

FACULDADE DE PSICOLOGIA

UNIVERSIDADE DE LISBOA



**AS PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE E COM A DOENÇA NO
CONTEXTO DA PERSONALIDADE – ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Diogo Fernandes Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/

Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2011

FACULDADE DE PSICOLOGIA

UNIVERSIDADE DE LISBOA



**AS PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE E COM A DOENÇA NO
CONTEXTO DA PERSONALIDADE – ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Diogo Fernandes Gonçalves

Dissertação orientada pela Professora Doutora Rosa Ferreira Novo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/

Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2011

AGRADECIMENTOS

O meu trajecto na Psicologia iniciou-se num 1º ciclo na UMa e consolidou-se com o Mestrado na FPUL. Foi o percurso mais importante que fiz – pela novidade, pela experiência, pelos desafios e pelas aprendizagens. Vejo a Psicologia como uma das grandes áreas integradoras do ser humano e do conhecimento, que permite uma prática clínica centrada na pessoa: no seu todo, na sua circunstância e na sua diversidade.

Este comentário inicial é sobretudo de gratidão a todos aqueles que deram o seu importante contributo ao longo deste trajecto:

À orientadora desta dissertação, Prof.^a Dr.^a Rosa Novo, pela oportunidade que me deu em trabalhar esta temática, pelo seu rigor científico e preciosas indicações. Às pessoas e identidades que tornaram possível a sua realização, designadamente as equipas de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, a equipa de Psicologia Clínica do Centro de Saúde de Amora e, sem dúvida, os pacientes que o integraram.

Aos professores e orientadores de Psicologia da Saúde e da Doença, Prof. Dr. Fernando Fradique, Prof. Dr.^a Luísa Barros, Prof. Dr. Luís Joyce-Moniz e Mestre Luísa Simões Patrão, que incutiram em mim o sentido de pertença à profissão de Psicólogo.

Aos meus Pais – por me terem permitido chegar aqui. Ao meu irmão Marco – pela sua presença assídua a todos os níveis, por todos os conhecimentos que me transmitiu e pelo apoio fulcral ao longo das diferentes fases deste trabalho e ao meu irmão Valério – por funcionar como modelo positivo.

A todos os meus amigos – pelas leituras atentas e por me terem feito acreditar nesta conquista. Uma nota especial à Carina Fernandes e à Ana Rita Caldeira – por todos os reforços positivos que me permitiram contornar dificuldades.

Este trabalho é dedicado à memória do meu amigo Gil Pereira.

RESUMO

As preocupações, medos ou crenças de ter uma doença grave baseadas na interpretação errada de sintomas físicos podem constituir-se como uma situação crónica caracterizada por processos patológicos de funcionamento psicológico e padrões desadaptativos. A relação entre este tipo de preocupações e as características de personalidade é significativa, contudo tem sido pouco aprofundada e objectivada pela comunidade científica.

O presente estudo teve como objectivo identificar características específicas de personalidade e de psicopatologia associadas a diferentes preocupações com a saúde e com a doença. Foram aplicados a Escala de Preocupações com a Saúde e o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 a um conjunto de pacientes adultos ($N = 10$) com preocupações ligadas ao funcionamento corporal, à saúde e à doença, diferenciados em dois grupos consoante a presença ou ausência de queixa psiquiátrica.

Os resultados obtidos nos instrumentos indicaram diferenças significativas entre os grupos, quer ao nível da intensidade das preocupações com a saúde e com a doença, quer ao nível das características clínicas e de personalidade. O grupo psiquiátrico, de tipo introvertido e neurótico, apresentou preocupações de índole hipocondríaca articuladas com uma dependência face a avaliações clínicas e cuidados médicos. O grupo não psiquiátrico revelou uma expressão moderada de preocupações inscritas num quadro de ausência de perturbações de personalidade e de alterações psicopatológicas.

