report which makes up the battery of A.S.E.B.A. (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*). This questionnaire, which is in Portuguese known as *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos* (I.A.A.C.A.) (Caldas, C., 2010), intends to evaluate the adults' behavior aged between 18 and 59.

In this thesis, two studies were conducted. In study 1 it was pretended to assess and validate the *I.A.A.C.A.* for the Portuguese population, this is, to evaluate their psychometric characteristics, in terms of sensibility, validity and fidelity, in a 400 subject sample. It was also intended to analyze the existing relationships between the *I.A.A.C.A.* and the Portuguese version of the *A.B.C.L.* (*Adult Behavior CheckList*), named as *Inventário de Comportamento para Adultos* (I.C.A.). In study 2, we aimed to analyze the existing relationship between the general population (n=400) and domestically abused women, who inhabit in Shelter Homes (specific sample) (n=20).

The general sample is of 400 individuals, 125 female (M=25.08, DP=4.76) and 95 male (M=26.80, DP=4.97), aged between 18 and 35; and also 80 female (M=46,51, DP=6.06) and 100 male (M=47.69, DP=6.75), aged between 36 and 59. The specific sample consists of 20 female domestically abused victims who inhabit in Shelter Homes, aged between 18 and 59.

In both samples the *I.A.A.C.A.* and *I.C.A.* applications were used, although in study 2, exclusively, it was resorted an adaptation of the *Marital Violence Report* (I.V.C.) (Machado C., Matos M., & Gonçalves M., 2000), in order to identify and evaluate the different behaviors experienced in a marital relationship and co-relate their effects upon the current behaviors.

The found results show that:

a) Concerning the sensibility of the results, it was concluded that the distribution of the scale's frequencies significantly regards a normal distribution.

b) Concerning the validity, the obtained results allow us to consider the structure of two factors (Internalization and Externalization) and of eight factors (Anxiety/Depression, Self-esteem, Attention Problems, Impulsivity, Extroversion Behaviors, Aggressive Behaviors, Anti-social Personality Problems and Positive Characteristics).

c) In terms of fidelity, it was possible to identify a quite satisfactory intern consistency of the instrument and of the Internalization and Externalization factors. However, the fidelity of the eight factors is not totally satisfactory, showing quite relevant oscillations.

d) From the correlation between the I.A.A.C.A. and the I.C.A., it was concluded that there is a quite significant correlation among both, this is, it was found that the inter evaluators are in agreement.

e) When comparing the I.A.A.C.A. General Symptom Index presented by the normative population to the General Symptom Index evidenced by the domestically abused victims, it was found that these victims present more behavioral problems comparatively to the normative population. On the contrary, when comparing the *I.V.C.* results to the I.A.A.C.A. General Symptom Index, it was confirmed that women victims of domestic abuse did not seem to reveal a bigger behavioral problems index.

## ÍNDICE

---

Agradecimentos .....	V
Resumo .....	VII
Abstract .....	IX
Introdução .....	1

### PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EMPÍRICO

1. O Sistema A.S.E.B.A. ( <i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i> ) .....	3
1.1. Os Inventários A.S.E.B.A. ....	5
1.1.1. O <i>Adult Self-Report</i> (A.S.R.) e o <i>Adult Behavior CheckList</i> (A.B.C.L.) .....	6
1.2. Classificações Categóricas vs Classificações Dimensionais .....	8
2. A Violência Doméstica.....	12
2.1. Conceito de Violência Doméstica .....	12
2.2. O Ciclo da Violência.....	14
2.3. Impacto Psicológico da Violência Doméstica nas Vítimas .....	15
2.4. As Casas Abrigo .....	16

### PARTE II – METODOLOGIA

1. Objetivos .....	19
2. Método .....	20
2.1. Participantes e Amostra .....	20
2.1.1 Caracterização da Amostra Geral .....	21
2.1.2. Caracterização da Amostra Específica .....	22
2.2. Instrumentos .....	23
2.3. Desenho Metodológico .....	27
2.4. Procedimento .....	27

3. Tratamento dos Dados .....	29
4. Resultados .....	30
4.1. Resultados Relativos às Escalas de Comportamento Adaptativo na Amostra Geral.....	30
4.2. Sensibilidade dos Resultados para a Escala de Problemas de Comportamento (Resultados Totais, Fator Internalização e Fator Externalização) .....	33
4.3. Validade do Construto do Instrumento .....	35
4.4. Fidelidade dos Resultados.....	35
4.4.1. Consistência Interna .....	35
4.5. Normas para a População Portuguesa .....	39
4.6. Estudo das Correlações entre Variáveis.....	39
5. Discussão de Resultados .....	42
5.1. Discussão de Resultados do Estudo 1 .....	42
5.2. Discussão de Resultados do Estudo 2 .....	44
Considerações Finais.....	46
Bibliografia.....	48
Anexos .....	52

## ÍNDICE DE TABELAS

---

<b>Tabela 1:</b> Características sócio-demográficas da amostra geral. ....	21
<b>Tabela 2:</b> Características sócio-demográficas da amostra específica. ....	22
<b>Tabela 3:</b> Distribuição dos resultados por deficiência/doença incapacitante. ....	30
<b>Tabela 4:</b> Distribuição dos resultados por preocupações e inquietações relacionadas com a família, trabalho e educação. ....	31
<b>Tabela 5:</b> Distribuição dos resultados por número de amigos. ....	31
<b>Tabela 6:</b> Distribuição dos resultados pela avaliação da relação com os amigos. ....	31
<b>Tabela 7:</b> Distribuição dos resultados pelo contacto com os amigos. ....	31
<b>Tabela 8:</b> Distribuição dos resultados pelo número de visitas dos amigos e familiares / por mês. ....	32
<b>Tabela 9:</b> Análise da normalidade da distribuição dos resultados. ....	33
<b>Tabela 10:</b> Análise da assimetria e curtose dos itens do I.A.A.C.A. ....	33
<b>Tabela 11:</b> Análise da normalidade da distribuição dos resultados e da assimetria e curtose para o fator Internalização. ....	34
<b>Tabela 12:</b> Análise da normalidade da distribuição dos resultados e da simetria e curtose para o fator Externalização. ....	34
<b>Tabela 13:</b> Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa. ....	35
<b>Tabela 14:</b> Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Internalização. ....	36
<b>Tabela 15:</b> Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Externalização. ....	36
<b>Tabela 16:</b> Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Internalização e a Externalização, para idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos. ....	37

<b>Tabela 17:</b> Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Internalização e a Externalização, para idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos.....	37
<b>Tabela 18:</b> Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para os 8 Fatores, para as idades entre os 18 e os 35 anos.....	38
<b>Tabela 19:</b> Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para os 8 Fatores, para as idades entre os 36 e os 59 anos.....	38
<b>Tabela 20:</b> Correlação entre o I.A.A.C.A. e o I.C.A.....	39
<b>Tabela 21:</b> Comparação dos resultados entre o grupo normativo e específico para os resultados totais. ....	40
<b>Tabela 22:</b> Correlação entre o I.A.A.C.A. e o I.V.C.....	40
<b>Tabela 23:</b> Correlação entre o I.V.C. e a Internalização do I.A.A.C.A. ....	41
<b>Tabela 24:</b> Correlação entre o I.V.C. e a Externalização do I.A.A.C.A. ....	41

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

<b>Gráfico 1:</b> Curva da distribuição dos resultados totais. ....	33
---	----

## ÍNDICE DE ANEXOS

---

I - Consentimento Informado .....	53
II - I.A.A.C.A. ( <i>Inventário de Auto-Avaliação de Comportamento para Adultos</i> ) .....	55
III - Informação Complementar ao I.A.A.C.A. ....	56
IV - I.V.C. ( <i>Inventário de Violência Conjugal</i> ) .....	58
V - Gráficos e Tabelas Relativas ao Tratamento dos Dados .....	59
VI - Artigo em Formato Publicável para Revistas Científicas .....	125

## INTRODUÇÃO

---

A presente dissertação foi desenhada com a intenção de responder a dois objetivos. No primeiro estudo, pretendeu-se validar e analisar a estrutura fatorial do instrumento *Adult Self-Report* (A.S.R.) na sua versão traduzida para a população portuguesa, orientado para a avaliação do comportamento dos adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos.

O segundo estudo assumiu como principal objetivo a comparação dos resultados obtidos da população normativa com os resultados obtidos da população específica (mulheres vítimas de violência doméstica, que habitam em Casas Abrigo)

Para além destes objetivos temos, também, o objetivo prático de disponibilizar um instrumento para a população portuguesa. Com isto, prezaríamos ver o nosso estudo como um contributo modesto e ao mesmo tempo válido para a intensificação da investigação empírica nacional no âmbito do estudo do comportamento em adultos. Espera-se, assim, contribuir com um ponto de partida para uma maior investigação nesta área e certamente um reforço ao suporte empírico com vista a uma melhor prática clínica quer ao nível de avaliação quer ao nível de intervenção clínica.

NA **Parte I** procuramos abordar o tema através de uma revisão da literatura existente, enquanto a **Parte II** se refere ao nosso estudo, evidenciando a metodologia aplicada, a pertinência dos objetivos, o desenho da investigação, a seleção e caracterização da amostra e os procedimentos. Apresentámos de seguida os resultados da análise das características psicométricas da versão portuguesa do *Adult Self-Report*, bem como, uma discussão dos resultados encontrados e uma reflexão crítica sobre os mesmos.

As **considerações finais** são um espaço dedicado à reflexão acerca do estudo realizado, ou seja, um capítulo onde nos debruçamos sobre algumas considerações tecidas, bem como uma breve análise dos benefícios e riscos da investigação no intuito de potenciar a definição de futuros projectos de investigação nesta área.

# **P**ARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EMPÍRICO

---

## **1. O Sistema A.S.E.B.A. (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*)**

*“O facto de ter privado com milhões de emigrantes e refugiados, levou-me a um trabalho baseado em métodos transculturais de descrição e avaliação dos problemas comportamentais, emocionais e sociais (...)”*

*(Achenbach, 1991)*

Thomas Achenbach, professor de Psiquiatria e Psicologia, iniciou as suas investigações na década de 1960 (Achenbach & Edelbrock, 1978, cit in Rocha & Araújo, 2008) e desenvolveu esforços, durante décadas, de pesquisa e de experiências práticas, para criar uma visão mais diferenciada da criança e do adolescente no âmbito dos problemas comportamentais.<sup>2</sup> Porém, nos anos 80 e 90 os questionários A.S.E.B.A. (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) foram expandidos para os adultos (Achenbach & Rescorla, 2003).

O sistema A.S.E.B.A., tal como o nome indica, é um sistema de avaliação que, genericamente, é intitulado de “Empiricamente Baseado”, devido à forma como foi elaborado. Ao longo de quatro décadas de trabalho e investigação, o professor Thomas Achenbach elaborou uma lista de comportamentos-queixas que são, frequentemente, encontrados em crianças e adolescentes. Para tal, contou com o auxílio dos progenitores e de diversos profissionais que trabalhavam diretamente com esta população (psicólogos, médicos, professores etc.). Essa lista foi, posteriormente, aplicada a uma amostra significativa da população norte-americana, com a finalidade de analisar a co-ocorrência dos problemas listados. Desta forma e após o estudo dos dados obtidos, foi possível fazer uma análise fatorial que proporcionou, assim, a elaboração das escalas empiricamente baseadas do sistema A.S.E.B.A. para crianças (Rocha & Araújo, 2008).

Todas as informações recolhidas tiveram como sustentação as experiências das próprias pessoas e a perceção que outros têm acerca da mesma (médicos, professores, técnicos de saúde e de saúde mental, etc.).

---

<sup>2</sup> Informação retirada do *site* oficial de Thomas Achenbach

Todos os dados obtidos foram estatisticamente analisados para que fosse possível a identificação de padrões de ocorrência dos problemas (Achenbach & Rescorla, 2003). A partir destes padrões, derivados da análise estatística, construíram-se as **Escalas Síndromes** que marcam os conjuntos de problemas que co-ocorrem (Rocha & Araújo, 2008). O modelo multiaxial de Achenbach sugere que a patologia deve ser entendida de uma forma mais dimensional do que categorial (Soares, 2000).

Os instrumentos possuem, também, **Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM**, permitindo identificar hipóteses diagnósticas (Dornelles, Bortolini & Oliveira, 2010) e facilitar a avaliação das psicopatologias (Achenbach & Rescorla, 2003), estabelecendo uma ponte entre as classificações dimensional e categorial.

O sistema A.S.E.B.A. funciona como um processo estruturado de recolha de informação (não inviabilizando a elaboração de um diagnóstico formal categorial) (Soares, 2000) e reflete padrões de problemas que são empiricamente identificáveis a partir de associações e comparações estatísticas, realizadas em diversos países. Trata-se, assim, de um sistema que facilita a avaliação de semelhanças e diferenças do funcionamento humano em diferentes faixas etárias, condições e interações (Achenbach & Rescorla, 2003, cit in Rocha & Araújo, 2008).

De forma a sintetizar, o método empírico ASEBA propõe três etapas distintas de análise: 1) problemas comportamentais específicos; 2) sub-escalas ou fatores resultantes da análise factorial; 3) agregação das sub-escalas em pontuações de Internalização (e.g., ansiedade, depressão, isolamento e queixas somáticas) e de Externalização (e.g., comportamentos agressivos/delinquentes) (Soares, 2000 & Dornelles, Bortolini & Oliveira, 2010).

Não obstante, segundo Achenbach e Rescorla (2007) [cit in Rocha & Araújo, 2008] *“A.S.E.B.A. é o sistema de avaliação empiricamente baseado mais usado e pesquisado do mundo, com mais de seis mil publicações, cujas pesquisas foram feitas em 67 culturas”*. Tendo em conta que é uma avaliação baseada na perceção da própria pessoa e de informantes (*cross-informant correlation*), está sujeita a influências culturais, *“expressas através da linguagem, dos costumes e crenças na educação das crianças, do sistema*

*educacional, das estratégias de enfrentamento e das oportunidades que podem afetar a prevalência de algum distúrbio*” (Achenbach, 1990, cit in Rocha & Araújo, 2008). Assim, a abordagem A.S.E.B.A. visa avaliar o comportamento em diversas sociedades, baseando-se em investigações multiculturais, com o objetivo de aplicar métodos de avaliação padronizada, realizar comparações transculturais e aperfeiçoar o conhecimento, avaliação e tratamento da psicopatologia em geral (Achenbach & Rescorla, 2003). Para que estes objetivos sejam exequíveis é necessário a colaboração de investigadores de vários países. Atualmente, existem traduções em mais de 80 idiomas e já foram publicados numerosos resultados de comparações multiculturais que relatam o uso das formas A.S.E.B.A.<sup>3</sup>

### **1.1. Os Inventários A.S.E.B.A.**

As baterias A.S.E.B.A. são instrumentos que permitem analisar diversos aspetos do funcionamento adaptativo e psicopatológico do ser humano a partir da avaliação dos problemas comportamentais e emocionais. Neste sistema podemos encontrar uma vasta gama de instrumentos que auxiliam no processo de avaliação das competências e dos problemas de comportamento, de uma maneira rápida (a maioria dos instrumentos são aplicados num curto período de tempo, aproximadamente, 15/20 minutos) e com reduzidos gastos económicos (Achenbach & Rescorla, 2001, cit in Yates, Santos & Oliveira, 2010), dentre os quais podemos destacar o A.B.C.L. (*Adult Behavior Checklist*), o A.S.R. (*Adult Self-Report*), o Y.S.R. (*Young Self-Report*), o S.C.I.C.A. (*Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents*), o T.R.F. (*Teacher's Report Form*), o C.B.C.L. (*Child Behavior Checklist*), o T.O.F. (*Test Observation Form*), o D.O.F. (*Direct Observation Form*), o O.A.B.C.L. (*Older Adult forms*) e o O.A.S.R. (*Older Adult forms*).<sup>4</sup> Estes questionários permitem obter dados quantitativos e estandardizados bem como descrições

---

<sup>3</sup> Informação retirada do *site* oficial de Thomas Achenbach

<sup>4</sup> Informação retirada do *site* oficial de Thomas Achenbach

individualizadas e personalizadas, contrariamente, a outros instrumentos de avaliação (Achenbach & Rescorla, 2003).

No que concerne à realidade portuguesa, constata-se que alguns dos instrumentos para crianças e jovens já foram validados, nomeadamente, o C.B.C.L.-L.D.S./1½-5, o C.-T.R.F., o C.B.C.L./6-18, o T.R.F./6-18 e o Y.S.R./11-18.

Atualmente, o A.S.R./18-59 (Caldas & Fernandes, 2011), o A.B.C.L./18-59 (Caldas & Pardalejo, 2011), o O.A.B.C.L./60-90+ e o O.A.S.R./60-90+ (Almeida & Sampaio, 2011) (estas duas últimas alusivas a idosos) encontram-se a ser aferidas para a população portuguesa. Relativamente a estes instrumentos, nenhum trabalho foi efetuado até ao momento, considerando-se existir, assim, uma lacuna ao nível da avaliação do comportamento de jovens adultos, adultos e idosos.

Com efeito, o T.O.F., a S.C.I.C.A., o D.O.F. e o B.P.M. são escalas do Sistema A.S.E.B.A. que ainda não se encontram traduzidas e aferidas para a população portuguesa.

### **1.1.1. O *Adult Self-Report* (A.S.R.) e o *Adult Behavior CheckList* (A.B.C.L.)**

O *Adult Self-Report* (A.S.R.) que traduzido para a língua portuguesa se designa *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos (I.A.A.C.A.)* e o *Adult Behavior CheckList* (A.B.C.L.) que para a língua portuguesa se traduz em *Inventário de Comportamento para Adultos (I.C.A.)* são instrumentos que fazem parte do sistema A.S.E.B.A. São questionários similares que permitem a análise de comportamentos e a comparação entre a perceção que as pessoas têm de si próprias e a perceção que as outras pessoas (familiares, amigos, etc.) têm acerca do comportamento do sujeito. Ambos os questionários se destinam a avaliar e analisar o comportamento de adultos: O I.A.A.C.A. é um questionário de autoavaliação e o I.C.A. um questionário de heteroavaliação (a partir da perspetiva de um adulto próximo

(companheiro/a, conjugue, filho/a adulto, amigo/a, familiar próximo, etc.) (Achenbach & Rescorla, 2003).

O I.A.A.C.A. é uma revisão do *Young Adult Self-Report* (Y.A.S.R.) e por essa razão o mesmo sofreu algumas alterações. Inicialmente era destinado a indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos (Achenbach, 1997) e atualmente é dirigido a indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos; foram acrescentados novos itens para avaliar problemas e alguns outros aspetos<sup>5</sup>; foram retirados itens que evidenciavam fracas qualidades psicométricas; e alguns aspetos pertencentes ao funcionamento adaptativo foram corrigidos (Achenbach & Rescorla, 2003).

O I.A.A.C.A. objetiva identificar diferentes aspetos do funcionamento adaptativo dos adultos, sinalizando problemas comportamentais e emocionais bem como transtornos psicopatológicos de maior incidência, ou seja, é um instrumento de avaliação psicológica que possibilita facultar informações úteis sobre as características da população (Achenbach & Rescorla, 2001, cit in Yates et tal, 2010).

É um instrumento que permite avaliar duas dimensões gerais do comportamento: a *Internalização* a partir da qual é possível avaliar quatro fatores explicativos do comportamento (1.*Ansiedade/Depressão*; 2.*Retraimento/Afastamento*; 3.*Queixas Somáticas*; 4.*Problemas de Pensamento*) e a *Externalização* onde é, igualmente, possível avaliar quatro dimensões explicativas do comportamento (5.*Problemas de Atenção*; 6.*Comportamentos Agressivos*; 7.*Quebra de Regras*; 8.*Intrusão*) – Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM (Achenbach & Rescorla, 2003). É uma escala constituída, também, por *Itens de Funcionamento Adaptativo*, *Itens de Desejabilidade Social* e *Itens Críticos* (Achenbach & Rescorla, 2003).

O I.C.A. é uma revisão do *Young Adult Behavior Checklist* (Y.A.B.C.L.) e da mesma forma que o I.A.A.C.A. sofreu reformulações: passou a ser um questionário de heteroavaliação destinado a adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos; foram adicionadas secções para recolher informações acerca de amigos, cônjuges ou companheiros, doenças e

---

<sup>5</sup> O grupo III e os itens 1, 5, 38, 44, 53, 55, 64, 72, 81, 89, 99, 101, 105, 108, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, e 123 são parâmetros que foram acrescentadas, ou seja, itens que não estavam contemplados na edição de 1997 do Y.A.S.R.

deficiências, preocupações, bem como as qualidades do adulto avaliado; foram acrescentados itens novos para avaliar problemas; e outros itens foram retirados por falta de consistência (Achenbach & Rescorla, 2003).

Tal como já foi referido anteriormente, o I.C.A. é um inventário de heteropreenchimento que permite obter diversas informações sobre um sujeito, a partir do ponto de vista de uma pessoa próxima a ele, como por exemplo, cônjuges, companheiros, familiares próximos, terapeutas, entre outros.

Tanto o I.A.A.C.A. como o I.C.A. requerem que os adultos avaliados bem como as pessoas próximas do adulto respondam aos itens tendo em conta os 6 meses anteriores.

Uma das características que se revelou de extrema importância no sistema A.S.E.B.A. é o facto de permitir comparações acerca do funcionamento das pessoas através da obtenção de informações de vários informantes. Esta particularidade permite, assim, compensar a idiosincrasia de cada indivíduo e portanto, a utilização do I.A.A.C.A. e do I.C.A. possibilita uma maior *“facilidade para identificar similaridades e diferenças entre padrões de problemas, reportados pelos indivíduos e por outros que os conheçam”* (Achenbach & Rescorla, 2003).

Diversos estudos revelaram que este método é benéfico, evidenciando, inclusivamente, a existência de correlações situadas entre 0.20 e 0.40 entre diferentes fontes de informação (Achenbach & Rescorla, 2003).

## 1.2. Classificações Categoriais vs Classificações Dimensionais

Durante décadas tem-se vindo a debater/discutir os diversos aspetos que contemplam as classificações categoriais e dimensionais.

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

Segundo Ribeiro (2010) esta classificação *“estabelece um ponto de corte entre aquilo que é considerado uma personalidade normal versus patológica”*. É uma perspetiva descritiva que se foca, essencialmente, nos fenómenos mais observáveis e tangíveis, ou seja, os sintomas. Vê o indivíduo como um objeto portador de uma doença e interessa-se, particularmente, pela análise da forma dos sintomas. Pelo facto, os defensores desta classificação sustentam a ideia da existência de categorias de perturbação normal ou patológica.

Segundo Farmer (2000, cit in Ribeiro, 2010) uma das vantagens da classificação categorial é possibilitar a comunicação do diagnóstico de uma forma clara e simples através de uma denominação única que sintetiza muitas informações.

Não obstante, são apontadas algumas limitações, nomeadamente, o facto de ser uma classificação que *“tende para reducionismos doutrinários, para a multiplicação das diferenças e o avanço que permite, apesar de seguro, é feito em pequenos passos e com longos períodos de espera”* (McHugh e Slavney, 1986).

A **classificação dimensional**, contrariamente à classificação categorial, estabelece uma maior importância à análise do conteúdo dos sintomas do que propriamente à análise e avaliação da forma. Ou seja, para além dos sintomas, esta perspetiva é conhecida por se interessar pela história do indivíduo e pelos fatores reativos da sua personalidade (Sousa, 2000). Para os defensores desta abordagem, as diferenças ao longo de um *continuum* têm que ser tidas em consideração e representam variações importantes (Ribeiro, 2010) permitindo, assim, caracterizar melhor os indivíduos. Widiger e Shea (1991, cit in Ribeiro, 2010) defendem que as perspetivas dimensionais, *“ao descreverem melhor o doente, permitem estabelecer diferentes pontos de corte para várias decisões clínicas.”*

A classificação dimensional é caracterizada por defender que o doente continua a ser um indivíduo que apresenta cognições, sentimentos, comportamentos e intenções em resposta à sua doença (Sousa, 2000). Em contrapartida, é uma classificação que tem tendência para a generalização e a eliminação das diferenças entre doenças. Segundo McHugh e Slavney (1986)

*“cada doente passa a ser um caso único pelo que o conjunto de casos desenha um continuum de intensidades progressivas”.*

Segundo Millon e Davis (1996, cit in Ribeiro, 2010) a perspetiva dimensional reúne diferentes traços clínicos num único perfil que é facilmente detetado, identificado e interpretado por técnicos. De acordo com Soares (2000), *“o modelo dimensional ao sugerir que a patologia pode ser melhor descrita como um perfil de pontuações obtidas em diversas subescalas, assume a “co-morbilidade” como intrínseca ao diagnóstico”.* Para além disso, referem também, que esta classificação possibilita a avaliação de problemáticas atípicas de uma forma mais eficaz e permite com que se perca pouca informação relevante e útil (Ribeiro, 2010).

Tal como já foi referido anteriormente, o sistema A.S.E.B.A. de Achenbach aponta, contrariamente ao DSM-IV, que a patologia pode ser melhor entendida a partir de um modo dimensional, admitindo que a *“identificação de um síndrome é consequência do trabalho empírico”* (Soares, 2000). Assim, acredita-se que este sistema permite, de uma forma mais ajustada, a compreensão da psicopatologia infantil. *“Se levarmos o A.S.E.B.A. às últimas consequências, devemos definir a patologia na continuidade da normalidade e aceitar que podemos descrever de modo mais adequado através de um perfil de natureza dimensional”* (Soares, 2000).

Enquanto no DSM-IV se atribuí pouca importância às competências das pessoas, acentuando assim uma linguagem que salienta os défices dos indivíduos, na perspetiva do sistema A.S.E.B.A. as aptidões e as capacidades dos indivíduos são aspetos tidos em consideração.

Como forma de concluir, apesar dos sistemas dimensionais não serem tão utilizados na prática clínica comparativamente com os sistemas categóricos, o que é certo é que nos últimos tempos, tem-se assistido cada vez mais à aceitação e à fomentação da sua investigação. Segundo Ribeiro (2010), alguns estudos evidenciaram e que esta classificação apresenta vantagens psicométricas bastante consideráveis.

Não obstante, com o acréscimo gradual de estudos e pesquisas relacionados com esta classificação, é possível que nos próximos anos se empregue a perspetiva dimensional como método de transmitir a informação

clínica e como instrumento de investigação (DSM-IV-TR, 2002). Como exemplo disso é o facto da versão actual do DSM-IV ser *“organizado mais de acordo com um modelo dimensional do que com o modelo categorial utilizado no DSM-III-R”* (DSM-IV-TR, 2002). Simultaneamente, o facto de existirem diferenças vincadas entre as duas classificações, não invalida que o modelo proposto por Achenbach seja utilizado conjuntamente com a taxonomia do DSM-IV. Assim, segundo Soares (2000) *“o A.S.E.B.A. funcionaria como um processo estruturado de recolha de informação, não inviabilizando a elaboração de um diagnóstico formal categorial”*.

## 2. A Violência Doméstica

*“A violência doméstica já não é a verdade que acompanha o escuro da sombra, mas antes uma verdade social e humana que, actualmente, representa luz.”*

*(Monteiro, 2010)*

### 2.1. Conceito de Violência Doméstica

A violência doméstica é um fenómeno que tem assumido, por todo o Mundo, elevadas proporções tornando-se, atualmente, num problema social. Apesar de ser um fenómeno remoto foi apenas nas últimas décadas que se começou a assistir ao interesse crescente de vários autores e investigadores por esta temática, resultando num vasto conjunto de estudos e teorias que visam um conhecimento mais profundo e alargado desta matéria. Pelo facto, as investigações não se focam somente no conceito, mas também nos seus diferentes atos, intervenientes e contextos subjacentes à violência doméstica. Assim, e tendo em conta o reconhecimento público que hoje, cada vez mais, é atribuído às questões inerentes à temática e à realidade complexa da violência doméstica, tal requer e obriga, por parte de todos os indivíduos da sociedade como um todo, a adoção de uma postura sensibilizadora e formada. Não obstante, atrevemo-nos a afirmar que, no presente, se verifica uma maior sensibilidade e intolerância social face à violência.

Várias são as definições e conceitos associados à violência doméstica: segundo Machado e Gonçalves (2003), entende-se por violência doméstica

*“qualquer ato, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente e com intensidade, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou económicos, de modo direto ou indireto (por meio de ameaças, enganar, coação ou qualquer outro meio) a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado (pessoas – crianças, jovens, mulheres adultas, homens adultos ou idosos – a viver em alojamento comum) ou que, não habitando no mesmo agregado doméstico privado que o agente da violência, seja cônjuge ou companheiro marital ou ex-cônjuge ou ex-companheiro marital”* (Machado & Gonçalves, 2003, pp.12);

De acordo com o II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2003), a violência doméstica é definida como

*“(...) toda a violência física, sexual ou psicológica que ocorre em ambiente familiar e que inclui, embora não se limitando a, maus tratos, abuso sexual de mulheres e crianças, violação entre cônjuges, crimes passionais, mutilação sexual feminina e outras práticas tradicionais nefastas, incesto, ameaças, privação arbitrária de liberdade e exploração sexual e económica”* (cit in Soroptimist Internacional Clube Porto «Invicta» [SICPI], 2004, pp.8).

Depois de analisarmos várias definições e afirmações de vários investigadores podemos constatar que o conceito de violência doméstica se prolonga para além da simples definição aceite pelas sociedades ocidentais. A violência representa todo e qualquer ato de coação, controlo, intimidação e agressão de alguém face a outrem. É a utilização da força ou instrumentos com a finalidade de magoar, intimidar, coagir ou impor o seu ponto de vista a outro. É um ato de brutalidade, abuso, agressão, constrangimento e desrespeito para com qualquer pessoa (Sagim, Biasoli-Alves, Delfino & Venturini, 2005).

Esta não detém uma identidade única, estável e inconversível, mas possui antes uma base humana, que acolhe toda e qualquer existência edificando-se, assim (quando não se tratam de patologias/psicopatologias diagnosticadas), como uma opção de vida (Sagim et tal, 2005). Homens e mulheres podem escolher ser ou não violentos, porém, o medo e ou a vergonha que na maioria das vezes o Ser Humano possui em admitir as suas grandes fragilidades ao nível social, emocional e psicológico, impulsiona um “ciclo-desculpatório”, dentro do qual e através do qual se instituem um número ilimitado de desculpas para os atos mais bárbaros e as situações mais ímpias, dos quais a violência é exemplo.

Os tipos de violência não podem nem devem ser vistos como elementos estanques, mas sim devem fazer-se representar, como exemplos e expressões reais da violência, que podem funcionar como elementos identificadores dos atos agressivos praticados (Monteiro, 2000).

Segundo Manita (2005), é importante *“não encerrar a violência doméstica na questão mais imediata da violência física”*. Ou seja, as principais formas de ofender, melindrar, agredir, atingir e coagir uma vítima é através de um conjunto de agressões, sejam elas físicas, emocionais ou psicológicas,

abrangendo também, a intimidação, a violência sexual, o isolamento social e o abuso económico (Manita, 2005).

Walker (1984, cit in Pinto, 2009) refere que os maus tratos conjugais poderão contemplar oito dimensões fundamentais: (1) maus tratos físicos (e.g. pontapear e esbofetear); (2) isolamento social (e.g. restrição do contacto com a família e amigos, negar acesso aos cuidados de saúde); (3) intimidação (e.g. através de olhares e palavras); (4) maus tratos emocionais, verbais e psicológicos (e.g. acções e afirmações que afectam a auto-estima, levando a vítima a perder o sentido auto-valorização); (5) recurso a privilégios masculinos (e.g. recusa do agressor em reconhecer a sua companheira como igual); (6) ameaças; (7) violência sexual (e.g. submeter a mulher a práticas sexuais contra a sua vontade); (8) controlo económico (e.g. negar à vítima o acesso ao dinheiro ou impedir o acesso ao emprego).

## **2.2. O Ciclo da Violência**

O estudo incessante e prolongado da temática da violência doméstica permitiu identificar uma trajetória frequente e contínua, intitulada “Teoria do Ciclo da Violência”. De acordo com este modelo, a violência doméstica progride através de ciclos continuamente repetidos e cuja intensidade e frequência aumentam ao longo do tempo. Inicia-se com a acumulação de tensão, passando pela ocorrência da agressão e, por fim, o estado de “lua-de-mel” (Pinto, 2009).

Segundo Manita (2005) o menor incidente pode desencadear uma crise acompanhada de ameaças ou agressões (físicas e/ou psicológicas). Por outro lado, o agressor com receio de perder a sua companheira, adota uma postura afetuosa e justifica as suas atitudes com diversas desculpas e racionalizações, assumindo-se, muitas vezes, como culpado dos seus comportamentos agressivos. Esta mudança de conduta facilita que se instale, por diversas ocasiões, um ciclo de remissão dos comportamentos agressivos (Manita, 2005), denominada de período de “lua-de-mel”. Esta fase alimenta na mulher a expectativa de que o homem não tornará a ser violento, porém, novos

episódios de violência surgirão, fazendo com que os períodos de “lua-de-mel” desapareçam ao longo do tempo (Manita, 2009).

Após consecutivas reproduções deste ciclo, a vítima acredita que é incompetente na sua vida conjugal e conseqüentemente responsável e culpada pela violência a que é sujeita. De acordo com Monteiro (2000), este ciclo é, paralelamente, *“influenciado pela própria cultura da violência e conduz ao aprisionamento no relacionamento violento”*. Brown refere também que *“mantendo a violência invisível através da nossa ignorância sobre o assunto, protegemos o equilíbrio do nosso conforto social e pessoal”*. Por outro lado, *“pensar que a vítima fez algo de errado que contribuiu para o crime ou acreditar numa perturbação específica do agressor faz-nos sentir menos vulneráveis e dá-nos a ilusão de segurança”* (Brown, 1990, cit in Monteiro, 2000).

No entanto e segundo investigações realizadas por Manita (2005), grande parte dos agressores não apresentam psicopatologia relevante nem problemas de alcoolismo ou de toxicodependência (Pinto, 2009). *“O agressor não agride indiscriminadamente pessoas à sua volta, mas sim, escolhe intencionalmente a sua companheira e/ou filhos. A violência doméstica é resultado de um comportamento deliberado, através do qual um agente procura controlar outro, negando-lhe a liberdade a que tem direito”* (Manita, 2009).

### **2.3. Impacto Psicológico da Violência Doméstica nas Vítimas**

Para as vítimas de violência doméstica, os danos psicológicos e as graves alterações psicoafetivas emergem como efeito e consequência natural da existência de agressões (Gonçalves e Machado, 2003).

Em várias investigações tem sido demonstrado que as mulheres vítimas de violência doméstica apresentam problemas psicológicos generalizados, incluindo depressão, alterações psicoafetivas, abuso de álcool, consumo de substâncias psicotrópicas, perturbações como stress pós-traumático, entre outros (Pinto, 2009). Além disso, a violência praticada contra a mulher, conduz a um risco acrescido de problemas de saúde, incluindo dor crónica e incapacidades físicas (Monteiro, 2010).

Segundo Matos (2003, cit in Pinto, 2009), as mulheres maltratadas apresentam um conjunto de transtornos psicológicos graves, entre os quais: distúrbios cognitivos e de memória (e.g., confusão mental, imagens intrusivas, memórias recorrentes do trauma, dificuldades de concentração, crenças incapacitantes sobre si e os outros); comportamentos depressivos (e.g., vergonha, isolamento, culpabilização, baixa auto estima); distúrbios de ansiedade (e.g., hipervigilância, medo, isolamento; percepção de ausência de controlo, ataques de pânico, taquicardia); alterações na sexualidade, dismorfia, neuroticismo, histeria e hipocondria; alterações do padrão do sono e apetite; e tentativas de suicídio. De acordo com o relatório da Comissão Europeia sobre o estado de saúde das mulheres na comunidade Europeia (1997), *“as mulheres agredidas têm cinco vezes mais possibilidades de fazer tentativas de suicídio e de necessitar de tratamento psiquiátrico”* (Pinto, 2009).

#### **2.4. As Casas Abrigo**

A violência doméstica viu, com o acumular dos séculos, ser-lhe atribuída uma autenticação tanto social como académica, face ao número e aos contextos que dia após dia afetava, alterando margens de vida e horizontes de humanidade.

As primeiras Casas Abrigo para vítimas de violência doméstica emergiram na segunda metade dos anos 90 e atualmente existem cerca de 40 dispersas pelo país (Pinto, 2009).

A necessidade da existência das Casas Abrigo é cada vez mais reconhecida tendo em conta a preocupação crescente deste fenómeno e por outro lado, para que seja possível proporcionar às vítimas e aos seus filhos menores a possibilidade de permanecerem protegidos e de reiniciarem uma nova etapa nas suas vidas (Pinto, 2009). De acordo com Peixoto (2002) as mulheres com graves carências económicas e sem retaguarda familiar são as que recorrem mais frequentemente a este tipo de apoio, sendo, na maioria das vezes a única opção para se defenderem de uma relação violenta.

Uma Casa Abrigo é uma residência temporária que acolhe apenas mulheres e crianças vítimas de violência doméstica, cuja localização é totalmente sigilosa, para proteger a integridade física das mesmas. Assim, o acionamento de uma situação de perigo limite, permite o encaminhamento das vítimas para “casas protegidas” caucionando, de imediato, o afastamento das mesmas, face ao agressor e à sua área de residência.

Estas instituições concedem apoios sociais e psicológicos, nomeadamente, apoio jurídico durante um período de 6 meses, duração prevista para o acolhimento das vítimas e seus agregados. Desta forma, as casas abrigo acabam por funcionar, também, como um importante recurso social visto que grande parte das vítimas apresentam graves carências económicas, sociais e individuais (Pinto, 2009).

No que concerne ao funcionamento das casas, de um modo geral, todas elas apresentam regras e normas similares, nomeadamente, o tempo de permanência e o regulamento interno. Segundo a Lei nº 107/99, de 3 de Agosto, e no Decreto – Lei nº 323/2000, de 19 Dezembro, artigo 4º (Objetivos),

*“As casas de abrigo constituem formas de apoio especialmente vocacionadas para a proteção de mulheres vítimas de violência, tendo em vista a prossecução dos seguintes aspetos: a) Acolher temporariamente as utilizadoras e as crianças, tendo em vista a proteção da sua integridade física e psicológica; b) Proporcionar às utilizadoras e às crianças as condições necessárias à sua educação, saúde e bem-estar integral, num ambiente de tranquilidade e segurança; c) Promover a aquisição de competências pessoais, profissionais e sociais das utilizadoras; d) Proporcionar, através dos mecanismos adequados, a reorganização das suas vidas, visando a respetiva reinserção familiar, social e profissional”* (Pinto, 2009, pp.4).

Apesar da permanência das utentes numa Casa Abrigo ser estipulada por um período de 6 meses, em casos excecionais e de acordo com o parecer da equipa técnica, este período poderá prolongar-se por mais 6 meses (S.I.C.P.I., 2004).

A permanência da mulher na Casa Abrigo permitirá que, ao longo do tempo, restabeleça o seu equilíbrio emocional e reedifique um projeto de vida com vista à aquisição de um emprego e de uma habitação própria (S.I.C.P.I., 2004).

## **P**ARTE II – MÉTODO

---

O presente capítulo começa por descrever os objetivos que orientaram a investigação, centrando-se, posteriormente, no método, detalhando os participantes, instrumentos utilizados e procedimentos implementados.

## 1. Objetivos

O objetivo geral do nosso estudo empírico foi contribuir metodologicamente e teoricamente para a análise do comportamento na idade adulta através de dois estudos relacionados.

Concretamente, o **Estudo 1** teve como objetivo primordial a avaliação das características psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação do comportamento – *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos* (I.A.A.C.A.) – assumindo os seguintes objetivos específicos:

- a) Aferir e validar o I.A.A.C.A. para uma amostra da população portuguesa da região norte.
- b) Avaliação das características psicométricas do I.A.A.C.A. em termos da sensibilidade, validade de constructo e fidelidade da versão portuguesa do instrumento.
- c) Estabelecer normas de comparação baseadas numa amostra da população portuguesa da região norte.
- d) Analisar as relações existentes entre o I.A.A.C.A. e o I.C.A.

O **Estudo 2** assumiu como principal objetivo comparar os resultados obtidos da população normativa com os resultados obtidos da população específica (mulheres vítimas de violência doméstica, que habitam em Casas Abrigo), tentando verificar a existência de correlações significativas entre vitimação e problemas comportamentais.

## 2. Método

### 2.1. Participantes e Amostra

A selecção dos participantes para esta investigação foi realizada com o objetivo de obter uma amostra representativa em termos das diferentes faixas etárias para a validação do instrumento de avaliação.

A amostra é constituída por dois grupos:

(I) **Amostra Geral:** 400 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos.

Para efeito de cálculo de pessoas a ingressar na amostra geral, foi tido em consideração que o número de indivíduos por idades fosse representativo da população portuguesa, tendo como referência os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) de 2009, de forma a respeitar, em termos de amostra, a proporção por faixas etárias e género. Assim, a amostra geral é constituída por 400 indivíduos, 33 do sexo feminino (8.25%) e 35 do sexo masculino (8,75%) com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos; e 169 do sexo feminino (42.25%) e 163 do sexo masculino (40,75%) com idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos ( $M = 35.41$ ;  $DP = 12.03$ ).

Para efeitos descritivos utilizamos uma divisão por faixas etárias de acordo com a realizada por Achenbach (18-35 / 36-59). Assim, a amostra geral é constituída por 400 indivíduos, 125 do sexo feminino ( $M=25.08$ ,  $DP= 4.76$ ) e 95 do sexo masculino ( $M=26.80$ ,  $DP=4,97$ ) com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos; e 80 do sexo feminino ( $M=46,51$ ,  $DP=6.06$ ) e 100 do sexo masculino ( $M=47.69$ ,  $DP=6.75$ ) com idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos.

(II) **Amostra Específica:** 30 mulheres vítimas de violência doméstica e a habitar em Casas Abrigo sitas na zona do Grande Porto, com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos.

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

e, competências mínimas de leitura e escrita para que fosse possível a compreensão das questões apresentadas no questionário.

Foram tidos em consideração os seguintes Critérios de Exclusão: indivíduos não residentes em Portugal, analfabetos e que não consentiram participar na investigação.

### 2.1.1. Caracterização da Amostra Geral

**Tabela 1:** Características sócio-demográficas da amostra geral

<b>Características</b>						
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Max</b>	<b>Min</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Sexo</b>						
Masculino	195	48.8	---	---	---	---
Feminino	205	51.3	---	---	---	---
<b>Idade</b>	400	100	59	18	35.41	12.03
<b>Estado Civil</b>						
Nunca foi casado	187	46.8	---	---		
Casado(a), a viver com o conjuge	174	43.5	---	---		
Viúvo(a)	4	1.0	---	---		
Casado mas separado do conjuge	8	2.0	---	---	---	---
Divorciado(a)	23	5.8	---	---		
Outro	4	1.0	---	---		
<b>Habilitações Literárias</b>						
Até ao 9º Ano	52	13.0	---	---		
9º Ano	61	15.3	---	---		
12º Ano	69	17.3	---	---		
Bacharelato	6	1.5	---	---		
Licenciatura	95	23.8	---	---	---	---
Mestrado	6	1.5	---	---		
Doutoramento	4	1.0	---	---		
Mestrado ou Doutoramento não concluído	11	2.8	---	---		
Licenciatura não concluída	96	24.0	---	---		

Tal como foi referido anteriormente, o grupo I é constituído por um total de 400 indivíduos. No que se refere ao sexo, 51.3% eram do sexo feminino e 48.8 eram do sexo masculino. Relativamente às idades, a média localizou-se

nos 35.41 e o desvio padrão nos 12.03, sendo 18 anos a idade mínima e 59 anos a idade máxima.

Relativamente ao estado civil é possível constatar que 46.8% (N=187) dos participantes nunca foram casados, 43.5% (N=174) são casados, a viver com o conjugue, 1.0% (N=4) são viúvos, 2.0% (N=8) são casados mas encontram-se separados do conjugue, 5.8% (N=23) são divorciados e 1.0% (N=4) apresentam outro estado civil (Tabela 1).

No que concerne às habilitações literárias, a amostra encontra-se distribuída por todos os níveis de escolaridade, sendo que 13.0% (N=52) dos participantes possui até ao 9ºano de escolaridade, 15.3% (N=61) o 9ºano de escolaridade, 17.3% (N=69) o 12ºano de escolaridade, 1.5% (N=6) o bacharelato, 23.8% (N=95) a licenciatura, 1.5% (N=6) o mestrado, 1.0% (N=4) o doutoramento, 2.8% (N=11) frequência de mestrado ou doutoramento mas sem conclusão do mesmo e 24.0% (N=96) frequência de licenciatura mas sem conclusão da mesma.

### 2.1.2. Caracterização da Amostra Específica

**Tabela 2:** Características sócio-demográficas da amostra específica

<b>Características</b>						
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Max</b>	<b>Min</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>	20	100	59	27	42.25	9.79
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	5	25.0	---	---		
Casado / União de facto	4	20.0	---	---	---	---
Divorciado / Separado	11	55.0	---	---		
<b>Habilitações Literárias</b>						
Até ao 5º Ano	13	65.0	---	---		
5º Ano	6	30.0	---	---	---	---
Até 9º Ano	1	5.0	---	---		

Pela análise da tabela 2 é possível constatar que a amostra específica é constituída por 30 indivíduos, todos eles do sexo feminino com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos ( $M = 42.25$ ;  $DP = 9.79$ ).

Em relação ao estado civil, 25.0% ( $N=5$ ) das mulheres vítimas de violência doméstica são solteiras, 20.0% ( $N=4$ ) são casadas ou vivem em união de facto e 55.0% ( $N=11$ ) são divorciadas ou separadas.

No que concerne às habilitações literárias conclui-se que 65.0% ( $N=13$ ) das participantes possuem até ao 5ºano de escolaridade, 30.0% ( $N=6$ ) o 5ºano de escolaridade e 5.0% ( $N=1$ ) até ao 9ºano de escolaridade (Tabela 2).

## 2.2. Instrumentos

### ***Adult Self-Report (A.S.R.) ou Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos (I.A.A.C.A.)***

O instrumento utilizado, *Adult Self-Report (A.S.R.)*, na sua tradução portuguesa (Caldas, 2010) designado de *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos (I.A.A.C.A.)* foi desenvolvido em 1997 por Thomas Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2003). O I.A.A.C.A. é uma revisão do *Young Adult Self-Report (Y.A.S.R.)*, tendo sido sujeito a algumas transformações.

É um inventário de autoavaliação direcionado para adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos e com o objetivo de obter uma representação do comportamento do adulto tal como ele se vê a si próprio.

A fase inicial do questionário (1ª e 2ª página) está destinada à recolha de dados demográficos, familiares e sociais, enquanto que numa fase posterior (3ª e 4ª página) os itens são direcionados para abordar questões relacionadas com problemas comportamentais, sociais e emocionais. Nesta última fase, o I.A.A.C.A. é constituído por 126 itens com um formato de escala de *Likert* de 3 pontos (0= “Não Verdadeiro”; 1= “Um Pouco ou às Vezes Verdadeiro”; 2= “Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro”) e o seu preenchimento apela aos 6 meses precedentes.

É um instrumento que permite avaliar duas dimensões gerais do comportamento: a *Internalização* a partir da qual é possível avaliar quatro fatores explicativos do comportamento (1.*Ansiedade/Depressão*; 2.*Retraimento/Afastamento*; 3.*Queixas Somáticas*; 4.*Problemas de Pensamento*) e a *Externalização* onde é, igualmente, possível avaliar quatro dimensões explicativas do comportamento (5.*Problemas de Atenção*; 6.*Comportamentos Agressivos*; 7.*Quebra de Regras*; 8.*Intrusão*) – Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM (Achenbach & Rescorla, 2003).

É constituído, também, por *Itens Críticos* que são de particular preocupação para os clínicos. Exemplos disso são os itens 6, 8, 9, 10, 14, 16, 18, 21, 40, 55, 57, 66, 70, 84, 90, 91, 92, 97 e 103; *Itens de Desejabilidade Social*, ou seja, questões que testam respostas socialmente desejáveis e que normalmente, são confirmados pela maioria das pessoas (Achenbach & Rescorla, 2003). Exemplos disso são os itens 2, 4, 15, 49, 73, 80, 88, 106, 109, e 123; e por fim, *Escala de Funcionamento Adaptativo*, constituídas pelos itens I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII.

Por outro lado, vários itens pretendem que os sujeitos respondam descritivamente a determinados problemas/dificuldades ou até mesmo características, o que permite fornecer ao investigador informação intrinsecamente importante para a avaliação e informação clinicamente útil, que numa fase posterior pode ser analisada em entrevistas. Exemplos disso são os itens 6, 9, 29, 40, 46, 58, 66, 70, 77, 79, 84, 85, 92 e 100.

Neste questionário existem, também, alguns itens de resposta livre relativos ao funcionamento adaptativo, que descrevem doenças e deficiências, preocupações e inquietações, bem como as qualidades do próprio indivíduo.

No que diz respeito às características psicométricas da versão americana do I.A.A.C.A., a fidelidade é geralmente muito elevada para todas as sub-escalas (escalas de funcionamento adaptativo, escalas de uso de substâncias, itens críticos, fatores de internalização e externalização e escalas orientadas para o DSM-IV), em que todos os *teste-retest* são significativos para  $p < 0.01$ , estando localizada entre 0.80 e 0.90. A média de  $r$  para os fatores do I.A.A.C.A. é 0.88, enquanto o  $rs$  para o Índice Geral de Sintomas é 0.94. No

que diz respeito às Escalas Orientadas para o DSM-IV, a média localiza-se em 0.83 (Achenbach & Rescorla, 2003).

Uma consistência interna elevada é desejável e indica que a escala é altamente confiável. Contudo, como a consistência interna é calculada em simultâneo com base nas pontuações obtidas em todos os itens, esta pode não transmitir, realmente, a fidelidade do *teste-retest* da escala. Além disso, algumas escalas com uma consistência interna muito elevada podem não ser tão válidas como outras com consistência interna menor.

Relativamente à validade, o I.A.A.C.A. foi correlacionado com o *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R). Da mesma forma que o sistema de Achenbach, o SCL-90-R possui fatores explicativos que traduzem construtos sintomáticos: Somatização, Obsessivo-Compulsividade, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo. Assim, através da análise efetuada, obteve-se correlações significativas entre todos os fatores do I.A.A.C.A. e do SCL-90 (Achenbach & Rescorla, 2003).

### Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)

O *Inventário de Violência Conjugal* (I.V.C) permite tipificar as formas de violência praticadas e recebidas nas relações conjugais, tendo como objetivo “*identificar a vitimização e/ou perpetração de comportamentos abusivos*” (Machado, Matos & Gonçalves, 2006).

É composto por 21 itens que abordam atos de comportamentos fisicamente abusivos (e.g., pontapés, bofetadas), comportamentos emocionalmente abusivos (e.g., insultar ou difamar) e comportamentos de coerção/intimidação (e.g., impedir o contacto com outras pessoas, destruir ou partir objetos para provocar medo). As afirmações de cada um dos comportamentos listados referem-se a condutas perpetuadas durante o último ano.

Na parte A deste inventário é solicitado que exponham os comportamentos que os próprios adotaram no contexto da sua relação afetiva

e os comportamentos que o companheiro adotou em relação a si, durante o último ano. Na possibilidade de uma destas opções ser afirmativa, é questionado ao participante a frequência desse comportamento. Na parte B do inventário este procedimento é repetido mas tendo em conta as relações anteriores dos sujeitos (Machado et al, 2006).

No âmbito do presente estudo e tendo em conta os objetivos da investigação, este inventário foi adaptado. Utilizou-se, assim, os 21 itens constituintes alterando, apenas, as instruções de resposta, constando que os participantes deveriam responder às questões apresentadas, tendo em conta qualquer relação amorosa do sujeito passada ou atual.

Na escala original para cada comportamento listado na escala, são solicitadas duas respostas: uma referente ao facto de o respondente ter utilizado esses comportamentos no âmbito de qualquer relação amorosa - Perpetuação (alínea a) e outra referente ao facto desse mesmo comportamento ter sido utilizado pelo parceiro sobre si – Vitimização (alínea b). No âmbito do presente estudo apenas a alínea b), referente à vitimização, é que foi utilizada para efeitos de tratamento dos dados.

Os itens 1, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17 e 18 correspondem aos atos de maltrato físico. Os itens 3 (dar bofetadas), 13 (dar empurrões violentos) e 10 (atirar com objetos) revelaram ser os comportamentos com maior prevalência ao nível da perpetração e da vitimização.

Os itens 2, 6, 7, 9, 14, 19 e 20 dizem respeito aos atos de maltrato emocional. Os itens 2 (insultar, difamar, ou fazer afirmações graves para humilhar ou ferir o parceiro), 20 (gritar ou ameaçar para meter medo) e 6 (partir coisas ou deitar a comida ao chão para meter medo) dizem respeito aos comportamentos com maior prevalência ao nível da perpetração e da vitimização.

O I.V.C é um instrumento que pode ser administrado em grupo ou individualmente e não possui tempo limite para preenchimento.

Segundo os autores, não existe uma cotação específica, uma vez que se trata de um inventário comportamental. Assim, a leitura desta escala deve ser expressa item a item, examinando a regularidade do uso de cada prática abusiva (Machado et al, 2006). Para efeitos do presente estudo, os itens do

inventário foram convertidos numa escala do tipo *Likert* de 3 pontos, em que “0=Nunca me fizeram; 1= Já me fizeram uma única vez; 2= Já me fizeram mais do que uma vez”.

### 2.3. Desenho Metodológico

O presente estudo é de natureza quantitativa que procura a avaliação das propriedades psicométricas do I.A.A.C.A. tendo em conta a realidade portuguesa.

O desenho do **Estudo 1** é do tipo observacional-descritivo transversal normativo, tendo em conta que focamos apenas um grupo representativo da população (Amostra Geral) e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999). O desenho do **Estudo 2**, é do tipo observacional-descritivo de comparação entre grupos, visto que o estudo é direcionado para dois grupos (Amostra Geral e Amostra Específica), escolhidos com base no critério de um deles possuir uma característica de interesse para o estudo (Amostra Específica) e o outro não (Amostra Geral). Neste estudo os dados são, também, recolhidos num único período de tempo (Ribeiro, 1999).

### 2.4. Procedimento

O presente estudo teve início com a autorização obtida, por meio de correio eletrónico, junto do autor original, do *Adult Self-Report* (A.S.R.), Thomas Achenbach, assim como também foi possível a discussão de alguns aspetos pertinentes.