A discussão dos resultados remete para a necessidade de aprofundamento de novos estudos com outras amostras e instrumentos. Assim, talvez seja possível identificar outras relações significativas entre as preocupações com a saúde e com a doença e as perturbações clínicas e da personalidade.

Palavras-chave: preocupações, saúde, doença, personalidade, psicopatologia

ABSTRACT

Preoccupations, fears or ideas of having a serious disease based on misinterpretation of bodily symptoms, can become a chronic situation characterized by pathologic processes of psychological functioning and dysfunctional patterns. The relation between these types of preoccupations and psychological disorders is significant; however this association has been barely explored and objectivised by the scientific community.

The present study was focused on the identification of specific personality and psychopathology characteristics associated with different health and illness concerns. We applied the Survey of Health Concerns and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 to a set of adult patients ($N = 10$) with concerns about body functioning, health and illness, differentiated in two groups regarding the presence or absence of psychiatric complaints.

The obtained results reveal significant differences between the groups, both on the intensity of health and illness concerns and on clinical and personality characteristics. The psychiatric group was more introverted, neurotic and presented hypochondriacal concerns articulated with dependence on clinical assessment and medical care. The non psychiatric group revealed a moderate expression of concerns associated with an absence of personality disorders and psychopathological alterations.

The discussion points towards the need for more exploratory studies, with different samples and instruments. This might render possible an identification of other significant relations between health and illness concerns and clinical and personality disorders.

Key words: concerns, health, illness, personality, psychopathology

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. PERSPECTIVAS E CONCEITOS TEÓRICOS	
1.1.1. Preocupações com a Saúde/Doença em Psicologia da Saúde	3
1.1.2. Caracterização das Preocupações com a Saúde/Doença	5
1.2. ASPECTOS CLÍNICOS E DA PERSONALIDADE	
1.2.1. Perturbações Somatoformes, Hipocondria e Preocupações com a Saúde/Doença.....	8
1.2.2. Dimensões da Personalidade e Preocupações com a Saúde/Doença	12
1.3. O MMPI-2 NO CONTEXTO DA SAÚDE E DA DOENÇA	15
CAPÍTULO 2. METODOLOGIA	19
2.1. Objectivos	19
2.2. Amostra	20
2.3. Instrumentos	
2.3.1. EPS	22
2.3.2. MMPI-2	23
2.4. Procedimento	24
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	28
CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO	43
CONCLUSÕES	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Resultados da EPS por participantes	30
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Valores médios dos grupos no Total e nos dois factores da EPS	31
Figura 2. Valores médios nas Escalas de Personalidade (PSY-5) por grupos	33
Figura 3. Valores médios nas Escalas Clínicas Base por grupos	35
Figura 4. Valores médios nas Escalas de Conteúdo por grupos	37
Figura 5. Valores médios nas Escalas Complementares por grupos	39

INTRODUÇÃO

O estudo que aqui se apresenta foi desenvolvido no âmbito dos objectivos e exigências estabelecidas para a dissertação de Mestrado, em Psicologia Clínica e da Saúde, submetida à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Este trabalho pretende explorar a temática das preocupações com a saúde e com a doença¹ no contexto da personalidade e das alterações psicopatológicas.

As preocupações com a saúde/doença são um tema bastante estudado no âmbito da Psicologia da Saúde (Bennett, 2002; Ogden, 2001). Os trabalhos realizados neste domínio têm procurado explicar que factores cognitivos, emocionais e comportamentais são responsáveis pela manutenção destas preocupações. Contudo, poucas investigações têm aprofundado e objectivado as relações entre as preocupações com a saúde/doença e as perturbações clínicas e da personalidade (Hollifield, Tuttle, Paine & Kellner, 1999).

Por um lado, em termos clínicos, a relação entre preocupações com a saúde/doença e as Perturbações Somatoformes, categorizadas no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) em vigor e que inclui a Hipocondria, é significativa mas tem sido pouco explorada (Katz & Zenger, 1999).

Por outro lado, em termos de personalidade, o neuroticismo é uma das dimensões mais investigadas na relação com as preocupações com a saúde/doença. Williams (2004) e Bleichardt, Tummer e Rief (2005) identificaram uma associação entre Neuroticismo e Hipocondria, sugerindo que os processos de atenção selectiva, característicos do traço de neuroticismo, estão ligados à Hipocondria, quando relativos a uma vigilância permanente de sensações corporais.

¹ Neste estudo, as preocupações maioritariamente referidas encontram-se ligadas à doença. Contudo, não descurando a continuidade existente entre saúde e doença, será utilizada a referência preocupações com a saúde/doença.

O presente trabalho surgiu da necessidade de ampliar a exploração das potenciais associações das preocupações com a saúde/doença com outros traços e facetas da personalidade. O MMPI-2 (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2), inventário com amplo potencial descritivo de dimensões da personalidade e da psicopatologia, evidencia-se como instrumento privilegiado para identificar e caracterizar tais relações (Butcher & Butler, 2005; Graham, 2000; Green, 2000).

Assim, o objectivo fundamental deste trabalho consiste em enriquecer a compreensão das preocupações com a saúde/doença pelo que procurou: por um lado, identificar em que medida diferentes níveis e tipos de preocupações, medos ou crenças se associam preferencialmente a quadros somatoformes; e por outro lado, caracterizar as relações entre preocupações com a saúde/doença e dimensões específicas da personalidade.

O trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. No capítulo 1, apresenta-se um enquadramento teórico sobre as preocupações com a saúde/doença dividido em três temas: a) perspectivas e conceitos teóricos; b) aspectos clínicos e da personalidade; c) o MMPI-2 no contexto da saúde/doença.

No capítulo 2 apresenta-se a metodologia de investigação usada, onde são descritos os objectivos do estudo, caracterizada a amostra e os instrumentos de recolha de dados, bem como o procedimento. A apresentação e a análise dos resultados serão feitas no capítulo 3 e a respectiva discussão no capítulo 4.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“O sofrimento é tão experienciado pelo doente *a sério*
como pelo doente *imaginário*”
(Molière)

1.1. PERSPECTIVAS E CONCEITOS TEÓRICOS

1.1.1. PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE/DOENÇA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

A Psicologia da Saúde, uma divisão criada pela Associação Americana de Psicologia (APA) nos finais da década de 70 do século XX, recorre à investigação nas áreas científicas, educacionais e profissionais da Psicologia para a compreensão dos fenómenos relacionados com a saúde e com a doença (Ogden, 2001).

Segundo Matarazzo (1980, cit. por Bennett, 2002) os principais contributos da Psicologia da Saúde estão ligados à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento da doença e disfunções associadas. Esta área do saber também procura promover a análise e melhoria dos sistemas de cuidados de saúde.

Joyce-Moniz e Barros (2005) fazem a distinção entre a Psicologia da Saúde e a Psicologia da Doença, considerando que o domínio da Psicologia da Saúde incide maioritariamente nos processos de prevenção e promoção de comportamentos de saúde, enquanto a Psicologia da Doença analisa os processos de doença, tal como são subjectivamente compreendidos e vividos pelos doentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2001). Esta definição reconhece a influência de uma combinação de factores biológicos, psicológicos e sociais na génese e

manutenção da maioria das doenças físicas e mentais, o que denota uma visão multidimensional de saúde que se afasta da tradicional ênfase médica na saúde física (Ogden, 2001).

Segundo a OMS (2001), os conceitos de saúde física e saúde mental são interdependentes e influenciam-se mutuamente, sendo que nos últimos anos tem-se vindo a reconhecer a importância de um equilíbrio entre o plano físico e o mental para garantir o bem-estar do indivíduo, das famílias e da comunidade. Actualmente, a definição de “ser saudável” vai ao encontro de uma visão holística de bem-estar, e está associada à preocupação com a eficácia percebida, à autonomia, à competência, à dependência inter-geracional e à auto-realização do potencial cognitivo e emocional (OMS, 2001). O conceito de “doente” coloca a tónica no sofrimento e na incapacidade (Scharfetter, 2005).