Numa fase posterior procedeu-se à tradução para a língua portuguesa da versão original do A.S.R., realizada pelo Professor Doutor José Carlos Caldas, docente do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Ver em anexo a tradução do A.S.R. (*Adult Self-Report*) ou I.A.A.C.A. (*Inventário de Auto-Avaliação de Comportamento para Adultos*).

Antes da administração do instrumento, foi estabelecido um contacto pessoal entre a investigadora e os participantes da amostra geral e para aumentar a probabilidade de resposta solicitamos a colaboração de conhecidos da rede de relações dos colaboradores, de forma a criar uma amostra de “*Bola de Neve*” (Ribeiro, 1999). Por outro lado, foi também estabelecido um contacto pessoal com as entidades onde habitam as mulheres vítimas de violência doméstica, de forma a obter autorização para a recolha da amostra, esclarecendo, detalhadamente, toda a metodologia, objetivos e a pertinência inerentes à investigação.

Num segundo momento, foi desenvolvida e apresentada aos participantes uma declaração de consentimento informado<sup>7</sup> com a finalidade de elucidar todos os aspetos mencionados anteriormente e por outro lado, representar uma manifestação expressa da autonomia da vontade de cada colaborador.

Numa fase posterior, procedeu-se à recolha de dados junto dos participantes. Foram administrados a 400 indivíduos da população em geral o I.A.A.C.A. e a familiares ou amigos dos mesmos, o I.C.A. (no âmbito de um outro estudo a decorrer em simultâneo (Caldas & Pardalejo, 2011). A pedido do professor Achenbach, anexado a estes questionários aparecia uma outra página com três questões, de forma a complementar a informação dos questionários anteriores, no entanto, no nosso estudo, as mesmas não foram utilizadas para efeitos de tratamento dos dados. As questões eram as seguintes: (1) Nos últimos 12 meses, necessitou de receber algum tipo de acompanhamento de serviços de saúde mental (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ou outro profissional de saúde mental)?; (2) Nos últimos 12 meses, necessitou de receber algum tipo de apoio relacionado com problemas de consumo de álcool ou drogas?; (3) Local de residência.<sup>8</sup>

No que concerne à amostra específica de mulheres vítimas de violência doméstica e após a aprovação da Comissão Ética das Casas Abrigo para recolha de dados, procedeu-se à recolha de dados na amostra (n=20), elucidando de forma específica os objetivos do estudo. Relativamente ao I.C.A. (*Inventário de Comportamento para Adultos*), este foi respondido por uma

<sup>7</sup> Ver em anexo o consentimento informado.

<sup>8</sup> Ver em anexo a informação complementar ao I.A.A.C.A.

colega próxima de si, também residente do centro de acolhimento, ou por uma técnica ou auxiliar da Casa Abrigo, uma vez que se tratam de mulheres afastadas da cidade de origem. Por motivos de confidencialidade não se especifica os nomes das instituições da recolha da amostra específica.

Para finalizar, a última fase consistiu na recolha dos questionários e na sua introdução numa base de dados fornecida pelo Professor Achenbach (*A.D.M Assessment Data Manager, versão 9.1*) com posterior transladação dos mesmos dessa base de dados para o programa *IBM SPSS Statistics 19*, com vista ao tratamento e análise dos mesmos.

### 3. Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados é uma das etapas com maior importância numa investigação, apesar de muitas vezes negligenciada (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998). Nesta investigação os dados foram tratados a fim de satisfazer alguns parâmetros dos dados amostrais, nomeadamente, a avaliação da normalidade da distribuição dos resultados.

Para caracterizar a amostra tendo em conta as frequências, as médias, os desvios padrão e as percentagens, recorreremos à Estatística Descritiva.

No estudo 1, para determinar as características psicométricas, ou seja, para calcular a sensibilidade, a validade e a fidelidade do instrumento, bem como para correlacionar os dados obtidos, recorreremos à Estatística inferencial.

Para calcular a sensibilidade da nossa escala procedeu-se a uma análise da simetria e curtose da distribuição dos resultados, bem como à proximidade entre média, moda e mediana.

De forma a calcular a fidelidade do instrumento procedeu-se ao cálculo do coeficiente *alfa de Cronbach*, que corresponde a uma medida da consistência interna.

Para estabelecer as normas para a população portuguesa, baseamo-nos na média e desvio padrão dos resultados totais.

No estudo das correlações entre variáveis optou-se por fazer uma análise correlacional entre o I.A.A.C.A. e o I.C.A. para se verificar se existe

uma relação significativa entre ambos, ou seja entre as avaliações feitas pelo próprio e as avaliações feitas por familiares e amigos.

No estudo 2, para comparar os resultados do grupo normativo e do grupo específico, dada a grande diferença entre os efetivos das amostras (N=400 e N=20, respetivamente), recorreremos a uma análise não paramétrica através do cálculo do *Mann-Whitney* (U) e uma análise das correlações entre o IAACA e o IVC, exclusivamente para a mostra de vítimas de violência doméstica.

## 4. Resultados

### Estudo 1: Características Psicométricas do I.A.A.C.A.

#### 4.1. Resultados Relativos às Escalas de Comportamento Adaptativo na Amostra Geral

**Tabela 3:** Distribuição dos resultados por deficiência/doença incapacitante<sup>9</sup>

Deficiência / Incapacidade	N	%
Sim	26	6.5
Não	374	93.5

Através da análise da tabela 3, verificou-se que 6.5% (N=26) dos participantes apresentam uma deficiência ou uma doença incapacitante (Tabela 3).

<sup>9</sup> Ver em anexo o gráfico correspondente

**Tabela 4:** Distribuição dos resultados por preocupações e inquietações relacionadas com a família, trabalho e educação<sup>10</sup>

<b>Preocupações</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	188	47.0
<b>Não</b>	212	53.0

Não obstante, foi também possível apurar que 47.0% (N=188) da amostra apresenta preocupações e inquietações relacionadas com a família, trabalho e educação (Tabela 4).

**Tabela 5:** Distribuição dos resultados por número de amigos<sup>11</sup>

<b>Amizades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>0 Amigos</b>	5	1.3%		
<b>1 Amigo</b>	16	4.0%	2.61	0.62
<b>2 ou 3 Amigos</b>	111	27.8%		
<b>4 ou mais Amigos</b>	268	67.0%		

**Tabela 6:** Distribuição dos resultados pela avaliação da relação com os amigos<sup>12</sup>

<b>Amizades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Não tão bem como gostaria</b>	14	3.5		
<b>Medianamente</b>	78	19.5	2.05	0.86
<b>Acima da média</b>	188	47.0		
<b>Muito acima da média</b>	119	29.8		

**Tabela 7:** Distribuição dos resultados pelo contacto com os amigos<sup>13</sup>

<b>Contacto com os Amigos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Menos de 1</b>	10	2.5		
<b>1 ou 2</b>	38	9.5	2.47	0.76
<b>3 ou 4</b>	106	26.5		
<b>5 ou mais</b>	246	61.5		

<sup>10</sup> Ver em anexo o gráfico correspondente

<sup>11</sup> Ver em anexo o gráfico correspondente

<sup>12</sup> Ver em anexo o gráfico correspondente

<sup>13</sup> Ver em anexo o gráfico correspondente

**Tabela 8:** Distribuição dos resultados pelo número de visitas dos amigos e familiares / por mês<sup>14</sup>

Visitas dos Amigos	N	%	M	DP
Menos de 1	27	6.8		
1 ou 2	116	29.0		
3 ou 4	142	35.5	1.88	0.97
5 ou mais	114	28.5		

No que diz respeito ao número de amigos, averiguou-se que 1.3% (N=5) dos participantes não tem amigos, 4.0% (N=16) tem apenas um amigo, 27.8% (N=111) tem dois ou três amigos e 67.0% (N=268) tem quatro ou mais amigos (Tabela 5).

Por outro lado, foi possível verificar que 3.5% (N=14) da amostra não se relaciona tão bem quanto gostaria com os seus amigos, 19.5% (N=19) dão-se medianamente com os amigos, 47.0% (N=188) têm uma relação acima da média com os amigos e 29.8% (N=119) usufruem de uma relação muito acima da média com os amigos (Tabela 6).

Relativamente ao número de vezes que os participantes mantêm contacto com os amigos próximos, constatou-se que 2.5% (N=10) tem contacto menos de uma vez com os amigos, 9.5% (N=38) tem contacto uma ou duas vezes com os amigos, 26.5 (N=106) tem contacto três ou quatro vezes com os amigos e por fim, 61.5% (N=246) mantêm contacto cinco ou mais vezes com os amigos próximos (Tabela 7).

Para finalizar e relativamente ao número de vezes que por mês alguns amigos e familiares visitam os participantes da amostra, verificou-se que 6.8% (N=27) recebe menos de uma visita, 29.0% (N=116) recebe uma ou duas visitas, 35.5% (N=142) recebe três ou quatro visitas e por fim, 28.5% (N=114) recebe cinco ou mais visitas (Tabela 8).

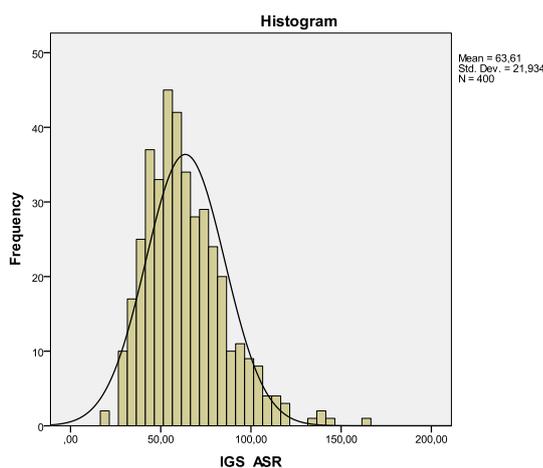
<sup>14</sup> Ver em anexo o gráfico correspondente

## 4.2. Sensibilidade dos Resultados para a Escala de Problemas de Comportamento (Resultados Totais, Fator Internalização e Fator Externalização)

**Tabela 9:** Análise da normalidade da distribuição dos resultados.

IGS	
<b>M</b>	63.61
<b>Mediana</b>	60.00
<b>Moda</b>	75.00
<b>DP</b>	21.93

**Gráfico 1:** Curva da distribuição dos resultados totais.



**Tabela 10:** Análise da assimetria e curtose dos itens do I.A.A.C.A.

	<b>Assimetria</b>	<b>Curtose</b>
<b>IGS</b>	0.948	1.519

A partir da análise da tabela 9 e do gráfico 1, podemos concluir que a distribuição das frequências respeita, sensivelmente, uma distribuição normal uma vez que os valores da média (63.61), da moda (75.00) e da mediana

(60.00) são relativamente próximos e os valores de assimetria e curtose são 0.948 e 1.122 respetivamente, próximos do valor 1 (Tabela 10).

**Tabela 11:** Análise da normalidade da distribuição dos resultados e da assimetria e curtose para o fator Internalização

	<b>Assimetria</b>	<b>Curtose</b>	<b>M</b>	<b>Moda</b>	<b>Mediana</b>
<b>Internalização</b>	1.200	2.310	37.34	31.00	35.00

Pela análise da tabela 11, podemos concluir que os valores de assimetria e curtose para a Internalização são 1.200 e 2.310 respetivamente, o que mostra representar uma curva de distribuição sensivelmente normal, embora demasiada elevada. Por outro lado, os valores da média (37.34), da moda (31.00) e da mediana (35.00) são relativamente próximos.

**Tabela 12:** Análise da normalidade da distribuição dos resultados e da simetria e curtose para o fator Externalização

	<b>Assimetria</b>	<b>Curtose</b>	<b>M</b>	<b>Moda</b>	<b>Mediana</b>
<b>Externalização</b>	0.666	0.023	24.40	17.00	22.00

Através da análise da tabela 12, podemos concluir que os valores de assimetria e curtose para a Externalização são 0.666 e 0.023 respetivamente, o que mostra representar uma curva de distribuição sensivelmente normal, embora demasiada achatada. Por outro lado, os valores da média (24.40), da moda (17.00) e da mediana (22.00) são relativamente próximos.

### 4.3. Validade do Construto do Instrumento

Para avaliar a replicabilidade do modelo da versão original, procedeu-se a uma análise fatorial, seguida de rotação *Varimax*, forçando uma solução a dois fatores e uma outra a oito fatores.

Em anexo, encontram-se tabelas que representam os itens distribuídos por **dois fatores** explicativos, para a amostra total e para as faixas etárias dos 18-59 anos, 18-35 anos e 36-59 anos<sup>15</sup> e tabelas onde constam os itens distribuídos por **oito fatores** explicativos, para a amostra total e para as faixas etárias dos 18-59 anos, 18-35 anos e 36-59 anos<sup>16</sup>, de acordo com os resultados obtidos na população portuguesa.

Tendo em conta os itens que constituem os dois fatores, designou-se o fator 1 de *Internalização* e o fator 2 de *Externalização*.

Tendo em conta os itens que constituem os oito fatores, designou-se o fator 1 de *Ansiedade/Depressão*, o fator 2 de *Auto-estima*, o fator 3 de *Problemas de Atenção*, o fator 4 de *Impulsividade*, o fator 5 de *Comportamento de Extroversão*, o fator 6 de *Comportamentos Agressivos*, o fator 7 de *Problemas de Personalidade Anti-social* e por fim, o fator 8 de *Características Positivas* (Fator que engloba apenas características positivas e não tanto problemas de comportamento).

### 4.4. Fidelidade dos Resultados

#### 4.4.1. Consistência Interna

**Tabela 13:** Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa.

Escala	<i>Alpha</i> de Cronbach - Versão Portuguesa –
I.A.A.C.A.	0.93

<sup>15</sup> Ver em anexo as tabelas correspondentes

<sup>16</sup> Ver em anexo as tabelas correspondentes

Para verificar a fidelidade do instrumento optou-se pelo coeficiente *alfa de Cronbach*, que corresponde a uma medida da consistência interna, permitindo explorar o grau em que os itens que avaliam os problemas comportamentais medem no mesmo sentido um mesmo construto.

Obteve-se um valor de 0.93 para o I.A.A.C.A., demonstrando que a consistência interna do instrumento é bastante satisfatória (Tabela 13).

Estes resultados permitem concluir que o instrumento apresenta níveis elevados de homogeneidade.

**Tabela 14:** Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Internalização.

<b>Internalização</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
	0.929

Para o fator *Internalização* encontramos um *alfa de Cronbach* de 0.929, demonstrando que a consistência interna do fator é bastante satisfatória (Tabela 14).

**Tabela 15:** Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Externalização.

<b>Externalização</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
	0.873

Para o fator *Externalização* encontramos um *alfa de Cronbach* de 0.873, demonstrando que a consistência interna do fator é bastante satisfatória (Tabela 15).

**Tabela 16:** Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Internalização e a Externalização, para idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos.

Fatores	Alpha de Cronbach
Internalização	0.923
Externalização	0.861

Pela análise da tabela 16 podemos verificar que para o fator *Internalização* e *Externalização*, para idades localizadas entre os 18 e os 35 anos, encontramos um *alfa de Cronbach* de 0.923 e 0.861 respetivamente, demonstrando que a consistência interna dos fatores é bastante satisfatória.

**Tabela 17:** Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Internalização e a Externalização, para idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos.

Fatores	Alpha de Cronbach
Internalização	0.941
Externalização	0.863

Através da análise da tabela 17 podemos verificar que para o fator *Internalização* e *Externalização*, para idades localizadas entre os 36 e os 59 anos, encontramos um *alfa de Cronbach* de 0.941 e 0.863 respetivamente, demonstrando que a consistência interna dos fatores é bastante satisfatória.

**Tabela 18:** Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para os 8 Fatores, para as idades entre os 18 e os 35 anos.

Fatores	Alpha de Cronbach
1	0.907
2	0.847
3	0.781
4	0.662
5	0.766
6	0.622
7	0.685
8	0.565

Para os fatores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, nas idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, encontramos um *alfa de Cronbach* situado entre 0.907 e 0.565, sendo que os valores mais elevados situam-se no fator 1 ( $\alpha=0.907$ ) e no fator 2 ( $\alpha=0.847$ ) e os valores mais baixos no fator 8 ( $\alpha=0.565$ ) e no fator 6 ( $\alpha=0.622$ ) (Tabela 18).

**Tabela 19:** Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para os 8 Fatores, para as idades entre os 36 e os 59 anos.

Fatores	Alpha de Cronbach
1	0.928
2	0.831
3	0.740
4	0.760
5	0.654
6	0.501
7	0.660
8	0.635

Para os fatores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, nas idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos, encontramos um *alfa de Cronbach* situado entre 0.928 e 0.501, sendo que os valores mais elevados situam-se no fator 1 ( $\alpha=0.928$ ) e no fator 2 ( $\alpha=0.831$ ) e os valores mais baixos no fator 6 ( $\alpha=0.501$ ) e no fator 8 ( $\alpha=0.635$ ) (Tabela 19).

#### 4.5. Normas para a População Portuguesa

As normas foram calculadas com base nas médias, desvios-padrão e cálculo dos respetivos percentis, através das médias do somatório para o total da amostra nos dois fatores e nos oito fatores e ainda por géneros para as faixas etárias 18-35 e 36-59. Todas as tabelas se encontram em anexo.

#### 4.6. Estudo das Correlações entre Variáveis

**Tabela 20:** Correlação entre o I.A.A.C.A. e o I.C.A.

I.G.S. _I.A.A.C.A		
I.G.S. _I.C.A.	<i>r</i>	<i>p</i>
	0.232	<0.001

A partir da análise da tabela 20, é possível concluir que existe uma correlação muito significativa ( $r= 0.232$ ,  $p<0.001$ ). Constatamos, assim, que existe uma concordância inter-avaliadores, ou seja, entre os indivíduos que responderam ao questionário (autoavaliação) e os informantes (heteroavaliação).

**Estudo 2:**  
**Comparação dos Resultados Obtidos pela População Normativa com os Resultados Obtidos pela População Vítima de Violência Doméstica**

Para comparar os resultados do grupo normativo e do grupo específico, procedeu-se a uma análise não paramétrica através do cálculo do *Mann-Whitney (U)*.

**Tabela 21:** Comparação dos resultados entre o grupo normativo e específico para os resultados totais.

Grupos	N	Rank Médio	U	p
Grupo Normativo	400	202.97	986.500	<0.001
Grupo Específico (Vítimas de V.D.)	20	361.18		

Pela análise da tabela 21, é possível constar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo normativo (*Rank* médio = 202.97) e o grupo específico (*Rank* médio = 361.18),  $U=986.500$ ,  $p<0.001$ , sendo que o grupo de vítimas de violência doméstica (grupo específico) apresenta valores mais elevados em termos de problemas comportamentais.

**Tabela 22:** Correlação entre o I.A.A.C.A. e o I.V.C.

I.G.S._I.A.A.C.A.	I.V.C.	
	r	p
	-0.310	0.183*

\* ns

Através da análise da tabela 22, é possível verificar que não existe uma correlação significativa entre o I.A.A.C.A. e o I.V.C. ( $r=0.183$ ,  $p<0.001$ ), ou seja,

as vítimas de violência doméstica não parecem revelar maior índice de problemas comportamentais avaliados pelo I.A.A.C.A.

**Tabela 23:** Correlação entre o I.V.C. e a Internalização do I.A.A.C.A.

Internalização	I.V.C.	
	<i>r</i>	<i>p</i>
	-0.192	0.418*

\* *ns*

Através da análise da tabela 23, é possível verificar que não existe uma correlação significativa entre o I.V.C. e a Internalização ( $r = -0.192$ ,  $p < 0.001$ ).

**Tabela 24:** Correlação entre o I.V.C. e a Externalização do I.A.A.C.A.

Externalização	I.V.C.	
	<i>r</i>	<i>p</i>
	-0.268	0.253*

\* *ns*

Através da análise da tabela 24, é possível verificar que não existe uma correlação significativa entre o I.V.C. e a Externalização ( $r = -0.268$ ,  $p < 0.001$ ).

## 5. Discussão de Resultados

Este espaço de análise e discussão é dedicado à reflexão crítica. Pretende-se analisar se os objetivos propostos foram alcançados e sistematizar as principais contribuições desta dissertação.

Cada um dos estudos e respetivos resultados serão analisados com o objetivo de aprofundar e refletir sobre a validação e utilização do instrumento de avaliação – o IAACA.

De forma a facilitar e simplificar a organização da discussão de resultados, esta será dividida em duas partes. Na primeira parte discutem-se as questões levantadas pelo Estudo 1, procurando-se refletir sobre a adequabilidade da utilização do I.A.A.C.A. na população portuguesa. Em seguida, serão analisados os resultados obtidos no Estudo 2, onde se reflete sobre as relações obtidas entre a população normativa e a população específica (mulheres vítimas de violência doméstica, que habitam em Casas Abrigo).

### 5.1. Discussão de Resultados do Estudo 1

O Estudo 1 tinha como objetivo central a avaliação das características psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação do comportamento – *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos* (I.A.A.C.A.). Especificamente pretendia-se: a) Aferir e validar o I.A.A.C.A. para uma amostra da população portuguesa da região norte; b) Avaliar as características psicométricas do I.A.A.C.A. em termos da sensibilidade, validade de constructo e fidelidade da versão portuguesa do instrumento; c) Estabelecer normas de comparação baseadas numa amostra da população portuguesa da região norte; d) Analisar as relações existentes entre o I.A.A.C.A. e o I.C.A.

Passaremos a discutir os principais resultados obtidos, enunciando as conclusões gerais.

Relativamente à **sensibilidade dos resultados**, concluiu-se que a distribuição das frequências da escala respeita, sensivelmente, uma

distribuição normal. Por outro lado, através da análise da assimetria e curtose dos itens do I.A.A.C.A., da Internalização e da externalização, constatou-se que os resultados demonstram representar uma curva de distribuição normal. Porém, no fator Internalização a curva de distribuição normal encontra-se demasiada elevada e no fator Externalização demasiada achatada.

No que concerne à **validade**, os resultados obtidos para avaliar a estrutura fatorial da versão portuguesa do I.A.A.C.A. permite-nos considerar como aceitável para a população portuguesa a estrutura de dois fatores, *Internalização* e *Externalização*, tal como Achenbach sugere no instrumento original (Achenbach e Rescorla, 2003). Porém, os oito fatores também apontados por Achenbach (1. Ansiedade/depressão; 2. Retraimento/Afastamento; 3. Queixas Somáticas; 4. Problemas de Pensamento; 5. Problemas de Atenção; 6. Comportamentos Agressivos; 7. Quebra de Regras; 8. Intrusão), na realidade, a sua designação não se revelaram aceitáveis para a população portuguesa, tendo sido adaptados de acordo com os resultados obtidos da análise fatorial. Assim, tendo em conta os itens que constituem os oito fatores na versão portuguesa, designou-se o fator 1 de *Ansiedade/Depressão*, o fator 2 de *Auto-estima*, o fator 3 de *Problemas de Atenção*, o fator 4 de *Impulsividade*, o fator 5 de *Comportamentos de Extroversão*, o fator 6 de *Comportamentos Agressivos*, o fator 7 de *Problemas de Personalidade Anti-social* e por fim, o fator 8 de *Características Positivas* (Fator que engloba apenas características positivas e não tanto problemas de comportamento).

Estas diferenças verificadas no comportamento psicométrico da versão original e da versão portuguesa poderão relacionar-se com as diferenças culturais, especialmente em instrumentos de avaliação do comportamento, altamente idiossincráticos e suscetíveis de serem influenciados pelas características socioculturais.

Em termos de **fidelidade**, foi possível verificar uma consistência interna bastante satisfatória do instrumento. Estes resultados permitem concluir que o I.A.A.C.A. apresenta níveis aceitáveis de homogeneidade, constituindo um instrumento adequado para a avaliação do comportamento em adultos na população portuguesa.

O valor do *alpha de Cronbach* do nosso estudo é semelhante e igualmente muito satisfatório comparativamente ao valor da escala original ( $\alpha$  compreendido entre 0.80 e 0.90) (Achenbach & Rescorla, 2003), sem exclusão de qualquer item e mantendo a estrutura original do instrumento.

Tendo em conta os diferentes fatores do questionário optou-se, também, por calcular o *alpha de Cronbach* para a Internalização e para a Externalização (para a totalidade da faixa etária e para as idades 18-35/36-59), revelando valores elevados e demonstrando que a consistência interna dos dois fatores é bastante satisfatória. Por outro lado, o cálculo do *alpha de Cronbach* para os oito fatores evidenciou que a consistência interna dos mesmos não é na sua totalidade satisfatória demonstrando oscilações bastante relevantes, pois se para alguns fatores se obteve valores bastante aceitáveis, para outros não. Por exemplo, os valores de consistência interna para os 8 Fatores, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, situa-se entre  $\alpha=0.907$  (fator1) e  $\alpha=0.565$  (fator 2).

No **estudo das correlações entre variáveis** optou-se por correlacionar o I.A.A.C.A. e o I.C.A., concluindo-se que existe uma correlação muito significativa entre ambos. Assim, é possível constatar que os inter-avaliadores (os indivíduos que responderam ao I.A.A.C.A. e os informantes que responderam ao I.C.A.) estão em concordância.

## 5.2. Discussão de Resultados do Estudo 2

Na população específica esperava-se obter resultados que apontassem para a existência de diferenças comportamentais derivadas dos episódios de violência conjugal, ou seja, esperava-se obter diferenças nos resultados do I.A.A.C.A. em comparação com a população normativa.

Tendo em conta a correlação efetuada entre o Índice Geral de Sintomas do I.A.A.C.A. apresentado pela população normativa em comparação com o Índice Geral de Sintomas do I.A.A.C.A. evidenciado pelas mulheres vítimas de violência doméstica, foi possível constatar que os resultados médios obtidos pelo grupo específico são superiores aos obtidos pela população normativa,

evidenciando, assim, que as mulheres vítimas de violência doméstica apresentam mais problemas comportamentais comparativamente à população normativa. Porém, quando comparado os resultados do I.V.C. com o Índice Geral de Sintomas do I.A.A.C.A., verificou-se que não existe uma correlação significativa entre ambos, bem como quando esta comparação é efetuada tendo em conta os fatores de Internalização e Externalização. Desta forma, e tendo em conta este último resultado, as mulheres vítimas de violência doméstica não parecem revelar maior índice de problemas comportamentais quando avaliadas pelo I.A.A.C.A. No entanto, contrariamente ao nosso estudo, muitas outras investigações realizadas no sentido de avaliar o impacto psicológico da violência doméstica nas vítimas, demonstram a existência de problemas psicológicos generalizados resultantes deste tipo de vivência. Segundo Pinto (2009) a depressão, as alterações psicoafetivas, o abuso de álcool, o consumo de substâncias psicotrópicas e as perturbações como stress pós-traumático são dos transtornos psicológicos mais evidenciados pelas vítimas. Ainda segundo Matos (2003, cit in Pinto, 2009) as mulheres vítimas de violência doméstica ostentam um conjunto de problemas psicológicos, nomeadamente, distúrbios cognitivos e de memória, comportamentos depressivos, distúrbios de ansiedade, alterações na sexualidade, dismorfia, neuroticismo, histeria, hipocondria, alterações do padrão do sono e apetite e tentativas de suicídio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

### **Vantagens e Potencialidades da Utilização do Instrumento**

A investigação no domínio do comportamento em adultos tem verificado um crescimento exponencial por parte dos investigadores e clínicos. Na medida em que o comportamento e a conduta do adulto é considerado um fator determinante para um percurso adaptativo do indivíduo, a investigação na população portuguesa deste construto, defrontava-se com a quase inexistência de instrumentos validados para a população portuguesa, impedindo, assim, a obtenção de resultados nesta dimensão.