Gameiro (2004) e Reis e Fradique (2004) estudaram o modo como os indivíduos constroem as suas significações sobre os processos de saúde e de doença e concluem que esta construção varia de indivíduo para indivíduo, baseando-se num processo subjectivo de reflexão pessoal que está sujeito a múltiplas interpretações.

No âmbito Psicologia da Saúde e da Doença tem-se procurado também estudar e conhecer as significações pessoais dos indivíduos relativamente ao estar “Doente”, com o intuito de identificar individualmente falsos conceitos e distorções cognitivas que geram ansiedade excessiva e preocupações diversas (Gameiro, 2004). Porém, poucas investigações têm procurado analisar o impacto do funcionamento psicológico e das características da personalidade sobre os medos, crenças e preocupações relativas à doença (Williams, 2004), o que ajudaria na compreensão do modo como os doentes percebem a saúde e reagem à doença (Marques-Teixeira, 2008).

Atender a estas especificidades dos doentes, no âmbito dos serviços de saúde, revela-se um desafio para os clínicos e para as próprias instituições (Teixeira, 2004). Estima-se que 25 a 75% dos utentes atendidos nos cuidados de saúde primários apresentam sintomas físicos sem causa médica explicável, sendo que 5 a 9% manifestam preocupações exageradas em relação à saúde/doença (Hardy, Warmbrodt & Chrisman, 2001). A expressão de sintomas físicos por parte destes utentes é concebida por Gameiro (2004) como sofrimento interno acompanhado por alterações somáticas, afectivas e cognitivas.

1.1.2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE/DOENÇA

A literatura relativa às preocupações com a saúde/doença remonta ao final do século XIX e a uma área convencional designada de Psicossomática (Haynal, Pasini & Archinard, 1998). As primeiras concepções vindas desta disciplina foram formuladas por teóricos da psicanálise e remetiam para o estudo da origem inconsciente de doenças com queixas físicas sem explicação médica (Ogden, 2001).

A doença psicossomática foi inicialmente considerada como a expressão simbólica de um conflito psíquico, que, segundo Matos (2003), se aproximava a uma patologia específica designada por histeria de conversão. Estes doentes apresentavam geralmente sintomas somáticos e preocupações centradas no corpo, sendo geralmente categorizados na literatura como portadores de “doenças imaginárias” devido às suas reacções histéricas (Filho & Brud, 2010).

A evolução do campo de estudo da Psicossomática contemplou a investigação da etiologia das perturbações ditas somáticas, tendo sido encontradas associações significativas com a depressão crónica subclínica e com os recalcamientos primários

(Matos, 2003). O mesmo autor refere que também foram estudadas as estruturas de personalidade propensas ao desenvolvimento de doenças somáticas.

Actualmente, esta disciplina tem como finalidade considerar a existência de factores orgânicos e psicossociais na determinação de qualquer doença. Assim a definição de Psicossomática na comunidade científica engloba “a totalidade dos processos de transacções entre os sistemas somáticos, psíquico, social e cultural” (Haynal, Pasini & Archinard, 1998).

Os modelos cognitivos da Psicologia Clínica estão vinculados para a compreensão das preocupações com a saúde/doença com sentido clínico. O modelo de Salkovskis e Bass (1997) descreveu os processos cognitivos, fisiológicos, afectivos e comportamentais ligados à ansiedade com a saúde e as referidas preocupações.

Bleichardt, Tummer e Rief (2005) referem que os factores cognitivos, designadamente os processos de atenção selectiva em relação ao funcionamento corporal, são responsáveis pela interpretação errónea de sensações corporais e pela atribuição de significados incorrectos às funções normais do organismo.

Segundo Joyce-Moniz e Barros (2005), a atribuição de significado às sensações corporais percebidas varia consideravelmente, de indivíduo para indivíduo. Assim, quando a percepção de ameaça à saúde é mínima, o indivíduo tende a banalizar as sensações corporais e a não se preocupar com as mesmas. Por outro lado, quando há uma atenção exacerbada em relação ao corpo e à saúde, as sensações corporais são vistas como ameaças e equiparadas a sintomas físicos de uma possível condição de doença.

As preocupações com a saúde/doença definem-se como rumações mantidas por esta interpretação errónea dos sinais e sensações orgânicas (Salkovskis & Bass, 1997). A sobrevalorização da importância destas sensações é equivalente a um processo

de catastrofização, isto é, o indivíduo tende a interpretar a situação como mais grave daquilo que realmente é (Nakao & Barsky, 2007).

Salkovskis e Bass (1997) referem que este processo interpretativo conduz a uma activação fisiológica do organismo concretizado através de sintomas autonómicos, tais como: sudorese; palpitações; problemas de sono; dificuldades na respiração; tremores.

A resposta emocional que normalmente acompanha as preocupações com a saúde/doença é a ansiedade. A ansiedade define-se como uma sensação de receio e vulnerabilidade, face a uma ameaça externa não considerável em termos de gravidade (Joyce-Moniz, 1993). A experiência de ansiedade em relação à saúde é normal e tem um carácter funcional porque conduz à mobilização de recursos para o confronto com uma possível ameaça à integridade física (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Contudo, quando ocorre o processo de interpretação errónea de sensações, a ansiedade é desadaptativa e causadora de sofrimento psicológico (Salkovskis & Bass, 1997).

O comportamento é influenciado em função das preocupações com a saúde/doença e activado por processos cognitivos e afectivos. Segundo Taylor e Asmundson (2006), os padrões comportamentais deste tipo são caracterizados por: vigilância exagerada relativamente ao aparecimento de sintomas; realização de auto-exames mais frequentes; padrões preventivos de limpeza; recurso frequente a serviços de saúde e a exames médicos; uso frequente e inadequado de medicação; evitamento de actividades e situações com medo de ficar doente.

Por sua vez, os factores cognitivos, emocionais e comportamentais contribuem para a manutenção e agudização das preocupações com a saúde/doença (Williams, 2004). Esta situação pode tornar-se crónica, debilitante e associada a processos patológicos de funcionamento psicológico e de padrões desadaptativos.

1.2 ASPECTOS CLÍNICOS E DA PERSONALIDADE

1.2.1. PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES, HIPOCONDRIA E PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE/DOENÇA

As preocupações com a saúde/doença quando adquirem valor clínico e se constituem como sinais e sintomas podem estar associadas a diversos quadros clínicos e, como tal, são alvo de estudo no âmbito da psicopatologia. Esta disciplina científica incide sobre as perturbações a nível do funcionamento psicológico nas suas dimensões relacional, afectiva, cognitiva e comportamental, constituindo-se como um conjunto de sinais e sintomas utilizado pelos profissionais de saúde mental para diagnosticar as perturbações clínicas e da personalidade (Strack *et al.*, 2005).

O DSM-IV-TR entende as Perturbações Somatoformes como “presença de sintomas físicos que sugerem um estado físico geral (daí, o termo somatoforme) e não completamente explicadas por um estado físico geral, pelos efeitos directos de uma substância ou por outra perturbação mental”. Esta classificação ressalva que o agrupamento destas perturbações numa única secção baseia-se mais na sua utilidade clínica que do que em pressupostos relativos a uma etiologia ou mecanismos comuns.

Quando existe um estado físico geral associado, as queixas físicas e a incapacidade social ou ocupacional resultantes excedem o que seria esperado da história, exame físico ou dados laboratoriais (APA, 2002).