A partir desta dissertação constatou-se que o I.A.A.C.A. é um instrumento com validade e precisão na população portuguesa para avaliar o comportamento na idade adulta. A sua tradução e validação para a população portuguesa permite a sua utilização no nosso país, constituindo-se, atualmente, como um instrumento inovador em Portugal. Por outro lado, tendo em conta este estudo torna-se possível aplicar este instrumento em diferentes contextos de investigação, nomeadamente, no domínio da Psicologia, Medicina ou Psiquiatria, na medida em que o estudo do comportamento se assume como uma das variáveis mais preponderantes nos diversos domínios do desenvolvimento humano.

Não obstante, a validação do I.A.A.C.A. é importante não só ao nível da investigação mas também ao nível da intervenção em diversas áreas, nomeadamente, psicoterapêutica, permitindo a análise das dificuldades dos pacientes ao nível comportamental, que poderão estar na base de uma psicopatologia.

Esperamos, assim, que este estudo seja um ponto de partida para um aumento na produção científica no âmbito da avaliação do comportamento em idade adulta, promovendo melhores práticas clínicas quer ao nível da avaliação quer ao nível da intervenção clínica.

## **Limitações Metodológicas**

Uma das limitações encontradas ao longo deste estudo centra-se essencialmente na extensão do questionário (constituído por 126 itens), proporcionando cansaço aos participantes. Em consequência, na prática, constatou-se que a sua aplicação apresenta restrições, dificultando, assim, a recolha de dados de uma forma rápida.

Por outro lado verificaram-se sérias dificuldades na recolha da população normativa, tendo em conta o elevado número de participantes (n=400), solicitado pelo autor da escala.

No que concerne à recolha da amostra específica verificou-se a existência de limitações na obtenção de autorização pelas entidades, tendo em conta os critérios de segurança e confidencialidade obrigatórios nas Casas Abrigo.

## **Direções Futuras**

Os dados obtidos relativamente à sensibilidade, fidelidade e validade asseguram as qualidades psicométricas do I.A.A.C.A. Partindo dos resultados deste primeiro estudo psicométrico, os trabalhos futuros com este instrumento em Portugal deverão contemplar, em primeiro lugar, uma revisão da tradução.

Em segundo lugar, dever-se-á proceder a uma reformulação dos itens que saturaram em mais do que um factor, procurando construir itens mais adequados à realidade cultural e sociolinguística portuguesa.

Para finalizar, parece-nos apropriado e interessante realizar estudos deste instrumento junto de populações clínicas. A progressiva utilização deste instrumento por investigadores, clínicos e psicoterapeutas possibilitará uma recolha vasta e diversificada de dados, o que permitirá incrementar a compreensão do funcionamento do comportamento em populações diversificadas e com diferentes sintomatologias.

## BIBLIOGRAFIA<sup>18</sup>

---

- Achenbach, T. M., & Rescorla L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington. VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., Krukowski, R. A., Dumenci, L. & Ivanova, M. (2005). *Assessment of Adult Psychopathology: Meta-Analyses and Implications of Cross-Informant Correlations*. University of Vermont. American Psychological Association. Vol.131, N.º 3, 361-382.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4<sup>th</sup> edição). Climepsi Editores. pp.XXXI-XXXII.
- ASEBA – Site Oficial, disponível em <http://www.aseba.org/index.html>, acedido em 12/05/2010.
- Araújo, L. (2010). *Relação entre Comportamento na Infância e a Vulnerabilidade Social na Cidade de Belo Horizonte – MG*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Caldas, C. (2010). Versão Traduzida e Validada do I.A.A.C.A. Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.
- Caldas, C. (2010). Versão Traduzida e Validada do I.C.A. Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.

- Dornelles, C., Bortolini, M., & Oliveira, M. (2010). *Avaliação dos Transtornos Psicológicos em Adolescentes Atendidos em Clínica-Escola*. Faculdade de Psicologia. XI Salão de Iniciação Científica – PUCRS.
- Gonçalves, R., & Machado, C. (2003) Vitimologia e Criminologia. *Violência e Vítimas de Crimes. Vol I: Adultos*. Coimbra: Quarteto.
- Hair, R., Anderson, E., Tatham, L. & Black, C. (1998). *Multivariate Data Analysis* 5ª ed. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Hudziak, J., Achenbach, T., Althoff, R. & Pine, D. (2007). *A Dimensional Approach to Developmental Psychopathology*. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 16(SI): S16-S23.
- Krueger, R. & Markon, K. (2006). *Understanding Psychopathology: Melding Behavior Genetics, Personality and Quantitative Psychology to Develop an Empirically Based Model*. University of Minnesota. 15(3): 113-117.
- Machado, C., Matos, M., & Gonçalves, M. (2006). *Manual da Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (E.C.V.C.) e do Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)*. 2ª Edição. Psiquilibrios Edições. Departamento de Psicologia. Universidade do Minho.
- Machado, C., Matos, M., & Gonçalves, M. (2000). *Adaptação do I.V.C.* Universidade do Minho.
- Manita, C. (2009). *Estudo Tripartido sobre Violência Doméstica*. Porto: CIDM/FPCEUP.
- Manita, C. (2005). Uma Outra Via para a Não Violência: A Intervenção Psicológica em Agressores. *Família, Violência e Crime*. Polícia e Justiça, n.º III, pp. 169-171.

- McHugh, P. & Slavney, P. (1986). *As Perspectivas da Psiquiatria*. Artes Médicas. Porto. pp 50-54.
- Monteiro, F. (2000). *Mulheres Agredidas pelos Maridos: De Vítimas a Sobreviventes*. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. Lisboa.
- Monteiro, R. (2010). *A Igualdade de Género e a Violência Doméstica*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto. pp. 49-69.
- Peixoto, A. & Machado, C. (2008). *Vozes de Mulheres que Passaram pela Experiência de Acolhimento numa Casa Abrigo*. Dissertação apresentada na Universidade do Minho. Braga.
- Pinto, J. (2009). *Impacto Psicológico e Psicopatológico da Violência Conjugal em Mulheres Vítimas Acolhidas em Casas de Abrigo*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Ribeiro, L. (2010). Limitações na Avaliação de Perturbação de Personalidade: Aspectos Conceptuais e Metodológicos. *Análise Psicológica*. Vol. 4. pp. 651-663.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Rocha, M. & Araújo, L. (2008). Um Estudo Comparativo entre Duas Traduções Brasileiras do Inventário de Auto-avaliação para Jovens (YSR). *Psicologia: Teoria e Prática*, pp14-24. São Paulo.

Sagim, M., Biasoli-Alves, Z., Delfino, V. Venturini, F. (2005). A Mulher como Vítima de Violência Doméstica. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v.7, n.1, pp.17-23.

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

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

Soroptimist Internacional Clube Porto «Invicta» [S.I.C.P.I.]. Projeto “Novo Rumo – Para Uma Vida Sem Violência” (2004). *Manual de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica*. Porto, DF: Autor.

Yates, M., Santos, P., Oliveira, M. (2010). *Estudo do Funcionamento Adaptativo e Psicopatologias na População Geral através da Percepção de Informantes*. Faculdade de Psicologia. XI Salão de Iniciação Científica – PUCRS.

<sup>18</sup>De acordo com o estilo APA – *American Psychological Association*

# ANEXOS

---

Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a População Portuguesa.  
Comparação dos Resultados Obtidos com os de Vítimas de Violência Doméstica

## **I - Consentimento Informado**

---

## Declaração de Consentimento Informado

O presente trabalho, a cargo de Joana Maria F. Pardalejo e Sílvia Alexandra Fernandes, Licenciadas em Psicologia, insere-se numa investigação conducente à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, sob orientação do Prof. Doutor José Carlos Caldas.

O objectivo principal da presente investigação é a aferição para a população portuguesa de duas escalas de avaliação de comportamentos em adultos (*Inventário de Comportamento para Adultos e Inventário de Auto-Avaliação de Comportamentos para Adultos*). Para que se possa compreender o padrão de comportamentos dos adultos em Portugal, é útil ter informações de mais de um ponto de vista. Para isso, necessitamos que responda à escala de auto-avaliação (*IAACA*) acerca dos seus próprios comportamentos e que consinta que uma pessoa adulta (escolhida por si) que o conheça bem, responda à escala de hetero-avaliação dos seus comportamentos (*ICA*), ou seja, como cota essa pessoa os seus comportamentos.

A pessoa que escolher pode ser seu conjugue, companheiro/a, filho/a desde que maior de 18 anos ou qualquer pessoa com mais de 18 anos que o conheça bem. As respostas fornecidas por todos os participantes serão confidenciais, tratadas conjuntamente e de forma anónima e comparadas com as respostas dadas por pessoas de outros países.

O tempo de preenchimento do questionário ronda os 20 minutos.

**- Eu, \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar no presente estudo, o qual implica o preenchimento de um questionário por mim e o preenchimento de outro questionário por uma pessoa escolhida por mim e que me conheça bem, de modo a contribuir para o sucesso desta investigação. Foi-me dada toda a liberdade de optar por aceitar ou recusar a participação e garantida a confidencialidade dos dados. Caso surja alguma dúvida, poderei contactar as responsáveis pela investigação através dos seguintes contactos: 914443854; 933718828.**

**O(A) Participante**

\_\_\_\_\_

**As Investigadoras:**

Joana Pardalejo

\_\_\_\_\_

Sílvia Fernandes

\_\_\_\_\_

## **II - Tradução do I.A.A.C.A. (Inventário de Auto-Avaliação de Comportamento para Adultos)**

---

Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a População Portuguesa.  
Comparação dos Resultados Obtidos com os de Vítimas de Violência Doméstica

### **III - Informação Complementar ao I.A.A.C.A.**

---

**Para terminar, responda por favor, às seguintes questões. Estas têm como único objectivo complementar a escala que acabou de responder.**

1. Nos últimos 12 meses, necessitou de receber algum tipo de acompanhamento de serviços de saúde mental (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ou outro profissional de saúde mental)?

Sim

Não

2. Nos últimos 12 meses, necessitou de receber algum tipo de apoio relacionado com problemas de consumo de álcool ou drogas?

Sim

Não

3. Local de Residência: \_\_\_\_\_.

Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a População Portuguesa.  
Comparação dos Resultados Obtidos com os de Vítimas de Violência Doméstica

#### **IV - I.V.C. (Inventário de Violência Conjugal)**

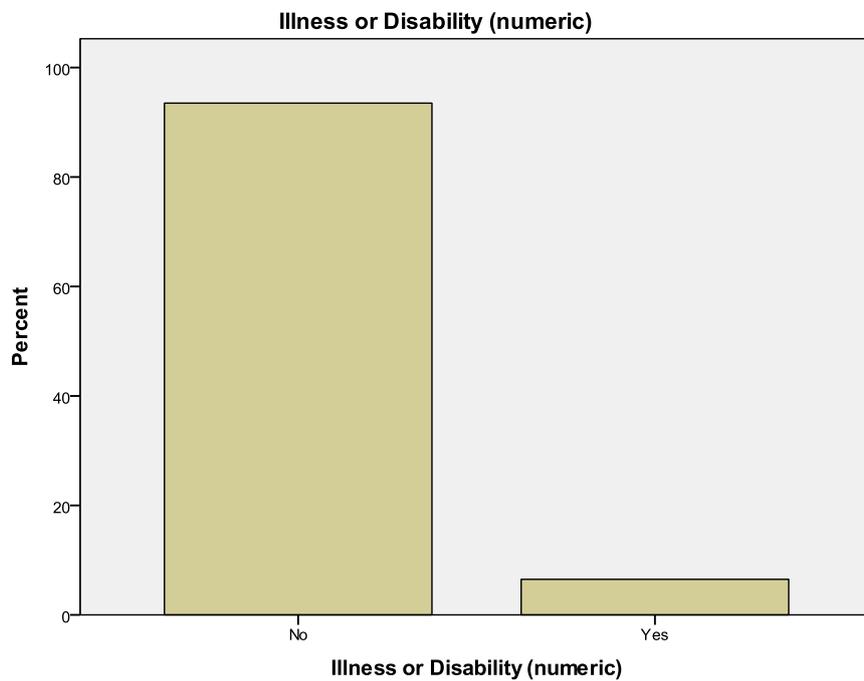
---

Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a População Portuguesa.  
Comparação dos Resultados Obtidos com os de Vítimas de Violência Doméstica

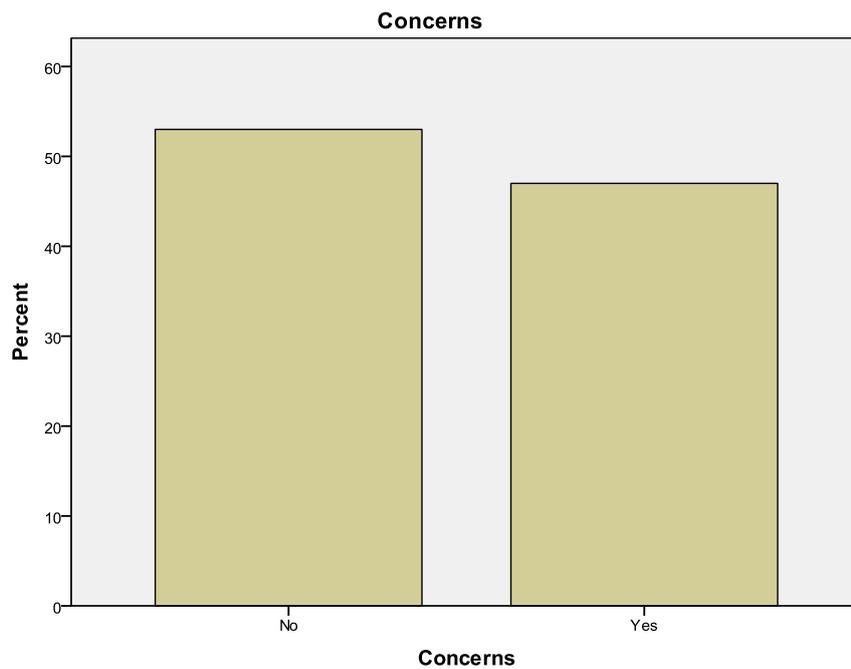
## **V - Gráficos e Tabelas Relativas ao Tratamento dos Dados**

---

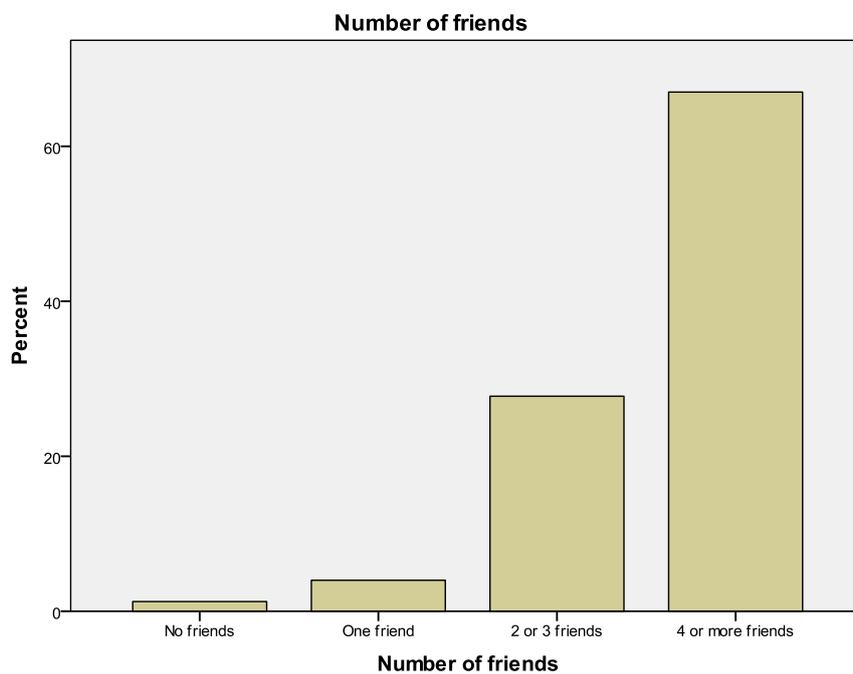
**Gráfico 1:** Distribuição dos Resultados por Deficiência ou Doença Incapacitante



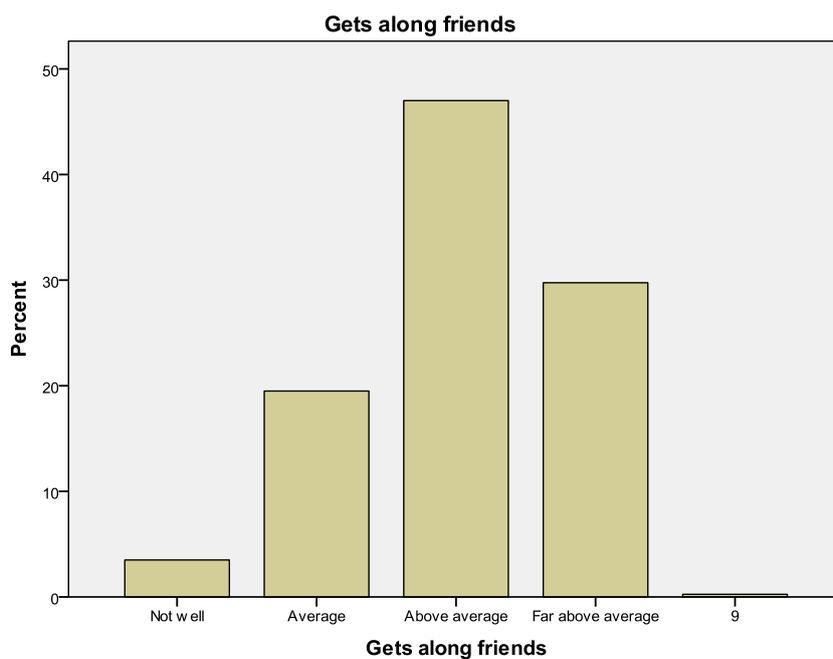
**Gráfico 2:** Distribuição dos Resultados por Preocupações e Inquietações Relacionadas com a Família, Trabalho e Educação



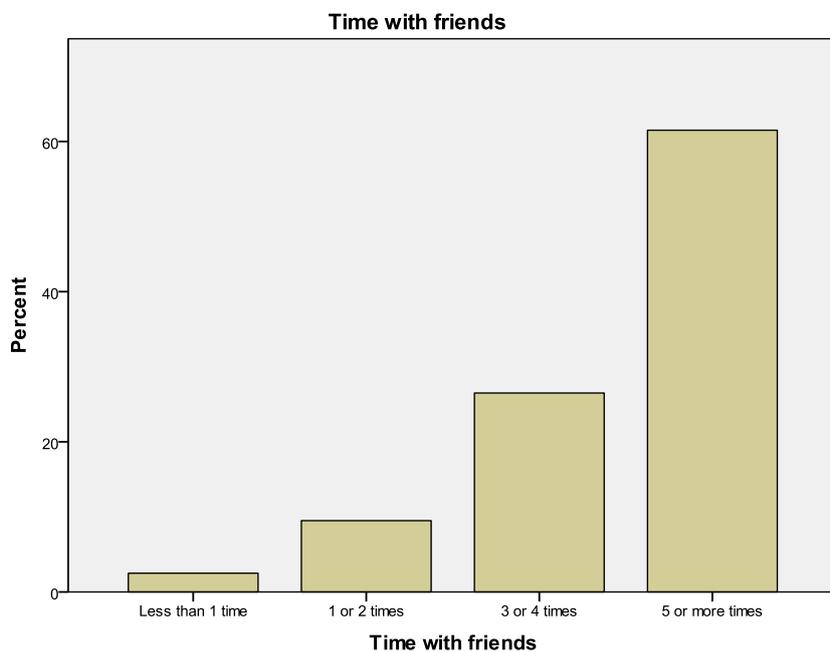
**Gráfico 3:** Distribuição dos Resultados por Número de Amigos



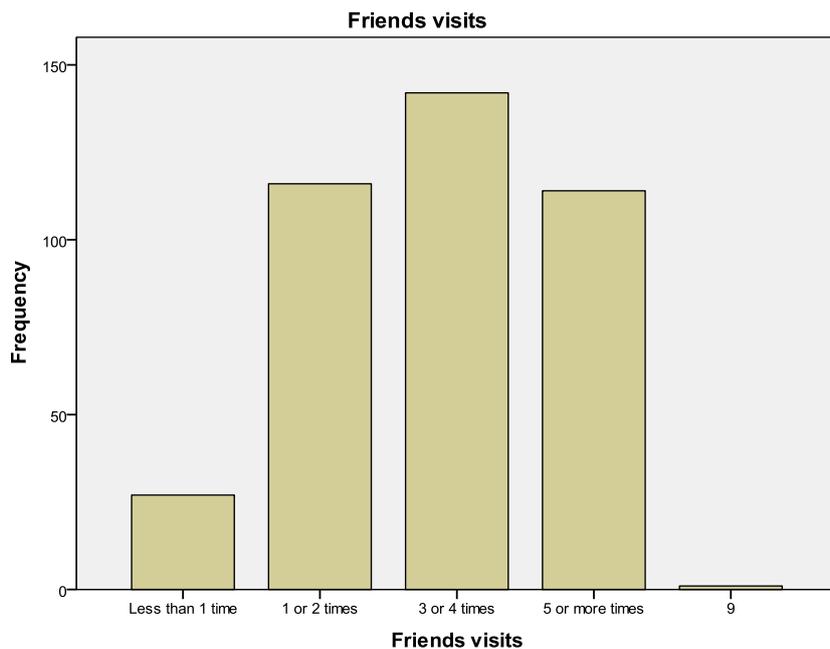
**Gráfico 4:** Distribuição dos Resultados pela Avaliação da Relação com os Amigos



**Gráfico 5:** Distribuição dos Resultados pelo Contacto com os Amigos



**Gráfico 6:** Distribuição dos Resultados pelo Número de Visitas dos Amigos e Familiares/por mês



**Tabela 1:** Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos (2 Fatores)

Fatores	Itens
<b>Internalização</b>	50. Sinto-me ansioso e amedrontado 103. Sinto-me triste, infeliz, deprimido 51. Sinto-me tonto ou com a cabeça vazia 54. Sinto-me cansado sem razão 13. Sinto-me confuso / não consigo pensar claramente 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: a) dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça) 55. O meu humor varia entre exaltação e depressão* 100. Tenho problemas de sono 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: b) dores de cabeça 87. Os meus sentimentos ou o meu humor mudam repentinamente* 71. Sinto-me constrangido ou embaraçado facilmente 112. Preocupo-me muito 45. Sou nervoso, tenso 35. Sinto-me inútil ou inferior 14. Choro muito 9. Não consigo afastar da minha mente alguns pensamentos 60. Há poucas coisas de que goste 47. Tenho baixa auto-confiança 102. Não tenho muita energia* 44. Sinto-me sufocado pelas responsabilidades* 115. Sinto-me inquieto ou irrequieto* 83. Aborreço-me, sinto tédio com facilidade* 91. Penso em suicidar-me* 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: c) náusea, sensação de enjoo 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: h) coração aos saltos, acelerado 12. Sinto-me só 53. Tenho dificuldades em planear o futuro* 116. Aborreço-me, entedio-me facilmente* 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: d) problemas de visão (não incluir os corrigíveis com óculos) 33. Sinto que ninguém gosta de mim 81. O meu comportamento é inconstante, instável* 29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares* 107. Sinto que não consigo obter sucesso em nada 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: i) formigueiros, adormecimento em diferentes partes do corpo 63. Prefiro as pessoas mais velhas às da minha idade 18. Auto-injúrio-me ou tento suicidar-me 52. Sinto-me muito culpado 65. Recuso-me a falar 78. Tenho dificuldades em tomar decisões* 40. Oíço sons ou vozes que não existem 69. Sou reservado, guardo as coisas para mim mesmo 48. As pessoas não gostam de mim 42. Prefiro estar sozinho do que conviver 111. Afasto-me do convívio com outras pessoas 79. Tenho problemas de fala / comunicação * 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: g) vómitos 70. Vejo coisas que não existem 34. Sinto que estão sempre a tentar apanhar-me em falta 67. Tenho problemas em fazer ou manter amizades 8. Tenho problemas de concentração ou a prestar atenção durante muito tempo* 59. Não consigo terminar as tarefas* 75. Sou muito tímido ou envergonhado* 110. Quem me dera ser do sexo oposto* 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: f) dores de estômago 25. Não me dou bem com os outros 46. Tenho movimentos nervosos ou contracções corporais 77. Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite* 68. Grito ou berro muito* 30. As minhas relações com o sexo oposto são más 31. Receio pensar ou fazer algo de mau ou errado 32. Sinto que devo ser perfeito* 22. Preocupo-me com o meu futuro 27. Tenho ciúmes dos outros* 122. Tenho dificuldade em manter um emprego* 119. Não sou bom com pormenores* 28. Dou-me mal com a minha família* 114. Não pago as minhas contas nem assumo responsabilidades financeiras* 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: e) erupções na pele ou outros problemas de pele) 15. Sou muito honesto* 106. Tento ser honesto com os outros* 26. Não me sinto culpado após ter feito algo que não devia* 98. Gosto de ajudar as pessoas* 4. Dou o melhor de mim, esforço-me ao máximo* 72. Preocupo-me com a minha família* 2. Aproveito as oportunidades quando surgem*

## Externalização

- 23. Quebro regras no meu local de trabalho ou noutros locais
- 41. Sou impulsivo ou faço coisas sem pensar
- 76. Tenho um comportamento irresponsável
- 105. As pessoas acham-me desorganizado
- 64. Tenho dificuldade em estabelecer prioridades
- 84. Faço coisas que os outros acham estranhas\*
- 89. Ajo sem pensar nos riscos\*
- 96. Penso muito em sexo\*
- 93. Falo demasiado
- 108. Tenho tendência a perder coisas
- 118. Sou demasiado impaciente
- 120. Conduzo demasiado rápido\*
- 3. Discuto muito
- 117. Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito
- 104. Sou barulhento, falo alto
- 74. Exibo-me muito ou faço palhaçadas
- 99. Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio\*
- 94. Implico muito com os outros\*
- 1. Sou muito esquecido
- 90. Bebo muito álcool ou fico embriagado
- 20. Destruo ou estrago os meus pertences
- 92. Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei
- 17. Sonho muito acordado/ Perco-me facilmente nos meus pensamentos
- 36. Sou propenso a acidentes\*
- 101. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias
- 85. Tenho pensamentos que os outros acham estranhos\*
- 121. Costumo atrasar-me para reuniões/encontros
- 86. Sou teimoso/obstinado, rabugento, amuado ou irritável
- 39. Dou-me com pessoas que se metem em problemas/sarilhos\*
- 109. Gosto de experimentar coisas novas\*
- 66. Repito alguns actos vezes sem conta\*
- 95. Tenho mau feitio, mau génio
- 10. Não consigo estar sentado, quieto, durante muito tempo\*
- 7. Sou brincalhão\*
- 11. Dependo muito dos outros
- 37. Envolve-me em muitos conflitos e brigas
- 57. Agrido fisicamente as pessoas
- 19. Tento que me dêem muita atenção
- 43. Minto ou engano os outros
- 113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto\*
- 62. Sou descoordenado ou desajeitado em termos motores\*
- 16. Sou mesquinho, mau para com os outros
- 38. As minhas relações com os vizinhos são más\*
- 24. Não me alimento tão bem quanto devia\*
- 49. Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros\*
- 88. Gosto de conviver\*
- 97. Ameaço fisicamente as pessoas
- 61. A minha produtividade no trabalho é baixa
- 82. Roubo
- 5. Culpo os outros pelos meus problemas
- 21. Destruo ou estrago os pertences dos outros\*
- 6. Consumo drogas (não incluir álcool ou tabaco) para fins não medicinais
- 58. Tiro/arranco pele ou outras partes do corpo\*

## Itens Negativos

- 123. Sou uma pessoa feliz
- 73. Cumpro as responsabilidades que tenho perante a minha família
- 80. Luto pelos meus direitos

---

\* Itens não coincidentes com os fatores da escala original.