Por sua vez, o diagnóstico diferencial mais relevante a considerar nas Perturbações Somatoformes é com um estado físico geral subjacente, designadamente estádios precoces de doenças neurológicas, doenças quem afectam múltiplos órgãos ou sistemas, doenças endócrinas e neoplasias ocultas (APA, 2002).

Nas Perturbações Somatoformes importa ter em conta que: 1) a sintomatologia física não é produzida ou simulada intencionalmente e não está sob controlo voluntário, o que as diferencia das Perturbações Factícias e da Simulação (APA, 2002); e que: 2) há factores psicológicos que têm um papel major no início, na intensidade e na exacerbação e manutenção das queixas físicas, contudo estes diferem dos Factores Psicológicos que Afectam um Estado Físico Geral, uma vez que nestes casos existe um estado físico diagnosticável vinculado a factores psicológicos que permite explicar a sintomatologia (APA, 2002).

O DSM-IV-TR distingue sete tipos específicos de Perturbações Somatoformes: Perturbação de Somatização; Perturbação Somatoforme Indiferenciada; Perturbação de Conversão; Hipocondria; Perturbação Dismórfica Corporal; Perturbação de Dor Somatoforme; Perturbação Somatoforme Sem Outra Especificação (APA, 2002).

No que concerne às preocupações com a saúde/doença, Salkovskis e Bass (1997) referem um claro vínculo com a Hipocondria. De acordo com o DSM-IV-TR, o critério essencial de diagnóstico da Hipocondria é a “preocupação com medo de ter, ou com a ideia de que se tem, uma doença grave, baseada na interpretação errada dos sintomas físicos ou funções do corpo” (Critério A).

Os outros critérios definidos no DSM-IV-TR (APA, 2002) para caracterizar a Hipocondria são os seguintes: persistência da preocupação apesar do acompanhamento médico de tranquilização (Critério B); a preocupação não está circunscrita ao corpo ou à imagem corporal (Critério C); a preocupação causa sofrimento clínico ou incapacidades nas áreas social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento individual (Critério D); a duração da preocupação é de pelo menos de 6 meses (Critério E); a preocupação não preenche os critérios de Perturbação de Ansiedade Generalizada,

Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Episódio Depressivo Major, Ansiedade de Separação ou outra Perturbação Somatoforme (Critério F).

Segundo Salkovskis e Bass (1997), na Hipocondria a ansiedade tem um carácter disfuncional, articulando-se com preocupações exageradas com a saúde/doença. Estes processos ansiogénicos levam a que a pessoa experiencie uma sensação orgânica comum como intensa, invasora e inquietante, dando significados patológicos a manifestações corporais normais (Joyce-Moniz, 1993).

Habitualmente, os pacientes com Hipocondria apresentam uma história clínica complexa e descartam qualquer explicação lógica e congruente para o seu problema psicológico, revelando assim pouca capacidade para reconhecer a preocupação com a doença como excessiva e sem fundamento (Marques-Teixeira, 2008).

Segundo Marques-Teixeira (2008), as especificidades em relação à idade devem também ser apreciadas, uma vez que as preocupações com a saúde/doença tendem a aumentar nas populações idosas mas estão mais relacionadas com a realidade ou com Perturbações do Humor. Em crianças os sintomas somáticos também podem estar presentes, contudo não atingem geralmente o critério de receio prolongado de ter uma doença grave.

Hardy, Warmbrodt e Chrisman (2001) distinguiram três tipos distintos relativos à concepção de Hipocondria: primária, secundária e transitória. A hipocondria primária define-se de acordo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR, enquanto a secundária se relaciona com a existência de comorbilidade com outras perturbações clínicas. O conceito de hipocondria transitória relaciona-se com determinados acontecimentos de vida, designadamente a morte de alguém ou o confronto com uma condição médica grave.

Importa considerar o diagnóstico diferencial e/ou co-morbilidade face a outras perturbações clínicas, nomeadamente a Perturbação Depressiva, as Perturbações de Ansiedade e outras Perturbações Somatoformes.

Os pacientes com Episódio Depressivo Major podem ter preocupações excessivas em relação a uma doença grave, contudo é comum que a depressão ocorra secundariamente à Hipocondria, logo o diagnóstico também deve contemplar o Episódio Depressivo Major (APA, 2002). Hollifield et al. (1999) referem existir muitas incongruências nesta diferenciação na comunidade científica.

O núcleo principal da Hipocondria refere-se efectivamente a ideias intrusivas com a possibilidade de ser portador de uma doença grave, associada a comportamentos compulsivos, como os pedidos de tranquilização médica (Taylor e Asmundson, 2006), assim o diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva efectiva-se quando as obsessões e compulsões não se circunscrevem unicamente às preocupações com a doença (APA, 2002).

Na Perturbação de Ansiedade Generalizada as preocupações dos pacientes não se circunscrevem à possibilidade de terem uma doença grave, mas sim com um determinado número de actividades e eventos (APA, 2002).

A Perturbação de Pânico é diagnosticada se os Ataques de Pânico forem inesperados e recorrentes, enquanto na Hipocondria os Ataques de Pânico são desencadeados pelas preocupações específicas de doença (APA, 2002).

O diagnóstico separado de Hipocondria em relação à Fobia Específica de Doença ou Tanafobia efectiva-se quando há uma sensação de fim de vida eminente e convicção de morte prematura, a que acresce o medo de notícias relacionadas com mortes, o que não corresponde efectivamente à preocupação com a existência de uma doença grave (Barbosa, 1997).

As situações de Ansiedade com a Saúde também devem ser diferenciadas da Hipocondria porque ao contrário desta envolvem habitualmente preocupações com a doença de curta duração e esporádicas (Barbosa, 1997).

A diferenciação da Hipocondria face a outras Perturbações Somatoformes relaciona-se com o tipo de atribuição relativa aos sintomas físicos corporais. No caso da Perturbação de Somatização não existem apreensões específicas relativamente à sintomatologia, mas sim uma sensibilidade acrescida em termos físicos devido ao sofrimento psicológico que conduz a múltiplas queixas somáticas (Filho & Brud, 2010). Relativamente à Perturbação de Conversão estão presentes sintomas ou défices afectando funções motoras ou sensoriais que sugerem uma doença neurológica e têm necessariamente e explicitamente associados factores psicológicos aos sintomas ou défices pois o início ou agravamento é precedido por episódios críticos, conflitos ou outros stressores (APA, 2002), sendo que o doente não reconhece qualquer etiologia para as manifestações orgânicas (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Na Perturbação Corporal Dismórfica refere-se que as preocupações excessivas têm a ver com defeitos imaginados ou exacerbados relativamente à aparência e imagem física e não particularmente à saúde e à doença (Marques-Teixeira, 2008).

1.2.2. DIMENSÕES DA PERSONALIDADE E PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE/DOENÇA

O estudo da personalidade tem revelado uma utilidade e eficiência imensa na área clínica e da saúde e, como tal, tem sido descrito sob múltiplas perspectivas e em diferentes domínios. As definições actuais contemplam os conceitos de integridade e organização, referindo-se à regularidade dos comportamentos e das formas de experiência, como os pensamentos e os sentimentos (Strack et al., 2005). Beck e

Freeman (1990) referem que a personalidade dá um sentido de identidade e continuidade às significações e atitudes das pessoas.

O Modelo de Personalidade dos Cinco Factores (*The Big Five Model of Personality*) descreve a personalidade humana em termos de grandes dimensões constituindo-se como uma organização abrangente da estrutura dos traços e características da personalidade (Lima & Simões, 2000; John & Srivastava, 1999). As cinco dimensões estudadas por este modelo designam-se por: Neuroticismo, Amabilidade, Abertura à Experiência, Extroversão e Conscienciosidade.