**Tabela 2:** Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos (2 Fatores)

Fatores	Itens
<b>Internalização</b>	54. Sinto-me cansado sem razão 51. Sinto-me tonto ou com a cabeça vazia 103. Sinto-me triste, infeliz, deprimido 50. Sinto-me ansioso e amedrontado 100. Tenho problemas de sono 87. Os meus sentimentos ou o meu humor mudam repentinamente 45. Sou nervoso, tenso 13. Sinto-me confuso / não consigo pensar claramente 71. Sinto-me constrangido ou embaraçado facilmente 56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida:</b> c) náusea, sensação de enjoo 55. O meu humor varia entre exaltação e depressão 112. Preocupo-me muito 115. Sinto-me inquieto ou irrequieto 83. Aborço-me, sinto tédio com facilidade 81. O meu comportamento é inconstante, instável 56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida:</b> b) dores de cabeça 56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida:</b> a) dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça) 42. Prefiro estar sozinho do que conviver 91. Penso em suicidar-me 12. Sinto-me só 86. Sou teimoso/obstinado, rabugento, amuado ou irritável 118. Sou demasiado impaciente 9. Não consigo afastar da minha mente alguns pensamentos 116. Aborço-me, entedio-me facilmente 44. Sinto-me sufocado pelas responsabilidades 52. Sinto-me muito culpado 14. Choro muito 69. Sou reservado, guardo as coisas para mim mesmo 56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida:</b> g) vômitos 59. Não consigo terminar as tarefas 102. Não tenho muita energia 65. Recuso-me a falar 40. Oigo sons ou vozes que não existem 68. Grito ou berro muito 29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares 60. Há poucas coisas de que goste 18. Auto-injuro-me ou tento suicidar-me 56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida:</b> h) coração aos saltos, acelerado 47. Tenho baixa auto-confiança 70. Vejo coisas que não existem 111. Afasto-me do convívio com outras pessoas 33. Sinto que ninguém gosta de mim 63. Prefiro as pessoas mais velhas às da minha idade 34. Sinto que estão sempre a tentar apanhar-me em falta 78. Tenho dificuldades em tomar decisões 95. Tenho mau feitio, mau génio 67. Tenho problemas em fazer ou manter amizades 79. Tenho problemas de fala / comunicação 46. Tenho movimentos nervosos ou contrações corporais 3. Discuto muito 75. Sou muito tímido ou envergonhado 77. Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia c/ou noite 56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida:</b> f) dores de estômago 35. Sinto-me inútil ou inferior 93. Falo demasiado 16. Sou mesquinho, mau para com os outros 107. Sinto que não consigo obter sucesso em nada 56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida:</b> i) formigueiros, adormecimento em diferentes partes do corpo 31. Receio pensar ou fazer algo de mau ou errado 19. Tento que me dêem muita atenção 48. As pessoas não gostam de mim 15. Sou muito honesto 94. Implico muito com os outros 56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida:</b> d) problemas de visão (não incluir os corrigíveis com óculos) 27. Tenho ciúmes dos outros 119. Não sou bom com pormenores 110. Quem me dera ser do sexo oposto 5. Culpo os outros pelos meus problemas. 58. Tiro/arranco pele ou outras partes do corpo 106. Tento ser honesto com os outros 32. Sinto que devo ser perfeito 25. Não me dou bem com os outros 26. Não me sinto culpado após ter feito algo que não devia 122. Tenho dificuldade em manter um emprego 56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida:</b> e) erupções na pele ou outros problemas de pele 30. As minhas relações com o sexo oposto são más 4. Dou o melhor de mim, esforço-me ao máximo 22. Preocupo-me com o meu futuro 72. Preocupo-me com a minha família 2. Aproveito as oportunidades quando surgem 80. Luto pelos meus direitos 98. Gosto de ajudar as pessoas

## Externalização

- 7. Sou brincalhão
- 88. Gosto de conviver
- 76. Tenho um comportamento irresponsável
- 23. Quebro regras no meu local de trabalho ou noutros locais
- 64. Tenho dificuldade em estabelecer prioridades
- 105. As pessoas acham-me desorganizado
- 8. Tenho problemas de concentração ou a prestar atenção durante muito tempo
- 117. Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito
- 101. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias
- 84. Faço coisas que os outros acham estranhas
- 20. Destruo ou estrago os meus pertences
- 108. Tenho tendência a perder coisas
- 96. Penso muito em sexo
- 62. Sou descoordenado ou desajeitado em termos motores
- 121. Costumo atrasar-me para reuniões/encontros
- 39. Dou-me com pessoas que se metem em problemas/sarilhos
- 92. Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei
- 89. Ajo sem pensar nos riscos
- 1. Sou muito esquecido
- 99. Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio
- 36. Sou propenso a acidentes
- 41. Sou impulsivo ou faço coisas sem pensar
- 10. Não consigo estar sentado, quieto, durante muito tempo
- 120. Conduzo demasiado rápido
- 90. Bebo muito álcool ou fico embriagado
- 17. Sonho muito acordado/ Perco-me facilmente nos meus pensamentos
- 82. Roubo
- 85. Tenho pensamentos que os outros acham estranhos
- 43. Minto ou engano os outros
- 53. Tenho dificuldades em planear o futuro
- 57. Agrido fisicamente as pessoas
- 11. Dependo muito dos outros
- 61. A minha produtividade no trabalho é baixa
- 104. Sou barulhento, falo alto
- 113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto
- 66. Repito alguns actos vezes sem conta
- 24. Não me alimento tão bem quanto devia
- 28. Dou-me mal com a minha família
- 109. Gosto de experimentar coisas novas
- 114. Não pago as minhas contas nem assumo responsabilidades financeiras
- 74. Exibo-me muito ou faço palhaçadas
- 97. Ameaço fisicamente as pessoas
- 37. Envolve-me em muitos conflitos e brigas
- 21. Destruo ou estrago os pertences dos outros
- 6. Consumo drogas (não incluir álcool ou tabaco) para fins não medicinais
- 38. As minhas relações com os vizinhos são más
- 49. Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros

## Itens Negativos

- 123. Sou uma pessoa feliz
- 73. Cumpro as responsabilidades que tenho perante a minha família

**Tabela 3:** Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos (2 Fatores)

Fatores	Itens
<b>Internalização</b>	50. Sinto-me ansioso e amedrontado 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: a) dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça) 51. Sinto-me tonto ou com a cabeça vazia 53. Tenho dificuldades em planear o futuro 13. Sinto-me confuso / não consigo pensar claramente 35. Sinto-me inútil ou inferior 103. Sinto-me triste, infeliz, deprimido 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: d) problemas de visão (não incluir os corrigíveis com óculos) 100. Tenho problemas de sono 55. O meu humor varia entre exaltação e depressão 54. Sinto-me cansado sem razão 9. Não consigo afastar da minha mente alguns pensamentos 116. Aborreço-me, entedio-me facilmente 44. Sinto-me sufocado pelas responsabilidades 14. Choro muito 60. Há poucas coisas de que goste 47. Tenho baixa auto-confiança 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: i) formiguiços, adormecimento em diferentes partes do corpo 8. Tenho problemas de concentração ou a prestar atenção durante muito tempo 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: h) coração aos saltos, acelerado 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: b) dores de cabeça 83. Aborreço-me, sinto tédio com facilidade 107. Sinto que não consigo obter sucesso em nada 87. Os meus sentimentos ou o meu humor mudam repentinamente 112. Preocupo-me muito 63. Prefiro as pessoas mais velhas à da minha idade 29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares 45. Sou nervoso, tenso 102. Não tenho muita energia 71. Sinto-me constrangido ou embaraçado facilmente 115. Sinto-me inquieto ou irrequieto 91. Penso em suicidar-me 10. Não consigo estar sentado, quieto, durante muito tempo 33. Sinto que ninguém gosta de mim 78. Tenho dificuldades em tomar decisões 40. Oigo sons ou vozes que não existem 65. Recuso-me a falar 18. Auto-injuro-me ou tento suicidar-me 110. Quem me dera ser do sexo oposto 48. As pessoas não gostam de mim 81. O meu comportamento é inconstante, instável 12. Sinto-me só 79. Tenho problemas de fala / comunicação 30. As minhas relações com o sexo oposto são más 69. Sou reservado, guardo as coisas para mim mesmo 52. Sinto-me muito culpado 70. Vejo coisas que não existem 25. Não me dou bem com os outros 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: c) náusea, sensação de enjoo 32. Sinto que devo ser perfeito 111. Afasto-me do convívio com outras pessoas 34. Sinto que estão sempre a tentar apanhar-me em falta 67. Tenho problemas em fazer ou manter amizades 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: g) vômitos 85. Tenho pensamentos que os outros acham estranhos 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: f) dores de estômago 46. Tenho movimentos nervosos ou contracções corporais 19. Tento que me dêem muita atenção 122. Tenho dificuldade em manter um emprego 75. Sou muito tímido ou envergonhado 77. Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite 42. Prefiro estar sozinho do que conviver 99. Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio 31. Receio pensar ou fazer algo de mau ou errado 22. Preocupo-me com o meu futuro 119. Não sou bom com pormenores 114. Não pago as minhas contas nem assumo responsabilidades financeiras 28. Dou-me mal com a minha família 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: e) erupções na pele ou outros problemas de pele 61. A minha produtividade no trabalho é baixa 82. Roubo 26. Não me sinto culpado após ter feito algo que não devia 57. Agrido fisicamente as pessoas 98. Gosto de ajudar as pessoas 72. Preocupo-me com a minha família 2. Aproveito as oportunidades quando surgem 4. Dou o melhor de mim, esforço-me ao máximo 97. Ameaço fisicamente as pessoas 106. Tento ser honesto com os outros 15. Sou muito honesto 62. Sou descoordenado ou desajeitado em termos motores

## Externalização

- 123. Sou uma pessoa feliz
- 93. Falo demasiado
- 41. Sou impulsivo ou faço coisas sem pensar
- 3. Discuto muito
- 118. Sou demasiado impaciente
- 23. Quebro regras no meu local de trabalho ou noutras locais
- 94. Implico muito com os outros
- 104. Sou barulhento, falo alto
- 95. Tenho mau feitio, mau génio
- 74. Exibo-me muito ou faço palhaçadas
- 89. Ajo sem pensar nos riscos
- 120. Conduzo demasiado rápido
- 64. Tenho dificuldade em estabelecer prioridades
- 105. As pessoas acham-me desorganizado
- 86. Sou teimoso/obstinado, rabugento, amuado ou irritável
- 117. Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito
- 16. Sou mesquinho, mau para com os outros
- 7. Sou brincalhão
- 108. Tenho tendência a perder coisas
- 1. Sou muito esquecido
- 43. Minto ou engano os outros
- 76. Tenho um comportamento irresponsável
- 66. Repito alguns actos vezes sem conta
- 38. As minhas relações com os vizinhos são más
- 17. Sonho muito acordado/ Perco-me facilmente nos meus pensamentos
- 11. Dependo muito dos outros
- 121. Costumo atrasar-me para reuniões/encontros
- 5. Culpo os outros pelos meus problemas.
- 84. Faço coisas que os outros acham estranhas
- 90. Bebo muito álcool ou fico embriagado
- 27. Tenho ciúmes dos outros
- 92. Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei
- 109. Gosto de experimentar coisas novas
- 96. Penso muito em sexo
- 24. Não me alimento tão bem quanto devia
- 59. Não consigo terminar as tarefas
- 49. Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros
- 36. Sou propenso a acidentes
- 20. Destruo ou estrago os meus pertences
- 68. Grito ou berro muito
- 88. Gosto de conviver
- 37. Envolve-me em muitos conflitos e brigas
- 39. Dou-me com pessoas que se metem em problemas/sarilhos
- 101. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias
- 113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto
- 6. Consumo drogas (não incluir álcool ou tabaco) para fins não medicinais
- 58. Tiro/arranco pele ou outras partes do corpo
- 80. Luto pelos meus direitos

## Itens Negativos

- 73. Cumpro as responsabilidades que tenho perante a minha família
- 21. Destruo ou estrago os pertences dos outros

**Tabela 4:** Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos (8 Fatores)

Fatores	Itens
<b>1</b> <b>Ansiiedade/Depressão</b>	<p>56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: a) dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça) *</p> <p>56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: b) dores de cabeça *</p> <p>56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: d) problemas de visão (não incluir os corrigíveis com óculos) *</p> <p>14. Choro muito</p> <p>51. Sinto-me tonto ou com a cabeça vazia *</p> <p>100. Tenho problemas de sono *</p> <p>9. Não consigo afastar da minha mente alguns pensamentos *</p> <p>102. Não tenho muita energia *</p> <p>29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares *</p> <p>56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: g) vômitos *</p> <p>54. Sinto-me cansado sem razão *</p> <p>56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: c) náusea, sensação de enjoo *</p> <p>56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: h) coração aos saltos, acelerado *</p> <p>103. Sinto-me triste, infeliz, deprimido</p> <p>56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: i) formigúeiros, adormecimento em diferentes partes do corpo *</p> <p>13. Sinto-me confuso / não consigo pensar claramente</p> <p>71. Sinto-me constringido ou embaraçado facilmente</p> <p>50. Sinto-me ansioso e amedrontado</p> <p>112. Preocupo-me muito</p> <p>63. Prefiro as pessoas mais velhas à da minha idade *</p> <p>122. Tenho dificuldade em manter um emprego *</p> <p>55. O meu humor varia entre exaltação e depressão *</p> <p>56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: f) dores de estômago *</p> <p>12. Sinto-me só</p> <p>77. Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite *</p> <p>119. Não sou bom com pormenores *</p> <p>56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: e) erupções na pele ou outros problemas de pele *</p> <p>26. Não me sinto culpado após ter feito algo que não devia *</p> <p>22. Preocupo-me com o meu futuro</p> <p>82. Roubo *</p>
<b>2</b> <b>Auto-estima</b>	<p>47. Tenho baixa auto-confiança *</p> <p>33. Sinto que ninguém gosta de mim *</p> <p>107. Sinto que não consigo obter sucesso em nada *</p> <p>18. Auto-injúrio-me ou tento suicidar-me</p> <p>53. Tenho dificuldades em planear o futuro *</p> <p>31. Recêio pensar ou fazer algo de mau ou errado *</p> <p>52. Sinto-me muito culpado *</p> <p>44. Sinto-me sufocado pelas responsabilidades *</p> <p>35. Sinto-me inútil ou inferior *</p> <p>19. Tento que me dêem muita atenção *</p> <p>78. Tenho dificuldades em tomar decisões *</p> <p>34. Sinto que estão sempre a tentar apanhar-me em falta *</p> <p>5. Culpo os outros pelos meus problemas *</p> <p>79. Tenho problemas de fala / comunicação *</p> <p>27. Tenho ciúmes dos outros *</p>
<b>3</b> <b>Problemas de Atenção</b>	<p>105. As pessoas acham-me desorganizado</p> <p>108. Tenho tendência a perder coisas</p> <p>121. Costumo atrasar-me para reuniões/encontros</p> <p>64. Tenho dificuldade em estabelecer prioridades</p> <p>101. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias</p> <p>59. Não consigo terminar as tarefas</p> <p>62. Sou descoordenado ou desajeitado em termos motores *</p> <p>76. Tenho um comportamento irresponsável *</p> <p>92. Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei *</p> <p>1. Sou muito esquecido</p> <p>23. Quebro regras no meu local de trabalho ou noutros locais *</p> <p>17. Sonho muito acordado/ Perco-me facilmente nos meus pensamentos</p> <p>24. Não me alimento tão bem quanto devia *</p> <p>36. Sou propenso a acidentes *</p> <p>117. Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito *</p> <p>8. Tenho problemas de concentração ou a prestar atenção durante muito tempo</p> <p>75. Sou muito tímido ou envergonhado *</p> <p>11. Dependo muito dos outros</p> <p>120. Conduzo demasiado rápido *</p> <p>20. Destruo ou estrago os meus pertences *</p> <p>111. Afasto-me do convívio com outras pessoas *</p> <p>67. Tenho problemas em fazer ou manter amizades *</p>

#### **4** **Impulsividade**

- 94. Implico muito com os outros \*
- 3. Discuto muito
- 95. Tenho mau feitio, mau génio
- 118. Sou demasiado impaciente
- 86. Sou teimoso/obstinado, rabugento, amuado ou irritável
- 45. Sou nervoso, tenso \*
- 41. Sou impulsivo ou faço coisas sem pensar \*
- 116. Aborreço-me, entedio-me facilmente
- 81. O meu comportamento é inconstante, instável
- 37. Envolve-me em muitos conflitos e brigas
- 87. Os meus sentimentos ou o meu humor mudam repentinamente
- 115. Sinto-me inquieto ou irrequieto \*
- 83. Aborreço-me, sinto tédio com facilidade \*
- 16. Sou mesquinho, mau para com os outros
- 46. Tenho movimentos nervosos ou contracções corporais \*
- 68. Grito ou berro muito

#### **5** **Comportamentos de Extroversão**

- 123. Sou uma pessoa feliz \*
- 88. Gosto de conviver \*
- 7. Sou brincalhão
- 109. Gosto de experimentar coisas novas \*
- 74. Exibo-me muito ou faço palhaçadas
- 93. Falo demasiado
- 99. Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio \*
- 104. Sou barulhento, falo alto
- 96. Penso muito em sexo \*
- 89. Ajo sem pensar nos riscos \*
- 49. Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros \*
- 90. Bebo muito álcool ou fico embriagado \*
- 2. Aproveito as oportunidades quando surgem \*

#### **6** **Comportamentos Agressivos**

- 85. Tenho pensamentos que os outros acham estranhos \*
- 57. Agrido fisicamente as pessoas \*
- 84. Faço coisas que os outros acham estranhas \*
- 70. Vejo coisas que não existem \*
- 91. Penso em suicidar-me \*
- 40. Oíço sons ou vozes que não existem \*
- 66. Repito alguns actos vezes sem conta \*
- 97. Ameaço fisicamente as pessoas \*
- 39. Dou-me com pessoas que se metem em problemas/sarilhos
- 110. Quem me dera ser do sexo oposto \*
- 61. A minha produtividade no trabalho é baixa \*
- 6. Consumo drogas (não incluir álcool ou tabaco) para fins não medicinais
- 58. Tiro/arranco pele ou outras partes do corpo \*
- 21. Destruo ou estrago os pertences dos outros \*

#### **7** **Problemas de Personalidade Anti-social**

- 32. Sinto que devo ser perfeito \*
- 25. Não me dou bem com os outros
- 48. As pessoas não gostam de mim
- 60. Há poucas coisas de que goste
- 30. As minhas relações com o sexo oposto são más
- 10. Não consigo estar sentado, quieto, durante muito tempo \*
- 42. Prefiro estar sozinho do que conviver
- 43. Minto ou engano os outros \*
- 38. As minhas relações com os vizinhos são más \*
- 114. Não pago as minhas contas nem assumo responsabilidades financeiras \*
- 65. Recuso-me a falar
- 28. Dou-me mal com a minha família \*

#### **8** **Características Positivas**

- 4. Dou o melhor de mim, esforço-me ao máximo
- 113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto
- 73. Cumpro as responsabilidades que tenho perante a minha família
- 106. Tento ser honesto com os outros
- 15. Sou muito honesto
- 72. Preocupo-me com a minha família
- 98. Gosto de ajudar as pessoas
- 80. Luto pelos meus direitos
- 69. Sou reservado, guardo as coisas para mim mesmo

---

\* Itens não coincidentes com os fatores da escala original.

**Tabela 5:** Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos (8 Fatores)

Fatores	Itens
1	<p>71. Sinto-me constrangido ou embaraçado facilmente            54. Sinto-me cansado sem razão            103. Sinto-me triste, infeliz, deprimido            56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida a)</b> dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça)            87. Os meus sentimentos ou o meu humor mudam repentinamente            81. O meu comportamento é inconstante, instável            83. Aborreço-me, sinto tédio com facilidade            56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida: b)</b> dores de cabeça            100. Tenho problemas de sono            118. Sou demasiado impaciente            45. Sou nervoso, tenso            51. Sinto-me tonto ou com a cabeça vazia            116. Aborreço-me, entedio-me facilmente            115. Sinto-me inquieto ou irrequieto            119. Não sou bom com pormenores            13. Sinto-me confuso / não consigo pensar claramente            12. Sinto-me só            9. Não consigo afastar da minha mente alguns pensamentos            63. Prefiro as pessoas mais velhas às da minha idade            93. Falo demasiado            102. Não tenho muita energia            55. O meu humor varia entre exaltação e depressão            69. Sou reservado, guardo as coisas para mim mesmo            50. Sinto-me ansioso e amedrontado            75. Sou muito tímido ou envergonhado            86. Sou teimoso/obstinado, rabugento, amuado ou irritável            29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares            112. Preocupo-me muito            77. Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite            14. Choro muito            56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida d)</b> problemas de visão (não incluir os corrigíveis com óculos)            78. Tenho dificuldades em tomar decisões            22. Preocupo-me com o meu futuro            56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida: e)</b> erupções na pele ou outros problemas de pele            56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida: h)</b> coração aos saltos, acelerado</p>
2	<p>64. Tenho dificuldade em estabelecer prioridades            105. As pessoas acham-me desorganizado            76. Tenho um comportamento irresponsável            121. Costumo atrasar-me para reuniões/encontros            62. Sou descoordenado ou desajeitado em termos motores            108. Tenho tendência a perder coisas            59. Não consigo terminar as tarefas            101. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias            117. Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito            23. Quebro regras no meu local de trabalho ou noutros locais            1. Sou muito esquecido            8. Tenho problemas de concentração ou a prestar atenção durante muito tempo            20. Destruo ou estrago os meus pertences            36. Sou propenso a acidentes            92. Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei            39. Dou-me com pessoas que se metem em problemas/sarilhos            17. Sonho muito acordado/ Perco-me facilmente nos meus pensamentos            11. Dependo muito dos outros            120. Conduzo demasiado rápido            61. A minha produtividade no trabalho é baixa            114. Não pago as minhas contas nem assumo responsabilidades financeiras            24. Não me alimento tão bem quanto devia            47. Tenho baixa auto-confiança</p>
3	<p>40. Oiço sons ou vozes que não existem            91. Penso em suicidar-me            70. Vejo coisas que não existem            18. Auto-injuro-me ou tento suicidar-me            56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida: c)</b> náusea, sensação de enjoo            34. Sinto que estão sempre a tentar apanhar-me em falta            85. Tenho pensamentos que os outros acham estranhos            56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida: g)</b> vómitos            52. Sinto-me muito culpado            68. Grito ou berro muito            56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida: f)</b> dores de estômago            31. Receio pensar ou fazer algo de mau ou errado            79. Tenho problemas de fala / comunicação            46. Tenho movimentos nervosos ou contracções corporais            58. Tiro/arranco pele ou outras partes do corpo            110. Quem me dera ser do sexo oposto            27. Tenho ciúmes dos outros</p>

4	<p>37. Envolve-me em muitos conflitos e brigas 57. Agrido fisicamente as pessoas 94. Implico muito com os outros 97. Ameaço fisicamente as pessoas 84. Faço coisas que os outros acham estranhas 10. Não consigo estar sentado, quieto, durante muito tempo 21. Destruo ou estrago os pertences dos outros 66. Repito alguns actos vezes sem conta 56. Problemas físicos <b>sem causa médica conhecida: i)</b> formigueiros, adormecimento em diferentes partes do corpo 43. Minto ou engano os outros 82. Roubo 95. Tenho mau feitio, mau génio 26. Não me sinto culpado após ter feito algo que não devia 38. As minhas relações com os vizinhos são más</p>
5	<p>25. Não me dou bem com os outros 42. Prefiro estar sozinho do que conviver 60. Há poucas coisas de que goste 33. Sinto que ninguém gosta de mim 111. Afasto-me do convívio com outras pessoas 67. Tenho problemas em fazer ou manter amizades 48. As pessoas não gostam de mim 65. Recuso-me a falar 35. Sinto-me inútil ou inferior 107. Sinto que não consigo obter sucesso em nada 16. Sou mesquinho, mau para com os outros 28. Dou-me mal com a minha família</p>
6	<p>88. Gosto de conviver 7. Sou brincalhão 89. Ajo sem pensar nos riscos 41. Sou impulsivo ou faço coisas sem pensar 49. Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros 99. Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio 74. Exibo-me muito ou faço palhaçadas 122. Tenho dificuldade em manter um emprego</p>
7	<p>44. Sinto-me sufocado pelas responsabilidades 53. Tenho dificuldades em planear o futuro 106. Tento ser honesto com os outros 19. Tento que me dêem muita atenção 96. Penso muito em sexo 5. Culpo os outros pelos meus problemas 32. Sinto que devo ser perfeito 90. Bebo muito álcool ou fico embriagado 113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto 3. Discuto muito 109. Gosto de experimentar coisas novas 6. Consumo drogas (não incluir álcool ou tabaco) para fins não medicinais</p>
8	<p>123. Sou uma pessoa feliz 4. Dou o melhor de mim, esforço-me ao máximo 73. Cumpro as responsabilidades que tenho perante a minha família 80. Luto pelos meus direitos 2. Aproveito as oportunidades quando surgem 98. Gosto de ajudar as pessoas 104. Sou barulhento, falo alto 72. Preocupo-me com a minha família 15. Sou muito honesto 30. As minhas relações com o sexo oposto são más</p>

---

**Tabela 6:** Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos (8 Fatores)

Fatores	Itens
1	56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: a. dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça) 51. Sinto-me tonto ou com a cabeça vazia 53. Tenho dificuldades em planear o futuro 100. Tenho problemas de sono 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: d) problemas de visão (não incluir os corrigíveis com óculos) 14. Choro muito 50. Sinto-me ansioso e amedrontado 9. Não consigo afastar da minha mente alguns pensamentos 10. Não consigo estar sentado, quieto, durante muito tempo 63. Prefiro as pessoas mais velhas às da minha idade 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: b) dores de cabeça 13. Sinto-me confuso / não consigo pensar claramente 35. Sinto-me inútil ou inferior 116. Aborreço-me, entedio-me facilmente 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: i) formigueiros, adormecimento em diferentes partes do corpo 60. Há poucas coisas de que goste 44. Sinto-me sufocado pelas responsabilidades 8. Tenho problemas de concentração ou a prestar atenção durante muito tempo 83. Aborreço-me, sinto tédio com facilidade 55. O meu humor varia entre exaltação e depressão 29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: h. coração aos saltos, acelerado 69. Sou reservado, guardo as coisas para mim mesmo 45. Sou nervoso, tenso 54. Sinto-me cansado sem razão 65. Recuso-me a falar 112. Preocupo-me muito 102. Não tenho muita energia 115. Sinto-me inquieto ou irrequieto 103. Sinto-me triste, infeliz, deprimido 47. Tenho baixa auto-confiança 25. Não me dou bem com os outros 122. Tenho dificuldade em manter um emprego 48. As pessoas não gostam de mim 32. Sinto que devo ser perfeito 78. Tenho dificuldades em tomar decisões 123. Sou uma pessoa feliz 17. Sonho muito acordado/ Perco-me facilmente nos meus pensamentos 42. Prefiro estar sozinho do que conviver 30. As minhas relações com o sexo oposto são más
2	41. Sou impulsivo ou faço coisas sem pensar 3. Discuto muito 95. Tenho mau feitio, mau génio 94. Implico muito com os outros 86. Sou teimoso/obstinado, rabugento, amuado ou irritável 118. Sou demasiado impaciente 104. Sou barulhento, falo alto 81. O meu comportamento é inconstante, instável 27. Tenho ciúmes dos outros 108. Tenho tendência a perder coisas 87. Os meus sentimentos ou o meu humor mudam repentinamente 1. Sou muito esquecido 16. Sou mesquinho, mau para com os outros 120. Conduzo demasiado rápido 68. Grito ou berro muito 20. Destruo ou estrago os meus pertences 92. Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei 24. Não me alimento tão bem quanto devia 64. Tenho dificuldade em estabelecer prioridades 37. Envolve-me em muitos conflitos e brigas 49. Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros 5. Culpo os outros pelos meus problemas. 121. Costumo atrasar-me para reuniões/encontros 80. Luto pelos meus direitos 76. Tenho um comportamento irresponsável
3	67. Tenho problemas em fazer ou manter amizades 33. Sinto que ninguém gosta de mim 75. Sou muito tímido ou envergonhado 107. Sinto que não consigo obter sucesso em nada 18. Auto-injuro-me ou tento suicidar-me 85. Tenho pensamentos que os outros acham estranhos 84. Faço coisas que os outros acham estranhas 11. Dependo muito dos outros 12. Sinto-me só

	111. Afasto-me do convívio com outras pessoas 79. Tenho problemas de fala / comunicação 46. Tenho movimentos nervosos ou contrações corporais 61. A minha produtividade no trabalho é baixa 2. Aproveito as oportunidades quando surgem 58. Tiro/arranco pele ou outras partes do corpo
4	99. Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio 89. Ajo sem pensar nos riscos 93. Falo demasiado 109. Gosto de experimentar coisas novas 113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto 117. Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito 23. Quebro regras no meu local de trabalho ou noutros locais 74. Exibo-me muito ou faço palhaçadas 96. Penso muito em sexo 77. Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou noite 7. Sou brincalhão 90. Bebo muito álcool ou fico embriagado 19. Tento que me dêem muita atenção 70. Vejo coisas que não existem
5	36. Sou propenso a acidentes 43. Minto ou engano os outros 28. Dou-me mal com a minha família 26. Não me sinto culpado após ter feito algo que não devia 52. Sinto-me muito culpado 34. Sinto que estão sempre a tentar apanhar-me em falta 38. As minhas relações com os vizinhos são más 31. Receio pensar ou fazer algo de mau ou errado 114. Não pago as minhas contas nem assumo responsabilidades financeiras 119. Não sou bom com pormenores 82. Roubo
6	97. Ameaço fisicamente as pessoas 105. As pessoas acham-me desorganizado 101. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias 59. Não consigo terminar as tarefas 71. Sinto-me constrangido ou embaraçado facilmente 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: e) erupções na pele ou outros problemas de pele
7	98. Gosto de ajudar as pessoas 72. Preocupo-me com a minha família 106. Tento ser honesto com os outros 73. Cumpro as responsabilidades que tenho perante a minha família 88. Gosto de conviver 15. Sou muito honesto 4. Dou o melhor de mim, esforço-me ao máximo 22. Preocupo-me com o meu futuro
8	91. Penso em suicidar-me 62. Sou descoordenado ou desajeitado em termos motores 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: c) náusea, sensação de enjoo 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: g) vómitos 40. Oíço sons ou vozes que não existem 56. Problemas físicos sem causa médica conhecida: f. dores de estômago 110. Quem me dera ser do sexo oposto 39. Dou-me com pessoas que se metem em problemas/sarilhos 57. Agrido fisicamente as pessoas 66. Repito alguns actos vezes sem conta 6. Consumo drogas (não incluir álcool ou tabaco) para fins não medicinais
<b>Itens Negativos</b>	21. Destruo ou estrago os pertences dos outros

**Tabela 7:** Dados normativos da população portuguesa para o I.G.S., por faixa etária e sexo

	<b>I.G.S.</b>			
	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>
<b>M</b>	65.19	60.99	66.41	61.08
<b>DP</b>	22.07	19.60	19.59	25.20
<b>Max</b>	138.00	142.00	118.00	166.00
<b>Min</b>	29.00	29.00	31.00	19.00

**Tabela 8:** Dados normativos da população portuguesa para a Internalização, por faixa etária e sexo

	<b>Internalização</b>			
	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>
<b>M</b>	36.83	36.05	36.27	37.75
<b>DP</b>	14.77	14.73	14.02	16.54
<b>Max</b>	85.00	99.00	81.00	108.00
<b>Min</b>	12.00	14.00	16.00	11.00

**Tabela 9:** Dados normativos da população portuguesa para a Externalização, por faixa etária e sexo

<b>Externalização</b>				
	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>
<b>M</b>	25.10	21.33	27.21	23.96
<b>DP</b>	11.37	8.60	10.03	11.43
<b>Max</b>	57.00	46.00	51.00	55.00
<b>Min</b>	6.00	8.00	6.00	5.00

**Tabela 10:** Dados normativos da população portuguesa para do sexo Masculino, por faixa etária, para os oito fatores

<b>Masculino</b>								
	<b>18-35</b>				<b>36-59</b>			
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>
<b>Fator 1</b>	11.88	6.45	33	1	10.96	7.39	40	1
<b>Fator 2</b>	5.53	3.80	19	0	4.99	4.38	25	0
<b>Fator 3</b>	9.33	5.72	32	0	7.22	4.68	23	0
<b>Fator 4</b>	7.47	5.01	22	0	6.58	5.41	22	0
<b>Fator 5</b>	13.93	3.62	24	6	12.98	3.92	22	6
<b>Fator 6</b>	1.40	1.68	6	0	1.08	2.03	15	0
<b>Fator 7</b>	3.26	2.41	12	0	3.67	3.32	19	0
<b>Fator 8</b>	13.36	2.56	18	4	13.60	2.51	18	4

**Tabela 11:** Dados normativos da população portuguesa para do sexo Feminino, por faixa etária, para os oito fatores

<b>Feminino</b>								
	<b>18-35</b>				<b>36-59</b>			
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>
<b>Fator 1</b>	12.95	6.95	34	1	13.41	6.97	40	2
<b>Fator 2</b>	5.00	3.62	19	0	4.09	3.92	22	0
<b>Fator 3</b>	8.31	5.81	33	0	6.55	4.12	23	1
<b>Fator 4</b>	7.30	5.27	25	0	6.21	4.71	22	0
<b>Fator 5</b>	13.13	3.08	23	6	11.95	3.26	20	5
<b>Fator 6</b>	1.78	2.85	18	0	1.05	1.86	14	0
<b>Fator 7</b>	3.02	2.36	11	0	3.45	2.53	13	0
<b>Fator 8</b>	13.69	2.36	18	5	14.28	2.19	18	8

**Tabela 12:** Distribuição dos resultados totais da amostra total por percentis

<b>Resultados Brutos</b>	<b>Percentil</b>
19	1
28-29	2
30-31	3
32	4
33-34	5
35-36	7
37	8
38	11
39	12
40	13
41	14
42	16
43	18
44	20
45	22
46	23
47	24
48	27
49	29
50	30
51	31
52	34
53	36
54	38
55	39
56	42
57	44
58	47
59	49
60	51
61	53
62	54
63	56
64	58
65	60
66	61
67	64
68	65
69	66

---

70	67
71-72	69
73	70
74	72
75	75
76-77	76
78	78
79	79
80	80
81	82
82	83
83	84
84	85
85	86
86-87	87
88	88
89-91	89
92	90
93-97	92
98-99	93
101	94
102-104	95
105-107	96
108-113	97
114-118	98
120-137	99
138-166	99.9

---

**Tabela 13:** Distribuição dos resultados totais da Internalização por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
12-14	2
16,00	5
17-18	6
19	10
20	11
22	14
23	16
24	19
25	23
26	28
27	31
28	34
29	38
30	41
31	43
32	45
33	47
34	49
35	50
36	55
37	60
38	61
39	62
40	66
42	67
43	68
44	69
45	72
46	76
47	78
48	81
49	82
50	83
51	86
52	88
54	89
56	91
57	93
58	94

Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a População Portuguesa.  
Comparação dos Resultados Obtidos com os de Vítimas de Violência Doméstica

---

59	95
63	97
79-83	98
84	99
85,00	99.9

---

**Tabela 14:** Distribuição dos resultados totais da Internalização por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
14	1
15	3
16	4
17	5
18	6
19	8
20	11
21	14
22	16
23	18
24	19
25	21
26	23
27	25
28	29
29	30
30	38
31	44
32	48
33	53
34	55
35	59
36	60
37	65
39	73
40	74
41	75
42	80
43	81
44	83
50	85
51	86
52	88
53	89
54	90
56	91
57	93
59	94
65	95

Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a População Portuguesa.  
Comparação dos Resultados Obtidos com os de Vítimas de Violência Doméstica

---

67	96
70	98
76	99
99	99.9

---

**Tabela 15:** Distribuição dos resultados totais da Internalização por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultados Bruto</b>	<b>Percentil</b>
16	2
17	4
18	5
19	11
20	14
21	17
23	22
24	26
25	27
26	28
27	31
28	32
30	36
31	43
32	44
33	45
34	47
35	53
36	57
37	58
38	61
39	63
40	65
41	71
42	74
43	75
44	76
46	78
47	80
48	82
49	83
50	84
51	86
52	88
54	91
55	92
56	93
59	94
62	95

Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a População Portuguesa.  
Comparação dos Resultados Obtidos com os de Vítimas de Violência Doméstica

---

65	96
66	97
71	98
74	99
81	99.99

---

**Tabela 16:** Distribuição dos resultados totais da Internalização por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
11	2
13	4
14	5
15	7
16	11
17	14
18	15
20	17
21	21
22	24
23	29
24	35
25	37
26	40
27	42
28	44
29	45
30	47
31	50
32	54
33	57
34	59
35	63
36	65
37	70
38	72
39	73
40	75
41	77
42	79
43	82
45	83
46	84
49	86
50	87
51	89
56	93
62	94
64	95

Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a População Portuguesa.  
Comparação dos Resultados Obtidos com os de Vítimas de Violência Doméstica

---

66	96
68	97
83	99
108	99,99

---

**Tabela 17:** Distribuição dos resultados totais da Externalização por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
6	1
7	2
8	3
9	4
10	6
11	10
12	11
13	14
14	15
15	20
16	24
17	29
18	31
19	35
20	38
21	43
22	48
23	50
24	53
25	56
26	61
27	67
28	68
29	70
30	71
31	74
32	78
33	81
34	83
35	85
36	87
38	88
39	90
41	91
44	93
45	94
51	95
52	96
53	98

Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a População Portuguesa.  
Comparação dos Resultados Obtidos com os de Vítimas de Violência Doméstica

---

54	99
57	99,99

---

**Tabela 18:** Distribuição dos resultados totais da Externalização por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 35-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
8	1
9	6
10	8
11	10
13	19
14	24
15	25
16	31
17	41
18	48
20	51
21	56
22	64
23	66
24	71
25	75
27	78
29	83
30	84
31	89
32	91
35	93
36	94
39	95
41	96
42	99
46	99.99

**Tabela 19:** Distribuição dos resultados totais da Externalização por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
6	1
7	2
10	3
12	4
13	6
14	10
15	11
16	15
17	18
18	21
19	26
20	31
21	36
22	38
23	43
24	46
25	48
26	51
27	53
28	54
29	58
30	61
31	64
33	68
35	76
36	81
37	84
38	87
40	91
41	93
42	94
43	96
45	97
46	98
50	99
51	99.99

**Tabela 20:** Distribuição dos resultados totais da Externalização por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
5,00	2
8,00	4
9,00	8
10,00	10
11,00	11
12,00	15
13,00	17
14,00	23
15,00	26
16,00	28
17,00	32
18,00	36
19,00	40
20,00	44
21,00	50
22,00	55
23,00	56
24,00	59
25,00	61
26,00	66
27,00	68
28,00	71
29,00	73
31,00	74
32,00	77
33,00	79
34,00	81
35,00	84
36,00	87
38,00	88
39,00	90
42,00	91
43,00	92
44,00	93
46,00	96
49,00	97
50,00	98
54,00	99
55,00	99,99

**Tabela 21:** Distribuição dos resultados totais do Fator 1 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
1	1
2	3
3	5
4	7
5	12
6	18
7	22
8	34
9	38
10	43
11	46
12	50
13	55
14	64
15	68
16	72
17	74
18	84
19	85
20	86
21	87
22	90
23	92
24-25	94
26	95
27	96
28	97
29-30	98
34	99.99

**Tabela 22:** Distribuição dos resultados totais do Fator 2 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	6
1	16
2	27
3	39
4	51
5	62
6	69
7	80
8	85
9	90
10	91
11	93
12	97
13-14	98
16	99
19	99.99

**Tabela 23:** Distribuição dos resultados totais do Fator 3 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	2
2	5
3	15
4	22
5	36
6	46
7	53
8	62
9	70
10	76
11	80
12	86
13	91
14	92
15	93
17	95
20	96
27	98
30	98
32	99
33	99.99

**Tabela 24:** Distribuição dos resultados totais do Fator 4 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	4
1	10
2	16
3	26
4	38
5	46
6	53
7	56
8	66
9	71
10	74
11	82
12	84
13	88
14	91
15	92
16-18	94
19	97
21	99
25	99.99

**Tabela 25:** Distribuição dos resultados totais do Fator 5 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
6	2
8	6
9	12
10	21
11	30
12	43
13	53
14	66
15	82
16	90
17	93
18	95
19	96
20	99
23	99.99

**Tabela 26:** Distribuição dos resultados totais do Fator 6 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	42
1	65
2	75
3	86
4	90
5	92
6	95
8	96
9	97
10-12	98
14	99
18	99.99

**Tabela 27:** Distribuição dos resultados totais do Fator 7 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	8
1	30
2	51
3	66
4	78
5	85
6	91
7	96
8	97
10	98
11	99.99

**Tabela 28:** Distribuição dos resultados totais do Fator 8 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
5	1
6-8	2
9	5
10	9
11	17
12	27
13	41
14	62
15	74
16	91
17	99
18	99.99

**Tabela 29:** Distribuição dos resultados totais do Fator 1 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
2	1
3	4
4	8
5	13
6	15
7	20
8	24
9	29
10	31
11	43
12	54
13	60
14	64
15	69
16	73
17	75
18	80
19	81
20	84
21	90
22	91
23	94
25	95
28	96
30	99
40	99.99

**Tabela 30:** Distribuição dos resultados totais do Fator 2 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	9
1	25
2	41
3	54
4	68
5	79
6	83
7	85
8	91
9	93
10	94
12	96
15	98
17	99
22	99.99

**Tabela 31:** Distribuição dos resultados totais do Fator 3 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
1	8
2	15
3	23
4	39
5	48
6	55
7	64
8	70
9	75
10	90
11	91
12	93
13	95
14	96
17	99
23	99.99

**Tabela 32:** Distribuição dos resultados totais do Fator 4 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	4
1	8
2	25
3	31
4	41
5	55
6	64
7	70
8	76
9	83
10	86
11	88
12	89
13	91
14	93
15	94
16	95
18	96
19	99
22	99.99

**Tabela 33:** Distribuição dos resultados totais do Fator 5 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
5	1
6	4
7	5
8	13
9	30
10	38
11	45
12	59
13	69
14	76
15	85
16	90
17	95
18	98
19	99
20	99.99

**Tabela 34:** Distribuição dos resultados totais do Fator 6 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	51
1	74
2	88
3	96
4	98
5	99
14	99.99

**Tabela 35:** Distribuição dos resultados totais do Fator 7 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	9
1	20
2	43
3	60
4	71
5	81
6	89
7	93
8	96
9	98
10	99
13	99.99

**Tabela 36:** Distribuição dos resultados totais do Fator 8 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
8	1
9	4
10	5
11	11
12	20
13	33
14	49
15	70
16	85
17	95
18	99.99

**Tabela 37:** Distribuição dos resultados totais do Fator 1 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
1	1
2	2
3	3
4	7
5	13
6	18
7	28
8	34
9	41
10	51
11	54
12	62
13	66
14	72
15	77
16	78
17	80
18	81
19	83
20	86
21	92
22	93
24	94
25	95
26	96
27	97
28	98
30	99
34	99.99

**Tabela 38:** Distribuição dos resultados totais do Fator 2 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	2
1	13
2	23
3	39
4	48
5	57
6	65
7	70
8	80
9	83
10	87
11	93
12	97
14	98
15	99
19	99.99

**Tabela 39:** Distribuição dos resultados totais do Fator 3 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	1
1	3
2	6
3	7
4	14
5	22
6	37
7	41
8	51
9	61
10	71
11	78
12	83
13	84
14	86
15	87
16	88
17	90
18	93
19	96
24	98
30	99
32	99.99

**Tabela 40:** Distribuição dos resultados totais do Fator 4 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	5
1	11
2	16
3	25
4	32
5	39
6	50
7	55
8	60
9	65
10	76
11	80
12	84
13	91
14	93
15	94
17	96
18	97
21	99
22	99.99

**Tabela 41:** Distribuição dos resultados totais do Fator 5 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
6	1
7	2
8	5
9	15
10	16
11	21
12	37
13	46
14	61
15	73
16	78
17	81
18	90
19	92
20	96
21	97
22	99
24	99.99

**Tabela 42:** Distribuição dos resultados totais do Fator 6 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	43
1	63
2	78
3	86
4	94
5	96
6	99.99

**Tabela 43:** Distribuição dos resultados totais do Fator 7 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	6
1	22
2	43
3	64
4	81
5	82
6	90
7	95
8	97
9	98
10	99
14	99.99

**Tabela 44:** Distribuição dos resultados totais do Fator 8 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
4	1
7	2
8	4
9	6
10	8
11	22
12	34
13	52
14	68
15	80
16	90
17	95
18	99.99

**Tabela 45:** Distribuição dos resultados totais do Fator 1 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
1	2
2	7
3	11
4	17
5	28
6	30
7	38
8	43
9	48
10	59
11	60
12	68
13	71
14	75
15	78
16	83
18	85
19	87
20	90
21	92
22	93
23	94
24	95
27	97
28	98
36	99
40	99.99

**Tabela 46:** Distribuição dos resultados totais do Fator 2 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	8
1	22
2	30
3	45
4	57
5	65
6	71
7	80
8	85
9	86
10	89
11	92
12	95
15	98
19	99
25	99.99

**Tabela 47:** Distribuição dos resultados totais do Fator 3 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	6
1	12
2	14
3	20
4	30
5	39
6	47
7	55
8	66
9	72
10	80
11	83
12	90
13	92
14	94
15	96
16	97
21	98
22	99
23	99.99

**Tabela 48:** Distribuição dos resultados totais do Fator 4 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	8
1	22
2	29
3	37
4	43
5	52
6	58
7	62
8	65
9	68
10	75
11	80
12	89
13	91
15	93
17	96
19	97
20	98
21	99
22	99.99

**Tabela 49:** Distribuição dos resultados totais do Fator 5 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
6	7
8	12
9	20
10	29
11	32
12	47
13	58
14	66
15	81
16	82
17	87
18	90
19	92
20	96
22	99.99

**Tabela 50:** Distribuição dos resultados totais do Fator 6 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	57
1	76
2	85
3	92
4	95
5	97
6	98
7	99
15	99.99

**Tabela 51:** Distribuição dos resultados totais do Fator 7 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	10
1	21
2	48
3	63
4	71
5	77
6	86
7	90
8	93
9	94
11	96
12	97
13	98
14	99
19	99.99

**Tabela 52:** Distribuição dos resultados totais do Fator 8 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
4	1
7	3
8	6
10	13
11	16
12	23
13	42
14	58
15	78
16	93
17	99
18	99.99

## **VI – Artigo em Formato Publicável para Revistas Científicas**

---

## AFERIÇÃO DO *ADULT SELF REPORT* PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a população portuguesa. Comparação dos resultados obtidos com os de vítimas de violência doméstica

José Carlos S. Caldas e Sílvia Alexandra C. Fernandes

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte / UnIPSa/CICS

## Resumo

O presente estudo tem como objetivo central validar, para a população portuguesa, um instrumento de avaliação do comportamento em adultos, para que numa perspetiva futura este possa ser utilizado por profissionais no âmbito da Psicologia. O *Adult Self-Report* (A.S.R.) é um dos inventários para adultos que compõe a bateria A.S.E.B.A. Este questionário que na língua portuguesa foi traduzido para *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos* (I.A.A.C.A.) (Caldas, 2010) destina-se a avaliar o comportamento de adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos.

Nesta investigação foram conduzidos dois estudos: no Estudo 1 pretendeu-se aferir e validar para a população portuguesa o I.A.A.C.A., ou seja, avaliar as suas características psicométricas em termos da sua sensibilidade, validade e fidelidade numa amostra de 400 sujeitos; bem como analisar as relações existentes entre o I.A.A.C.A. e a versão portuguesa do A.B.C.L. (*Adult Behavior CheckList*) na sua versão traduzida para português, designada por *Inventário de Comportamento para Adultos* (I.C.A.); No estudo 2 pretendemos analisar a relação existente entre a população geral e mulheres vítimas de violência doméstica que habitam em Casas Abrigo (amostra específica)

A amostra geral é constituída por 400 indivíduos, 125 do sexo feminino e 95 do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos; e 80 do sexo feminino e 100 do sexo com idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos. A amostra específica é constituída por 20 mulheres vítimas de violência doméstica a habitar em Casas Abrigo, com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos.

Em ambas as amostras recorreu-se à aplicação do I.A.A.C.A. e do I.C.A., porém e, exclusivamente, no estudo 2, recorreu-se à utilização de uma adaptação do *Inventário de Violência Conjugal* (I.V.C.) (Machado, Matos, & Gonçalves, 2000) de forma a

identificar e avaliar os diversos comportamentos abusivos praticados numa relação conjugal e co-relacionar os seus efeitos ao nível dos seus comportamentos atuais.

Os resultados encontrados mostram que:

a) Relativamente à sensibilidade dos resultados, concluiu-se que a distribuição das frequências da escala respeita, sensivelmente, uma distribuição normal.

b) No que concerne à validade, os resultados obtidos permite-nos considerar a estrutura de dois fatores (*Internalização e Externalização*) e de oito fatores (*Ansiedade/Depressão, Auto-estima, Problemas de Atenção, Impulsividade, Comportamentos de Extroversão, Comportamentos Agressivos, Problemas de Personalidade Anti-social e Características Positivas*).

c) Em termos de fidelidade, foi possível verificar uma consistência interna bastante satisfatória do instrumento e dos fatores Internalização e Externalização. No entanto, a fidelidade dos oito fatores não é na sua totalidade satisfatória, demonstrando oscilações bastante relevantes.

d) A partir da correlação entre o I.A.A.C.A. e o I.C.A. concluiu-se que existe uma correlação muito significativa entre ambos, ou seja, constatou-se que os inter-avaliadores estão em concordância.

e) Quando se comparou o Índice Geral de Sintomas do I.A.A.C.A. apresentado pela população normativa com o Índice Geral de Sintomas evidenciado pelas vítimas de violência doméstica constatou-se que estas apresentam mais problemas comportamentais comparativamente à população normativa. Contrariamente, quando comparado os resultados do I.V.C. com o Índice Geral de Sintomas do I.A.A.C.A. verificou-se que as mulheres vítimas de violência doméstica não parecem revelar maior índice de problemas comportamentais.

## Abstract

The actual study's main objective is to validate an adults' behavior evaluation instrument, for the Portuguese population, so that in a future perspective it can be used by Psychology practioners. The *Adult Self-Report* (A.S.R.) is an adults' report which makes up the battery of A.S.E.B.A. (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*). This questionnaire, which is in Portuguese known as *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos* (I.A.A.C.A.) (Caldas, C., 2010), intends to evaluate the adults' behavior aged between 18 and 59.

In this thesis, two studies were conducted. In study 1 it was pretended to assess and validate the I.A.A.C.A. for the Portuguese population, this is, to evaluate their psychometric characteristics, in terms of sensibility, validity and fidelity, in a 400 subject sample. It was also intended to analyze the existing relationships between the I.A.A.C.A. and the Portuguese version of the A.B.C.L. (*Adult Behavior CheckList*), named as *Inventário de Comportamento para Adultos* (I.C.A.). In study 2, we aimed to analyze the existing relationship between the general population (n=400) and domestically abused women, who inhabit in Shelter Homes (specific sample) (n=20).

The general sample is of 400 individuals, 125 female (M=25.08, DP= 4.76) and 95 male (M=26.80, DP=4,97), aged between 18 and 35; and also 80 female (M=46,51, DP=6.06) and 100 male (M=47.69, DP=6.75), aged between 36 and 59.

The specific sample is of 20 individuals, all female, aged between 18 and 59, domestically abused, who inhabit in Shelter Homes.

In both samples the I.A.A.C.A. and I.C.A. applications were used, although in study 2, exclusively, it was resorted an adaptation of the *Marital Violence Report* (I.V.C.) (Machado C., Matos M., & Gonçalves M., 2000), in order to identify and evaluate the different behaviors experienced in a marital relationship and co-relate their effects upon the current behaviors.

The found results show that:

a) Concerning the sensibility of the results, it was concluded that the distribution of the scale's frequencies significantly regards a normal distribution.

b) Concerning the validity, the obtained results allow us to consider the structure of two factors (Internalization and Externalization) and of eight factors (Anxiety/Depression, Self-esteem, Attention Problems, Impulsivity, Extroversion

Behaviors, Aggressive Behaviors, Anti-social Personality Problems and Positive Characteristics).

c) In terms of fidelity, it was possible to identify a quite satisfactory internal consistency of the instrument and of the Internalization and Externalization factors. However, the fidelity of the eight factors is not totally satisfactory, showing quite relevant oscillations.

d) From the correlation between the I.A.A.C.A. and the I.C.A., it was concluded that there is a quite significant correlation among both, this is, it was found that the inter-evaluators are in agreement.

e) When comparing the I.A.A.C.A. General Symptom Index presented by the normative population to the General Symptom Index evidenced by the domestically abused victims, it was found that these victims present more behavioral problems comparatively to the normative population. On the contrary, when comparing the *I.V.C.* results to the I.A.A.C.A. General Symptom Index, it was confirmed that women victims of domestic abuse did not seem to reveal a bigger behavioral problems index.

Aferição do *Adult Self Report*, na sua versão traduzida para português, para a população portuguesa. Comparação dos resultados obtidos com os de vítimas de violência doméstica

### **O Sistema A.S.E.B.A. (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*)**

O sistema A.S.E.B.A. é um sistema de avaliação que, genericamente, é intitulado de “Empiricamente Baseado”, devido à forma como foi elaborado. É um sistema que funciona como um processo estruturado de recolha de informação e reflete padrões de problemas que são empiricamente identificáveis a partir de associações e comparações estatísticas, realizadas em diversos países. Trata-se, assim, de um sistema que facilita a avaliação de semelhanças e diferenças do funcionamento humano em diferentes faixas etárias, condições e interações (Achenbach & Rescorla, 2003, cit in Rocha & Araújo, 2008).

O método empírico ASEBA propõe três etapas distintas de análise: 1) problemas comportamentais específicos; 2) sub-escalas ou fatores resultantes da análise fatorial; 3) agregação das sub-escalas em pontuações de Internalização (e.g., ansiedade, depressão, isolamento e queixas somáticas) e de Externalização (e.g., comportamentos agressivos/delinquentes) (Soares, 2000 & Dornelles, Bortolini & Oliveira, 2010).

Não obstante, segundo Achenbach e Rescorla (2007) [cit in Rocha & Araújo, 2008] “*A.S.E.B.A. é o sistema de avaliação empiricamente baseado mais usado e pesquisado do mundo, com mais de seis mil publicações, cujas pesquisas foram feitas em 67 culturas*”. Tendo em conta que é uma avaliação baseada na perceção da própria pessoa e de informantes (*cross-informant correlation*), está sujeita a influências culturais. Assim, a abordagem A.S.E.B.A. visa avaliar o comportamento em diversas sociedades, baseando-se em investigações multiculturais, com o objetivo de aplicar

métodos de avaliação padronizada, realizar comparações transculturais e aperfeiçoar o conhecimento, avaliação e tratamento da psicopatologia em geral (Achenbach & Rescorla, 2003).

### **O *Adult Self-Report* (A.S.R.) e o *Adult Behavior Checklist* (A.B.C.L.)**

O *Adult Self-Report* (A.S.R.) que traduzido para a língua portuguesa se designa *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos* (I.A.A.C.A.) e o *Adult Behavior Checklist* (A.B.C.L.) que para a língua portuguesa se traduz em *Inventário de Comportamento para Adultos* (I.C.A.) são instrumentos que fazem parte do sistema A.S.E.B.A. São questionários similares que permitem a análise de comportamentos e a comparação entre a perceção que as pessoas têm de si próprias e a perceção que as outras pessoas (familiares, amigos, etc.) têm acerca do comportamento do sujeito. Ambos os questionários se destinam a avaliar e analisar o comportamento de adultos: O I.A.A.C.A. é um questionário de autoavaliação e o I.C.A. um questionário de heteroavaliação (a partir da perspectiva de um adulto próximo (companheiro/a, conjugue, filho/a adulto, amigo/a, familiar próximo, etc.) (Achenbach & Rescorla, 2003).

O I.A.A.C.A. objetiva identificar diferentes aspetos do funcionamento adaptativo dos adultos, sinalizando problemas comportamentais e emocionais bem como transtornos psicopatológicos de maior incidência (Achenbach & Rescorla, 2001, cit in Yates et tal, 2010). Permite avaliar dimensões do comportamento, nomeadamente, *Problemas de Internalização* (1.Problemas de Ansiedade/Depressão; 2.Retraimento/Afastamento; 3.Queixas Somáticas, 4.Problemas de pensamento) e *Problemas de Externalização* (5.Problemas de Atenção; 6. Comportamentos Agressivos; 7. Quebra de Regras; 8. Intrusão). Em ambos os questionários existem,

também, *Itens de Funcionamento Adaptativo*, *Itens de Desejabilidade Social* e *Itens Críticos* (Achenbach & Rescorla, 2003).

### **Classificações Categoriais vs Classificações Dimensionais**

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

Segundo Ribeiro (2010) esta classificação *“estabelece um ponto de corte entre aquilo que é considerado uma personalidade normal versus patológica”*. É uma perspetiva descritiva que se foca, essencialmente, nos fenómenos mais observáveis e tangíveis, ou seja, os sintomas. Vê o indivíduo como um objeto portador de uma doença e interessa-se, particularmente, pela análise da forma dos sintomas. Pelo facto, os defensores desta classificação sustentam a ideia da existência de categorias de perturbação normal ou patológica.

Segundo Farmer (2000, cit in Ribeiro, 2010) uma das vantagens da classificação categorial é possibilitar a comunicação do diagnóstico de uma forma clara e simples através de uma denominação única que sintetiza muitas informações. Não obstante, são apontadas algumas limitações, nomeadamente, o facto de ser uma classificação que *“tende para reducionismos doutrinários, para a multiplicação das diferenças e o avanço que permite, apesar de seguro, é feito em pequenos passos e com longos períodos de espera”* (McHugh e Slavney, 1986).

A classificação dimensional, contrariamente à classificação categorial, estabelece uma maior importância à análise do conteúdo dos sintomas do que propriamente à análise e avaliação da forma. Ou seja, para além dos sintomas, esta

perspetiva é conhecida por se interessar pela história do indivíduo e pelos fatores reativos da sua personalidade (Sousa, 2000). Para os defensores desta abordagem, as diferenças ao longo de um *continuum* têm que ser tidas em consideração e representam variações importantes (Ribeiro, 2010) permitindo, assim, caracterizar melhor os indivíduos.

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

Segundo Millon e Davis (1996, cit in Ribeiro, 2010) a perspetiva dimensional reúne diferentes traços clínicos num único perfil que é facilmente detetado, identificado e interpretado por técnicos.

O sistema A.S.E.B.A. aponta, contrariamente ao DSM-IV, que a patologia pode ser melhor entendida a partir de um modo dimensional, admitindo que a *“identificação de um síndrome é consequência do trabalho empírico”* (Soares, 2000). Assim, acredita-se que este sistema permite, de uma forma mais ajustada, a compreensão da psicopatologia infantil.

## **A Violência Doméstica**

### **Conceito de Violência Doméstica**

A violência doméstica é um fenómeno que tem assumido, por todo o Mundo, elevadas proporções tornando-se, atualmente, num problema social. Apesar de ser um fenómeno remoto foi apenas nas últimas décadas que se começou a assistir ao interesse crescente de vários autores e investigadores por esta temática, resultando num vasto

conjunto de estudos e teorias que visam um conhecimento mais profundo e alargado desta matéria.

Várias são as definições e conceitos associados à violência doméstica. Segundo Machado e Gonçalves (2003), entende-se por violência doméstica *“qualquer ato, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente e com intensidade, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou económicos, de modo directo ou indirecto (por meio de ameaças, enganar, coacção ou qualquer outro meio) a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado (pessoas – crianças, jovens, mulheres adultas, homens adultos ou idosos – a viver em alojamento comum) ou que, não habitando no mesmo agregado doméstico privado que o agente da violência, seja cônjuge ou companheiro marital ou ex-cônjuge ou ex-companheiro marital”*. A violência representa todo e qualquer ato de coacção, controlo, intimidação e agressão de alguém face a outrem. É a utilização da força ou instrumentos com a finalidade de magoar, intimidar, coagir ou impor o seu ponto de vista a outro. É um ato de brutalidade, abuso, agressão, constrangimento e desrespeito para com qualquer pessoa (Sagim, Biasoli-Alves, Delfino & Venturini, 2005).

Segundo Manita (2005), é importante *“não encerrar a violência doméstica na questão mais imediata da violência física”*. Ou seja, as principais formas de ofender, melindrar, agredir, atingir e coagir uma vítima é através de um conjunto de agressões, sejam elas físicas, emocionais ou psicológicas, abrangendo também, a intimidação, a violência sexual, o isolamento social e o abuso económico (Manita, 2005).

Em várias investigações tem sido demonstrado que as mulheres vítimas de violência doméstica apresentam problemas psicológicos generalizados. Segundo Matos (2003, cit in Pinto, 2009), as mulheres maltratadas apresentam um conjunto de transtornos psicológicos graves, nomeadamente, distúrbios cognitivos e de memória,

comportamentos depressivos, distúrbios de alterações na sexualidade, dismorfia, neuroticismo, alterações do padrão do sono e apetite e tentativas de suicídio.

O objetivo geral do nosso estudo empírico foi contribuir metodologicamente e teoricamente para a análise do comportamento na idade adulta através de dois estudos relacionados. Concretamente, o **Estudo 1** teve como objetivo primordial a avaliação das características psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação do comportamento – *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos* (I.A.A.C.A.) – assumindo os seguintes objetivos específicos: a) Aferir e validar o I.A.A.C.A. para uma amostra da população portuguesa da região norte; b) Avaliação das características psicométricas do I.A.A.C.A. em termos da sensibilidade, validade de constructo e fidelidade da versão portuguesa do instrumento; c) Estabelecer normas de comparação baseadas numa amostra da população portuguesa da região norte; d) Analisar as relações existentes entre o I.A.A.C.A. e o I.C.A.

O **Estudo 2** assumiu como principal objetivo comparar os resultados obtidos da população normativa com os resultados obtidos da população específica (mulheres vítimas de violência doméstica, que habitam em Casas Abrigo), tentando verificar a existência de correlações significativas entre vitimação e problemas comportamentais.

## Método

### *Participantes*

A amostra é constituída por dois grupos: **(I) Amostra Geral:** 400 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos; **(II) Amostra Específica:** 30 mulheres vítimas de violência doméstica e a habitar em Casas Abrigo sitas na zona do Grande Porto, com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos.

Na amostra geral foi tido em consideração que o número de indivíduos por idades fosse representativo da população portuguesa, tendo como referência os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) de 2009, de forma a respeitar, em termos de amostra, a proporção por faixas etárias e género. Assim, a amostra geral é constituída por 400 indivíduos, 33 do sexo feminino (8.25%) e 35 do sexo masculino (8,75%) com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos; e 169 do sexo feminino (42.25%) e 163 do sexo masculino (40,75%) com idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos ( $M = 35.41$ ;  $DP = 12.03$ ).

Para efeitos descritivos utilizamos uma divisão por faixas etárias de acordo com a realizada por Achenbach (18-35 / 36-59). Assim, a amostra geral é constituída por 400 indivíduos, 125 do sexo feminino ( $M=25.08$ ,  $DP= 4.76$ ) e 95 do sexo masculino ( $M=26.80$ ,  $DP=4,97$ ) com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos; e 80 do sexo feminino ( $M=46,51$ ,  $DP=6.06$ ) e 100 do sexo masculino ( $M=47.69$ ,  $DP=6.75$ ) com idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos.

Foram tidos em consideração os seguintes **Crítérios de Inclusão**: faixa etária localizada entre os 18 e os 59 anos de idade; nacionalidade portuguesa; e, competências mínimas de leitura e escrita. Foram tidos em consideração os seguintes **Crítérios de Exclusão**: indivíduos não residentes em Portugal, analfabetos e que não consentiram participar na investigação.

### *Materialis*

#### ***A) Adult Self-Report (A.S.R.) ou Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos (I.A.A.C.A.)***

O *Adult Self-Report* (A.S.R.), na sua tradução portuguesa (Caldas, 2010) designado de *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos*

(I.A.A.C.A.) foi desenvolvido em 1997 por Thomas Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2003). O I.A.A.C.A. é um inventário de autoavaliação direcionado para adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos e com o objetivo de obter uma representação do comportamento do adulto tal como ele se vê a si próprio.

A fase inicial do questionário (1ª e 2ª página) está destinada à recolha de dados demográficos, familiares e sociais, enquanto que numa fase posterior (3ª e 4ª página) os itens são direcionados para abordar questões relacionadas com problemas comportamentais, sociais e emocionais. Nesta última fase, o I.A.A.C.A. é constituído por 126 itens com um formato de escala de *Likert* de 3 pontos (0= “Não Verdadeiro”; 1= “Um Pouco ou às Vezes Verdadeiro”; 2= “Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro”) e o seu preenchimento apela aos 6 meses precedentes.

Alguns itens deste inventário revelam-se críticos e são de particular preocupação para os clínicos<sup>17</sup> e outros são itens que testam respostas socialmente desejáveis<sup>18</sup>. Por outro lado, vários itens pretendem que os sujeitos respondam descritivamente a determinados problemas/dificuldades ou até mesmo características, o que permite fornecer ao investigador informação intrinsecamente importante para a avaliação e informação clinicamente útil, que numa fase posterior pode ser analisada em entrevistas<sup>19</sup>. Neste questionário existem, também, alguns itens de resposta livre relativos ao funcionamento adaptativo, que descrevem doenças e deficiências, preocupações e inquietações, bem como as qualidades do próprio indivíduo<sup>20</sup>. Por outro lado, existem também Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM<sup>21</sup>, ou seja, questões que requerem a classificação de problemas comportamentais, emocionais e sociais e,

---

<sup>17</sup> Itens 6, 8, 9, 10, 14, 16, 18, 21, 40, 55, 57, 66, 70, 84, 90, 91, 92, 97 e 103.

<sup>18</sup> Itens 2, 4, 15, 49, 73, 80, 88, 106, 109, e 123.

<sup>19</sup> Itens 6, 9, 29, 40, 46, 58, 66, 70, 77, 79, 84, 85, 92 e 100.

<sup>20</sup> Itens I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII.

<sup>21</sup> Internalização a partir da qual é possível avaliar quatro fatores explicativos do comportamento (1. Ansiedade/Depressão; 2. Retraimento/Afastamento; 3. Queixas Somáticas; 4. Problemas de Pensamento) e a Externalização onde é possível avaliar quatro dimensões explicativas do comportamento (5. Problemas de Atenção; 6. Comportamentos Agressivos; 7. Quebra de Regras; 8. Intrusão).

por fim, itens socialmente desejáveis que, normalmente, são confirmados pela maioria das pessoas (Achenbach & Rescorla, 2003).

No que diz respeito às características psicométricas da versão americana do I.A.A.C.A., a fidelidade é geralmente muito elevada para todas as sub-escalas (escalas de funcionamento adaptativo, escalas de uso de substâncias, itens críticos, fatores de internalização e externalização e escalas orientadas para o DSM-IV), em que todos os *teste-retest* são significativos para  $p < 0.01$ , estando localizada entre 0.80 e 0.90. A média de  $r$  para os fatores do I.A.A.C.A. é .88, enquanto o  $rs$  para o Índice Geral de Sintomas é 0.94. No que diz respeito às escalas orientadas para o DSM-IV, a média localiza-se 0.83 (Achenbach & Rescorla, 2003).

Relativamente à validade, o I.A.A.C.A. foi correlacionado com o *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R). Da mesma forma que o sistema de Achenbach, o SCL-90-R possui 9 fatores explicativos que traduzem construtos sintomáticos, obtendo-se correlações significativas entre todos os fatores do I.A.A.C.A. e do SCL-90 (Achenbach & Rescorla, 2003).

## **B) Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)**

O *Inventário de Violência Conjugal* (I.V.C) permite tipificar as formas de violência praticadas e recebidas nas relações conjugais, tendo como objetivo “*identificar a vitimização e/ou perpetração de comportamentos abusivos*” (Machado, Matos & Gonçalves, 2006).

É composto por 21 itens que abordam atos de comportamentos fisicamente abusivos, comportamentos emocionalmente abusivos e comportamentos de coerção/intimidação.

Na parte A deste inventário é solicitado que exponham os comportamentos que os próprios adotaram no contexto da sua relação afetiva e os comportamentos que o companheiro adotou em relação a si, durante o último ano. Na possibilidade de uma destas opções ser afirmativa, é questionado ao participante a frequência desse comportamento. Na parte B do inventário este procedimento é repetido mas tendo em conta as relações anteriores dos sujeitos (Machado et al, 2006).

No âmbito do presente estudo, este inventário foi adaptado, utilizando-se assim, os 21 itens constituintes alterando, apenas, as instruções de resposta, onde constava que os participantes deveriam responder às questões, tendo em conta qualquer relação amorosa passada ou atual.

Para cada comportamento listado na escala, são solicitadas duas respostas: uma referente ao facto de o respondente ter utilizado esses comportamentos no âmbito de qualquer relação amorosa - Perpetuação (alínea a) e outra referente ao facto desse mesmo comportamento ter sido utilizado pelo parceiro sobre si – Vitimização (alínea b). No âmbito do presente estudo apenas a alínea b), referente à vitimização, é que foi utilizada para efeitos de tratamento dos dados.

Alguns itens do inventário correspondem aos atos de maltrato físico<sup>22</sup> e outros dizem respeito aos atos de maltrato emocional<sup>23</sup>.

Para efeitos do presente estudo, os itens do inventário foram convertidos numa escala do tipo *Likert* de 3 pontos, em que “0=*Nunca me fizeram*; 1= *Já me fizeram uma única vez*; 2= *Já me fizeram mais do que uma vez*”.

---

<sup>22</sup> Itens 1, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17 e 18

<sup>23</sup> itens 2, 6, 7, 9, 14, 19 e 20

### *Desenho e Procedimento*

O presente estudo é de natureza quantitativa que procura a avaliação das propriedades psicométricas do I.A.A.C.A. tendo em conta a realidade portuguesa.

O desenho do **Estudo 1** é do tipo observacional-descritivo transversal normativo e o desenho do **Estudo 2**, é do tipo observacional-descritivo de comparação entre grupos.

Esta investigação teve início com a autorização obtida, por meio de correio eletrónico, junto do autor original, do *Adult Self-Report* (A.S.R.), Thomas Achenbach.

Numa fase posterior procedeu-se à tradução para a língua portuguesa da versão original do A.S.R., realizada pelo Professor Doutor José Carlos Caldas, docente do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte.

Antes da administração do instrumento, foi estabelecido um contacto pessoal entre a investigadora e os participantes, da amostra geral e para aumentar a probabilidade de resposta solicitamos a colaboração de conhecidos da rede de relações dos colaboradores, de forma a criar uma amostra de “*Bola de Neve*” (Ribeiro, 1999). Por outro lado, foi também estabelecido um contacto pessoal com as entidades onde habitam as mulheres vítimas de violência doméstica, de forma a obter autorização para a recolha da amostra, esclarecendo, detalhadamente, toda a metodologia, objetivos e a pertinência inerentes à investigação.

Numa fase posterior, procedeu-se à recolha de dados junto dos participantes. Foram administrados a 400 indivíduos da população em geral o I.A.A.C.A. e o I.C.A. (no âmbito de um outro estudo a decorrer em simultâneo (Caldas & Pardalejo, 2011). Anexado a estes questionários aparecia uma outra página com três questões, a pedido do professor Achenbach, de forma a complementar a informação dos questionários

anteriores, no entanto, no nosso estudo, as mesmas não foram utilizadas para efeitos de tratamento de dados.

No que concerne à amostra específica de mulheres vítimas de violência doméstica e após a aprovação da Comissão Ética das Casas Abrigo para recolha de dados, procedeu-se à recolha de dados na amostra (n=20). Relativamente ao I.C.A. (*Inventário de Comportamento para Adultos*), este foi respondido por uma colega próxima de si, também residente do centro de acolhimento, ou por uma técnica ou auxiliar da Casa Abrigo, uma vez que se tratam de mulheres afastadas da cidade de origem. Por motivos de confidencialidade não se especifica os nomes das instituições da recolha da amostra específica.

Para finalizar, a última fase consistiu na recolha dos questionários e na sua introdução numa base de dados fornecida pelo Professor Achenbach (*A.D.M Assessment Data Manager, versão 9.1*) com posterior transladação dos mesmos dessa base de dados para o programa *IBM SPSS Statistics 19*, com vista ao tratamento e análise dos mesmos.

## Resultados

### Estudo 1: Características Psicométricas do I.A.A.C.A.

#### 1. Sensibilidade dos Resultados para a Escala de Problemas de Comportamento (Resultados Totais, Fator Internalização e Fator Externalização)

**Tabela 1:** Análise da normalidade da distribuição dos resultados.

<b>IGS</b>	
<b>M</b>	63.61
<b>Mediana</b>	60.00
<b>Moda</b>	75.00
<b>DP</b>	21.93

**Tabela 2:** Análise da assimetria e curtose dos itens do I.A.A.C.A.

	Assimetria	Curtose
<b>IGS</b>	0.948	1.519

A partir da análise da tabela 1 e 2, podemos concluir que a distribuição das frequências respeita, sensivelmente, uma distribuição normal uma vez que os valores da média (63.61), da moda (75.00) e da mediana (60.00) são relativamente próximos e os valores de assimetria e curtose são 0.948 e 1.122 respetivamente, próximos do valor 1.

Para os fatores Internalização e Externalização podemos concluir que os valores de assimetria e curtose mostram representar uma curva de distribuição sensivelmente normal, embora demasiada elevada no fator Internalização e demasiada achatada no fator Externalização (ver em anexo as tabelas correspondentes).

## 2. Validade do Construto do Instrumento

Para avaliar a replicabilidade do modelo da versão original, procedeu-se a uma análise fatorial, seguida de rotação *Varimax*, forçando uma solução a dois fatores e uma outra a oito fatores.

Em anexo, encontram-se tabelas que representam os itens distribuídos por **dois fatores** explicativos, para a amostra total e para as faixas etárias dos 18-59 anos, 18-35 anos e 36-59 anos<sup>24</sup> e tabelas onde constam os itens distribuídos por **oito fatores** explicativos, para a amostra total e para as faixas etárias dos 18-59 anos, 18-35 anos e 36-59 anos<sup>25</sup>, de acordo com os resultados obtidos na população portuguesa.

<sup>24</sup> Ver em anexo as tabelas correspondentes

<sup>25</sup> Ver em anexo as tabelas correspondentes

Tendo em conta os itens que constituem os dois fatores, designou-se o fator 1 de *Internalização* e o fator 2 de *Externalização*.

Tendo em conta os itens que constituem os oito fatores, designou-se o fator 1 de *Ansiedade/Depressão*, o fator 2 de *Auto-estima*, o fator 3 de *Problemas de Atenção*, o fator 4 de *Impulsividade*, o fator 5 de *Comportamento de Extroversão*, o fator 6 de *Comportamentos Agressivos*, o fator 7 de *Problemas de Personalidade Anti-social* e por fim, o fator 8 de *Características Positivas* (Fator que engloba apenas características positivas e não tanto problemas de comportamento).

### 3. Fidelidade dos Resultados

#### 3.1. Consistência Interna

**Tabela 3:** Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa.

Escala	<i>Alpha de Cronbach</i> - Versão Portuguesa -
I.A.A.C.A.	0.93

Para verificar a fidelidade do instrumento optou-se pelo coeficiente *alfa de Cronbach*, obtendo-se um valor de 0.93 para o I.A.A.C.A., demonstrando que a consistência interna do instrumento é bastante satisfatória (Tabela 3). Estes resultados permitem concluir que o instrumento apresenta níveis elevados de homogeneidade.

Para o fator *Internalização* encontramos um *alfa de Cronbach* de 0.929, demonstrando que a consistência interna do fator é bastante satisfatória (ver tabela em anexo). Para o fator *Externalização* encontramos um *alfa de Cronbach* de 0.873, demonstrando que a consistência interna do fator é bastante satisfatória (ver tabela em anexo).

Foi também possível verificar que para o fator *Internalização* e *Externalização*, para idades localizadas entre os 18 e os 35 anos, o *alfa de Cronbach* é de 0.923 e 0.861 respetivamente, demonstrando que a consistência interna dos fatores é bastante satisfatória (ver tabela em anexo).

Para o fator *Internalização* e *Externalização*, para idades localizadas entre os 36 e os 59 anos, encontramos um *alfa de Cronbach* de 0.941 e 0.863 respetivamente, demonstrando que a consistência interna dos fatores é bastante satisfatória.

Para os fatores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, nas idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, encontramos um *alfa de Cronbach* situado entre 0.907 e 0.565, sendo que os valores mais elevados situam-se no fator 1 ( $\alpha=0.907$ ) e no fator 2 ( $\alpha=0.847$ ) e os valores mais baixos no fator 8 ( $\alpha=0.565$ ) e no fator 6 ( $\alpha=0.622$ ) (ver tabela em anexo).

Para os fatores 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, nas idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos, encontramos um *alfa de Cronbach* situado entre 0.928 e 0.501, sendo que os valores mais elevados situam-se no fator 1 ( $\alpha=0.928$ ) e no fator 2 ( $\alpha=0.831$ ) e os valores mais baixos no fator 6 ( $\alpha=0.501$ ) e no fator 8 ( $\alpha=0.635$ ) (ver tabela em anexo).

#### **4. Normas para a População Portuguesa**

As normas foram calculadas com base nas médias, desvios-padrão e cálculo dos respetivos percentis, através das médias do somatório para o total da amostra nos dois fatores e nos oito fatores e ainda por géneros para as faixas etárias 18-35 e 36-59. Todas as tabelas se encontram em anexo.

#### **5. Estudo das Correlações entre Variáveis**

Ao correlacionar o ICA com o IAACA foi possível constatar que existe uma correlação muito significativa ( $r= 0.232$ ,  $p<0.001$ ), existindo assim, uma concordância

inter-avaliadores, ou seja, entre os indivíduos que responderam ao questionário (autoavaliação) e os informantes (heteroavaliação).

**Estudo 2: Comparação dos Resultados Obtidos pela População Normativa com os Resultados Obtidos pela População Vítima de Violência Doméstica**

**Tabela 4:** Comparação dos resultados entre o grupo normativo e específico para os resultados totais.

Grupos	N	Rank Médio	U	p
Grupo Normativo	400	202.97	986.500	<0.001
Grupo Específico (Vítimas de V.D.)	20	361.18		

Pela análise da tabela 4, é possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo normativo (*Rank* médio = 202.97) e o grupo específico (*Rank* médio = 361.18),  $U=986.500$ ,  $p<0.001$ , sendo que o grupo de vítimas de violência doméstica apresenta valores mais elevados em termos de problemas comportamentais.

Porém, ao correlacionar o I.A.A.C.A. e o I.V.C. verificou-se que não existe uma correlação significativa entre o I.A.A.C.A. e o I.V.C. ( $r=0.183$ ,  $p<0.001$ ), ou seja, as vítimas de violência doméstica não parecem revelar maior índice de problemas comportamentais avaliados pelo I.A.A.C.A (ver tabela em anexo).

Através do cálculo da correlação do I.V.C. com a Internalização e do I.V.C com a Externalização constatou-se que não existe uma correlação significativa.

## Discussão

### Discussão de Resultados do Estudo 1

O Estudo 1 tinha como objetivo central a avaliação das características psicométricas do *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento para Adultos* (I.A.A.C.A.). Especificamente pretendia-se: a) Aferir e validar o I.A.A.C.A. para uma amostra da população portuguesa da região norte; b) Avaliar as características psicométricas do I.A.A.C.A. em termos da sensibilidade, validade de constructo e fidelidade da versão portuguesa do instrumento; c) Estabelecer normas de comparação baseadas numa amostra da população portuguesa da região norte; d) Analisar as relações existentes entre o I.A.A.C.A. e o I.C.A. Passaremos a discutir os principais resultados obtidos, enunciando as conclusões gerais.

Relativamente à **sensibilidade dos resultados**, concluiu-se que a distribuição das frequências da escala respeita, sensivelmente, uma distribuição normal. Por outro lado, através da análise da assimetria e curtose dos itens do I.A.A.C.A., da Internalização e da externalização, constatou-se que os resultados demonstram representar uma curva de distribuição normal. Porém, no fator Internalização a curva de distribuição normal encontra-se demasiada elevada e no fator Externalização demasiada achatada.

No que concerne à **validade**, os resultados obtidos para avaliar a estrutura fatorial da versão portuguesa do I.A.A.C.A. permite-nos considerar como aceitável para a população portuguesa a estrutura de dois fatores, *Internalização* e *Externalização*, tal como Achenbach sugere no instrumento original (Achenbach e Rescorla, 2003). Porém, os oito fatores também apontados por Achenbach (1. Ansiedade/depressão; 2. Retraimento/Afastamento; 3. Queixas Somáticas; 4. Problemas de Pensamento; 5. Problemas de Atenção; 6. Comportamentos Agressivos; 7. Quebra de Regras;

8. Intrusão), na realidade, a sua designação não se revelaram aceitáveis para a população portuguesa, tendo sido adaptados de acordo com os resultados obtidos da análise fatorial. Assim, tendo em conta os itens que constituem os oito fatores na versão portuguesa, designou-se o fator 1 de *Ansiedade/Depressão*, o fator 2 de *Auto-estima*, o fator 3 de *Problemas de Atenção*, o fator 4 de *Impulsividade*, o fator 5 de *Comportamentos de Extroversão*, o fator 6 de *Comportamentos Agressivos*, o fator 7 de *Problemas de Personalidade Anti-social* e por fim, o fator 8 de *Características Positivas* (Fator que engloba apenas características positivas e não tanto problemas de comportamento). Estas diferenças verificadas no comportamento psicométrico da versão original e da versão portuguesa poderão relacionar-se com as diferenças culturais, especialmente em instrumentos de avaliação do comportamento, altamente idiossincráticos e suscetíveis de serem influenciados pelas características socioculturais.

Em termos de **fidelidade**, foi possível verificar uma consistência interna bastante satisfatória do instrumento. Estes resultados permitem concluir que o I.A.A.C.A. apresenta níveis aceitáveis de homogeneidade, constituindo um instrumento adequado para a avaliação do comportamento em adultos na população portuguesa. O valor do *alpha de Cronbach* do nosso estudo é semelhante e igualmente muito satisfatório comparativamente ao valor da escala original ( $\alpha$  compreendido entre 0.80 e 0.90) (Achenbach & Rescorla, 2003), sem exclusão de qualquer item e mantendo a estrutura original do instrumento.

Tendo em conta os diferentes fatores do questionário optou-se, também, por calcular o *alpha de Cronbach* para a Internalização e para a Externalização (para a totalidade da faixa etária e para as idades 18-35/36-59), revelando valores elevados e demonstrando que a consistência interna dos dois fatores é bastante satisfatória. Por outro lado, o cálculo do *alpha de Cronbach* para os oito fatores evidenciou que a

consistência interna dos mesmos não é na sua totalidade satisfatória demonstrando oscilações bastante relevantes, pois se para alguns fatores se obteve valores bastante aceitáveis, para outros não. Por exemplo, os valores de consistência interna para os 8 Fatores, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, situa-se entre  $\alpha=0.907$  (fator1) e  $\alpha=0.565$  (fator 2).

No **estudo das correlações entre variáveis** optou-se por correlacionar o I.A.A.C.A. e o I.C.A., concluindo-se que existe uma correlação muito significativa entre ambos. Assim, é possível constatar que os inter-avaliadores (os indivíduos que responderam ao I.A.A.C.A. e os informantes que responderam ao I.C.A.) estão em concordância.

## **Discussão de Resultados do Estudo 2**

Na população específica esperava-se obter resultados que apontassem para a existência de diferenças comportamentais derivadas dos episódios de violência conjugal, ou seja, esperava-se obter diferenças nos resultados do I.A.A.C.A. em comparação com a população normativa.

Tendo em conta a correlação efetuada entre o Índice Geral de Sintomas do I.A.A.C.A. apresentado pela população normativa em comparação com o Índice Geral de Sintomas do I.A.A.C.A. evidenciado pelas mulheres vítimas de violência doméstica, foi possível constatar que os resultados médios obtidos pelo grupo específico são superiores aos obtidos pela população normativa, evidenciando, assim, que as mulheres vítimas de violência doméstica apresentam mais problemas comportamentais comparativamente à população normativa. Porém, quando comparado os resultados do I.V.C. com o Índice Geral de Sintomas do I.A.A.C.A., verificou-se que não existe uma correlação significativa entre ambos, bem como quando esta comparação é efetuada

tendo em conta os fatores de Internalização e Externalização. Desta forma, e tendo em conta este último resultado, as mulheres vítimas de violência doméstica não parecem revelar maior índice de problemas comportamentais quando avaliadas pelo I.A.A.C.A. No entanto, contrariamente ao nosso estudo, muitas outras investigações realizadas no sentido de avaliar o impacto psicológico da violência doméstica nas vítimas, demonstram a existência de problemas psicológicos generalizados resultantes deste tipo de vivência. Segundo Pinto (2009) a depressão, as alterações psicoafetivas, o abuso de álcool, o consumo de substâncias psicotrópicas e as perturbações como stress pós-traumático são dos transtornos psicológicos mais evidenciados pelas vítimas. Ainda segundo Matos (2003, cit in Pinto, 2009) as mulheres vítimas de violência doméstica ostentam um conjunto de problemas psicológicos, nomeadamente, distúrbios cognitivos e de memória, comportamentos depressivos, distúrbios de ansiedade, alterações na sexualidade, dismorfia, neuroticismo, histeria, hipocondria, alterações do padrão do sono e apetite e tentativas de suicídio.

### Referências\*

- Achenbach, T. M., & Rescorla L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington. VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., Krukowski, R. A., Dumenci, L. & Ivanova, M. (2005). *Assessment of Adult Psychopathology: Meta-Analyses and Implications of Cross-Informant Correlations*. University of Vermont. American Psychological Association. Vol.131, N.º 3, 361-382.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4<sup>th</sup> edição). Climepsi Editores. pp.XXXI-XXXII.
- ASEBA – Site Oficial, disponível em <http://www.aseba.org/index.html>, acessido em 12/05/2010.
- Araújo, L. (2010). *Relação entre Comportamento na Infância e a Vulnerabilidade Social na Cidade de Belo Horizonte – MG*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Caldas, C. (2010). Versão Traduzida e Validada do I.A.A.C.A. Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.
- Caldas, C. (2010). Versão Traduzida e Validada do I.C.A. Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.
- Dornelles, C., Bortolini, M., & Oliveira, M. (2010). *Avaliação dos Transtornos Psicológicos em Adolescentes Atendidos em Clínica-Escola*. Faculdade de Psicologia. XI Salão de Iniciação Científica – PUCRS.

- Gonçalves, R., & Machado, C. (2003) Vitimologia e Criminologia. *Violência e Vítimas de Crimes. Vol I: Adultos*. Coimbra: Quarteto.
- Hair, R., Anderson, E., Tatham, L. & Black, C. (1998). *Multivariate Data Analysis* 5<sup>a</sup> ed. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Hudziak, J., Achenbach, T., Althoff, R. & Pine, D. (2007). *A Dimensional Approach to Developmental Psychopathology*. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 16(SI): S16-S23.
- Krueger, R. & Markon, K. (2006). *Understanding Psychopathology: Melding Behavior Genetics, Personality and Quantitative Psychology to Develop an Empirically Based Model*. University of Minnesota. 15(3): 113-117.
- Machado, C., Matos, M., & Gonçalves, M. (2006). *Manual da Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (E.C.V.C.) e do Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)*. 2<sup>a</sup> Edição. Psiquilibrios Edições. Departamento de Psicologia. Universidade do Minho.
- Machado, C., Matos, M., & Gonçalves, M. (2000). *Adaptação do I.V.C.* Universidade do Minho.
- Manita, C. (2009). *Estudo Tripartido sobre Violência Doméstica*. Porto: CIDM/FPCEUP.
- Manita, C. (2005). Uma Outra Via para a Não Violência: A Intervenção Psicológica em Agressores. *Família, Violência e Crime*. Polícia e Justiça, n.º III, pp. 169-171.
- McHugh, P. & Slavney, P. (1986). *As Perspectivas da Psiquiatria*. Artes Médicas. Porto. pp 50-54.
- Monteiro, F. (2000). *Mulheres Agredidas pelos Maridos: De Vítimas a Sobreviventes*. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. Lisboa.

- Monteiro, R. (2010). *A Igualdade de Género e a Violência Doméstica*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto. pp. 49-69.
- Peixoto, A. & Machado, C. (2008). *Voices de Mulheres que Passaram pela Experiência de Acolhimento numa Casa Abrigo*. Dissertação apresentada na Universidade do Minho. Braga.
- Pinto, J. (2009). *Impacto Psicológico e Psicopatológico da Violência Conjugal em Mulheres Vítimas Acolhidas em Casas de Abrigo*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Ribeiro, L. (2010). Limitações na Avaliação de Perturbação de Personalidade: Aspectos Conceptuais e Metodológicos. *Análise Psicológica*. Vol. 4. pp. 651-663.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Rocha, M. & Araújo, L. (2008). Um Estudo Comparativo entre Duas Traduções Brasileiras do Inventário de Auto-avaliação para Jovens (YSR). *Psicologia: Teoria e Prática*, pp14-24. São Paulo.
- Sagim, M., Biasoli-Alves, Z., Delfino, V. Venturini, F. (2005). A Mulher como Vítima de Violência Doméstica. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v.7, n.1, pp.17-23.
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao Longo da Vida*. Coimbra. Quarteto. pp. 43-87.
- Sousa, R. (2000). *Mutações Diagnósticas – A Propósito da Psicose Unitária*. Dissertação Apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Soroptimist Internacional Clube Porto «Invicta» [S.I.C.P.I.]. Projeto “Novo Rumo – Para Uma Vida Sem Violência” (2004). *Manual de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica*. Porto, DF: Autor.

Yates, M., Santos, P., Oliveira, M. (2010). *Estudo do Funcionamento Adaptativo e Psicopatologias na População Geral através da Percepção de Informantes*. Faculdade de Psicologia. XI Salão de Iniciação Científica – PUCRS.

\*De acordo com o estilo APA – *American Psychological Association*

*Appendix A* (Apêndice),

## Tabelas

A1: Análise da normalidade da distribuição dos resultados e da assimetria e curtose para o fator  
Internalização

	<b>Assimetria</b>	<b>Curtose</b>	<b>M</b>	<b>Moda</b>	<b>Mediana</b>
<b>Internalização</b>	1.200	2.310	37.34	31.00	35.00

A2: Análise da normalidade da distribuição dos resultados e da simetria e curtose para o fator  
Externalização

	<b>Assimetria</b>	<b>Curtose</b>	<b>M</b>	<b>Moda</b>	<b>Mediana</b>
<b>Externalização</b>	0.666	0.023	24.40	17.00	22.00

A3: Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos (2 Fatores)

A4: Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos (2 Fatores)

A5: Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos (2 Fatores)

A6: Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos (8 Fatores)

A7: Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos (8 Fatores)

A8: Distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa do I.A.A.C.A. para idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos (8 Fatores)

A9: Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Internalização.

<b>Internalização</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
	0.929

A10: Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Externalização.

<b>Externalização</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
	0.873

A11: Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Internalização e a Externalização, para idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos.

<b>Fatores</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
<b>Internalização</b>	0.923
<b>Externalização</b>	0.861

A12: Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para a Internalização e a Externalização, para idades compreendidas entre os 36 e os 59 anos.

<b>Fatores</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
<b>Internalização</b>	0.941
<b>Externalização</b>	0.863

A13: Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para os 8 Fatores, para as idades entre os 18 e os 35 anos.

<b>Fatores</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
1	0.907
2	0.847
3	0.781
4	0.662
5	0.766
6	0.622
7	0.685
8	0.565

A14: Valores de consistência interna do I.A.A.C.A. na versão portuguesa, para os 8 Fatores, para as idades entre os 36 e os 59 anos.

<b>Fatores</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
1	0.928
2	0.831
3	0.740
4	0.760
5	0.654
6	0.501
7	0.660
8	0.635

A15: Dados normativos da população portuguesa para o I.G.S., por faixa etária e sexo

<b>I.G.S.</b>				
	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>
<b>M</b>	65.19	60.99	66.41	61.08
<b>DP</b>	22.07	19.60	19.59	25.20
<b>Max</b>	138.00	142.00	118.00	166.00
<b>Min</b>	29.00	29.00	31.00	19.00

A16: Dados normativos da população portuguesa para a Internalização, por faixa etária e sexo

<b>Internalização</b>				
	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>
<b>M</b>	36.83	36.05	36.27	37.75
<b>DP</b>	14.77	14.73	14.02	16.54
<b>Max</b>	85.00	99.00	81.00	108.00
<b>Min</b>	12.00	14.00	16.00	11.00

**A17:** Dados normativos da população portuguesa para a Externalização, por faixa etária e sexo

<b>Externalização</b>				
	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>	<b>18-35</b>	<b>36-59</b>
<b>M</b>	25.10	21.33	27.21	23.96
<b>DP</b>	11.37	8.60	10.03	11.43
<b>Max</b>	57.00	46.00	51.00	55.00
<b>Min</b>	6.00	8.00	6.00	5.00

**A18:** Dados normativos da população portuguesa para do sexo Masculino, por faixa etária, para os oito fatores

<b>Masculino</b>								
	<b>18-35</b>				<b>36-59</b>			
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>
<b>Fator 1</b>	11.88	6.45	33	1	10.96	7.39	40	1
<b>Fator 2</b>	5.53	3.80	19	0	4.99	4.38	25	0
<b>Fator 3</b>	9.33	5.72	32	0	7.22	4.68	23	0
<b>Fator 4</b>	7.47	5.01	22	0	6.58	5.41	22	0
<b>Fator 5</b>	13.93	3.62	24	6	12.98	3.92	22	6
<b>Fator 6</b>	1.40	1.68	6	0	1.08	2.03	15	0
<b>Fator 7</b>	3.26	2.41	12	0	3.67	3.32	19	0
<b>Fator 8</b>	13.36	2.56	18	4	13.60	2.51	18	4

**A19:** Dados normativos da população portuguesa para do sexo Feminino, por faixa etária, para os oito fatores

<b>Feminino</b>								
	<b>18-35</b>				<b>36-59</b>			
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>
<b>Fator 1</b>	12.95	6.95	34	1	13.41	6.97	40	2
<b>Fator 2</b>	5.00	3.62	19	0	4.09	3.92	22	0
<b>Fator 3</b>	8.31	5.81	33	0	6.55	4.12	23	1
<b>Fator 4</b>	7.30	5.27	25	0	6.21	4.71	22	0
<b>Fator 5</b>	13.13	3.08	23	6	11.95	3.26	20	5
<b>Fator 6</b>	1.78	2.85	18	0	1.05	1.86	14	0
<b>Fator 7</b>	3.02	2.36	11	0	3.45	2.53	13	0
<b>Fator 8</b>	13.69	2.36	18	5	14.28	2.19	18	8

**A20:** Distribuição dos resultados totais da amostra total por percentis

<b>Resultados Brutos</b>	<b>Percentil</b>
19	1
28-29	2
30-31	3
32	4
33-34	5
35-36	7
37	8
38	11
39	12
40	13
41	14
42	16
43	18
44	20
45	22
46	23
47	24
48	27
49	29
50	30
51	31
52	34
53	36
54	38
55	39
56	42
57	44
58	47
59	49
60	51
61	53
62	54
63	56
64	58
65	60
66	61
67	64
68	65
69	66

---

70	67
71-72	69
73	70
74	72
75	75
76-77	76
78	78
79	79
80	80
81	82
82	83
83	84
84	85
85	86
86-87	87
88	88
89-91	89
92	90
93-97	92
98-99	93
101	94
102-104	95
105-107	96
108-113	97
114-118	98
120-137	99
138-166	99.9

---

**A21:** Distribuição dos resultados totais da Internalização por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
12-14	2
16,00	5
17-18	6
19	10
20	11
22	14
23	16
24	19
25	23
26	28
27	31
28	34
29	38
30	41
31	43
32	45
33	47
34	49
35	50
36	55
37	60
38	61
39	62
40	66
42	67
43	68
44	69
45	72
46	76
47	78
48	81
49	82
50	83
51	86
52	88
54	89
56	91
57	93
58	94

---

59	95
63	97
79-83	98
84	99
85,00	99.9

---

**A22:** Distribuição dos resultados totais da Internalização por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
14	1
15	3
16	4
17	5
18	6
19	8
20	11
21	14
22	16
23	18
24	19
25	21
26	23
27	25
28	29
29	30
30	38
31	44
32	48
33	53
34	55
35	59
36	60
37	65
39	73
40	74
41	75
42	80
43	81
44	83
50	85
51	86
52	88
53	89
54	90
56	91
57	93
59	94
65	95

---

67	96
70	98
76	99
99	99.9

---

**A23:** Distribuição dos resultados totais da Internalização por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultados Bruto</b>	<b>Percentil</b>
16	2
17	4
18	5
19	11
20	14
21	17
23	22
24	26
25	27
26	28
27	31
28	32
30	36
31	43
32	44
33	45
34	47
35	53
36	57
37	58
38	61
39	63
40	65
41	71
42	74
43	75
44	76
46	78
47	80
48	82
49	83
50	84
51	86
52	88
54	91
55	92
56	93
59	94
62	95

---

65	96
66	97
71	98
74	99
81	99.99

---

**A24:** Distribuição dos resultados totais da Internalização por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
11	2
13	4
14	5
15	7
16	11
17	14
18	15
20	17
21	21
22	24
23	29
24	35
25	37
26	40
27	42
28	44
29	45
30	47
31	50
32	54
33	57
34	59
35	63
36	65
37	70
38	72
39	73
40	75
41	77
42	79
43	82
45	83
46	84
49	86
50	87
51	89
56	93
62	94
64	95

---

66	96
68	97
83	99
108	99,99

---

**A25:** Distribuição dos resultados totais da Externalização por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
6	1
7	2
8	3
9	4
10	6
11	10
12	11
13	14
14	15
15	20
16	24
17	29
18	31
19	35
20	38
21	43
22	48
23	50
24	53
25	56
26	61
27	67
28	68
29	70
30	71
31	74
32	78
33	81
34	83
35	85
36	87
38	88
39	90
41	91
44	93
45	94
51	95
52	96
53	98

---

54	99
57	99,99

---

**A26:** Distribuição dos resultados totais da Externalização por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 35-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
8	1
9	6
10	8
11	10
13	19
14	24
15	25
16	31
17	41
18	48
20	51
21	56
22	64
23	66
24	71
25	75
27	78
29	83
30	84
31	89
32	91
35	93
36	94
39	95
41	96
42	99
46	99,99

**A27:** Distribuição dos resultados totais da Externalização por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
6	1
7	2
10	3
12	4
13	6
14	10
15	11
16	15
17	18
18	21
19	26
20	31
21	36
22	38
23	43
24	46
25	48
26	51
27	53
28	54
29	58
30	61
31	64
33	68
35	76
36	81
37	84
38	87
40	91
41	93
42	94
43	96
45	97
46	98
50	99
51	99.99

**A28:** Distribuição dos resultados totais da Externalização por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
5,00	2
8,00	4
9,00	8
10,00	10
11,00	11
12,00	15
13,00	17
14,00	23
15,00	26
16,00	28
17,00	32
18,00	36
19,00	40
20,00	44
21,00	50
22,00	55
23,00	56
24,00	59
25,00	61
26,00	66
27,00	68
28,00	71
29,00	73
31,00	74
32,00	77
33,00	79
34,00	81
35,00	84
36,00	87
38,00	88
39,00	90
42,00	91
43,00	92
44,00	93
46,00	96
49,00	97
50,00	98
54,00	99
55,00	99,99

**A29:** Distribuição dos resultados totais do Fator 1 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
1	1
2	3
3	5
4	7
5	12
6	18
7	22
8	34
9	38
10	43
11	46
12	50
13	55
14	64
15	68
16	72
17	74
18	84
19	85
20	86
21	87
22	90
23	92
24-25	94
26	95
27	96
28	97
29-30	98
34	99.99

**A30:** Distribuição dos resultados totais do Fator 2 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	6
1	16
2	27
3	39
4	51
5	62
6	69
7	80
8	85
9	90
10	91
11	93
12	97
13-14	98
16	99
19	99.99

**A31:** Distribuição dos resultados totais do Fator 3 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	2
2	5
3	15
4	22
5	36
6	46
7	53
8	62
9	70
10	76
11	80
12	86
13	91
14	92
15	93
17	95
20	96
27	98
30	98
32	99
33	99.99

**A32:** Distribuição dos resultados totais do Fator 4 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	4
1	10
2	16
3	26
4	38
5	46
6	53
7	56
8	66
9	71
10	74
11	82
12	84
13	88
14	91
15	92
16-18	94
19	97
21	99
25	99.99

**A33:** Distribuição dos resultados totais do Fator 5 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
6	2
8	6
9	12
10	21
11	30
12	43
13	53
14	66
15	82
16	90
17	93
18	95
19	96
20	99
23	99,99

**A34:** Distribuição dos resultados totais do Fator 6 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	42
1	65
2	75
3	86
4	90
5	92
6	95
8	96
9	97
10-12	98
14	99
18	99,99

**A35:** Distribuição dos resultados totais do Fator 7 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	8
1	30
2	51
3	66
4	78
5	85
6	91
7	96
8	97
10	98
11	99.99

**A36:** Distribuição dos resultados totais do Fator 8 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
5	1
6-8	2
9	5
10	9
11	17
12	27
13	41
14	62
15	74
16	91
17	99
18	99.99

**A37:** Distribuição dos resultados totais do Fator 1 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
2	1
3	4
4	8
5	13
6	15
7	20
8	24
9	29
10	31
11	43
12	54
13	60
14	64
15	69
16	73
17	75
18	80
19	81
20	84
21	90
22	91
23	94
25	95
28	96
30	99
40	99.99

**A38:** Distribuição dos resultados totais do Fator 2 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	9
1	25
2	41
3	54
4	68
5	79
6	83
7	85
8	91
9	93
10	94
12	96
15	98
17	99
22	99.99

**A39:** Distribuição dos resultados totais do Fator 3 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
1	8
2	15
3	23
4	39
5	48
6	55
7	64
8	70
9	75
10	90
11	91
12	93
13	95
14	96
17	99
23	99.99

**A40:** Distribuição dos resultados totais do Fator 4 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	4
1	8
2	25
3	31
4	41
5	55
6	64
7	70
8	76
9	83
10	86
11	88
12	89
13	91
14	93
15	94
16	95
18	96
19	99
22	99.99

**A41:** Distribuição dos resultados totais do Fator 5 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
5	1
6	4
7	5
8	13
9	30
10	38
11	45
12	59
13	69
14	76
15	85
16	90
17	95
18	98
19	99
20	99,99

**A42:** Distribuição dos resultados totais do Fator 6 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	51
1	74
2	88
3	96
4	98
5	99
14	99.99

**A43:** Distribuição dos resultados totais do Fator 7 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	9
1	20
2	43
3	60
4	71
5	81
6	89
7	93
8	96
9	98
10	99
13	99.99

**A44:** Distribuição dos resultados totais do Fator 8 por percentis da amostra do sexo feminino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
8	1
9	4
10	5
11	11
12	20
13	33
14	49
15	70
16	85
17	95
18	99.99

**A45:** Distribuição dos resultados totais do Fator 1 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
1	1
2	2
3	3
4	7
5	13
6	18
7	28
8	34
9	41
10	51
11	54
12	62
13	66
14	72
15	77
16	78
17	80
18	81
19	83
20	86
21	92
22	93
24	94
25	95
26	96
27	97
28	98
30	99
34	99.99

**A46:** Distribuição dos resultados totais do Fator 2 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	2
1	13
2	23
3	39
4	48
5	57
6	65
7	70
8	80
9	83
10	87
11	93
12	97
14	98
15	99
19	99,99

**A47:** Distribuição dos resultados totais do Fator 3 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	1
1	3
2	6
3	7
4	14
5	22
6	37
7	41
8	51
9	61
10	71
11	78
12	83
13	84
14	86
15	87
16	88
17	90
18	93
19	96
24	98
30	99
32	99.99

**A48:** Distribuição dos resultados totais do Fator 4 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	5
1	11
2	16
3	25
4	32
5	39
6	50
7	55
8	60
9	65
10	76
11	80
12	84
13	91
14	93
15	94
17	96
18	97
21	99
22	99.99

**A49:** Distribuição dos resultados totais do Fator 5 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
6	1
7	2
8	5
9	15
10	16
11	21
12	37
13	46
14	61
15	73
16	78
17	81
18	90
19	92
20	96
21	97
22	99
24	99.99

**A50:** Distribuição dos resultados totais do Fator 6 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	43
1	63
2	78
3	86
4	94
5	96
6	99.99

**A51:** Distribuição dos resultados totais do Fator 7 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	6
1	22
2	43
3	64
4	81
5	82
6	90
7	95
8	97
9	98
10	99
14	99,99

**A52:** Distribuição dos resultados totais do Fator 8 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 18-35

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
4	1
7	2
8	4
9	6
10	8
11	22
12	34
13	52
14	68
15	80
16	90
17	95
18	99,99

**A53:** Distribuição dos resultados totais do Fator 1 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
1	2
2	7
3	11
4	17
5	28
6	30
7	38
8	43
9	48
10	59
11	60
12	68
13	71
14	75
15	78
16	83
18	85
19	87
20	90
21	92
22	93
23	94
24	95
27	97
28	98
36	99
40	99,99

**A54:** Distribuição dos resultados totais do Fator 2 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	8
1	22
2	30
3	45
4	57
5	65
6	71
7	80
8	85
9	86
10	89
11	92
12	95
15	98
19	99
25	99.99

**A55:** Distribuição dos resultados totais do Fator 3 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	6
1	12
2	14
3	20
4	30
5	39
6	47
7	55
8	66
9	72
10	80
11	83
12	90
13	92
14	94
15	96
16	97
21	98
22	99
23	99.99

**A56:** Distribuição dos resultados totais do Fator 4 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	8
1	22
2	29
3	37
4	43
5	52
6	58
7	62
8	65
9	68
10	75
11	80
12	89
13	91
15	93
17	96
19	97
20	98
21	99
22	99.99

**A57:** Distribuição dos resultados totais do Fator 5 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
6	7
8	12
9	20
10	29
11	32
12	47
13	58
14	66
15	81
16	82
17	87
18	90
19	92
20	96
22	99.99

**A58:** Distribuição dos resultados totais do Fator 6 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	57
1	76
2	85
3	92
4	95
5	97
6	98
7	99
15	99.99

A59: Distribuição dos resultados totais do Fator 7 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
0	10
1	21
2	48
3	63
4	71
5	77
6	86
7	90
8	93
9	94
11	96
12	97
13	98
14	99
19	99.99

A60: Distribuição dos resultados totais do Fator 8 por percentis da amostra do sexo masculino para a faixa etária 36-59

<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
4	1
7	3
8	6
10	13
11	16
12	23
13	42
14	58
15	78
16	93
17	99
18	99.99

A61: Correlação entre o I.A.A.C.A. e o I.C.A.

<b>I.G.S. I.A.A.C.A.</b>		
<b>I.G.S. I.C.A.</b>	<i>r</i>	<i>p</i>
	0.232	<0.001

A62: Correlação entre o I.A.A.C.A. e o I.V.C.

<b>I.G.S. I.A.A.C.A.</b>	<b>I.V.C.</b>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
	-0.310	0.183*

\* *ns*

A63: Correlação entre o I.V.C. e a Internalização do I.A.A.C.A.

<b>Internalização</b>	<b>I.V.C.</b>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
	-0.192	0.418*

\* *ns*

A64: Correlação entre o I.V.C. e a Externalização do I.A.A.C.A.

<b>Externalização</b>	<b>I.V.C.</b>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
	-0.268	0.253*

\* *ns*