A dimensão neuroticismo quando exacerbada associa-se ao funcionamento negativo da personalidade e é uma das mais estudadas na literatura psicológica a nível clínico (Oliveira, 2002); definindo-se como uma tendência para a instabilidade a nível emocional e expressão de afectividade negativa (McCrae & Costa, 2006). Ao neuroticismo associam-se traços como a timidez, a preocupação, a auto-depreciação, a dependência, o medo e a tristeza (John & Srivastava, 1999).

Elevados índices de neuroticismo estão frequentemente associados a reacções somáticas e tendências hipocondríacas (McCrae & Stone, 1997, cit. por Joyce-Moniz & Barros, 2005), por conseguinte esta dimensão de personalidade encontra-se vinculada à ansiedade em relação à saúde e às preocupações com a saúde/doença (McClure & Lilienfeld, 2001, cit. por Williams, 2004). John e Srivastava (1999) referem que o neuroticismo está associado ao processamento selectivo da informação sensorial e à sua respectiva interpretação errónea.

A corrente psicanalítica referia-se à neurose histérica como factor etiológico das reacções somáticas e conversivas (Caixeta, Chaves & Reis, 1999), o conceito de histeria tinha uma conotação negativa e englobava os pacientes com preocupações exageradas com o corpo e a doença (Filho & Burd, 2010). Actualmente, as relações entre

neuroticismo e psicopatologia somatoforme continuam ainda por esclarecer (Williams, 2004).

Um estudo realizado por Hollifield et al. (1999) com pacientes diagnosticados com Perturbação de Somatização e pacientes com um quadro clínico de Hipocondria revelou elevados níveis de neuroticismo na amostra global. Porém, os pacientes com diagnóstico de Hipocondria apresentam apenas baixos níveis de extroversão, enquanto os pacientes com Perturbação de Somatização reportam resultados baixos em três dimensões da personalidade, designadamente na extroversão, na conscienciosidade e na amabilidade.

As relações entre as Perturbações Somatoformes e as Perturbações de Personalidade também permanecem por explorar (Noyes, Langbehn, Happel, Stout, Muller & Longley, 2001). Hollifield et al. (1999) referem que à Hipocondria se associam traços obsessivo-compulsivos, narcísicos, histriónicos, limite e evitantes, contudo as relações encontradas não foram significativas e, como tal, carecem de estudos adequados.

A avaliação das dimensões específicas da personalidade permite o esclarecimento de aspectos ligados às preocupações com a saúde/doença (Williams, 2004). McCrae e Costa (2006) defendem que a personalidade é um grande factor preditor do comportamento humano e, como tal, deve ser considerada no estudo de determinados quadros clínicos. Um dos instrumentos robustos utilizados para a avaliação da patologia e da personalidade é o MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*).

1.3. O MMPI-2 NO CONTEXTO DA SAÚDE E DA DOENÇA

O Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI-2) é um inventário de auto-relato que permite caracterizar a personalidade e a psicopatologia do indivíduo a nível global, permitindo uma diferenciação entre a normalidade e a patologia (Friedman, Lewak, Nichols & Webb, 2001). Este instrumento seguiu processos rigorosos de construção e de validação revelando indicadores psicométricos robustos, particularmente ao nível da consistência interna (Beutler & Butcher, 2005; Green, 2000).

Devido às características enunciadas, o MMPI-2 constitui-se como um inventário utilizado pelos psicólogos para a detecção de psicopatologia, designadamente de perturbações clínicas e de personalidade, e é internacionalmente reconhecido como útil nos contextos clínico, organizacional, forense e no da saúde.

O emprego do MMPI há mais de 50 anos no âmbito da saúde e da doença tem permitido avaliar que características da personalidade e da psicopatologia se assumem como relevantes no estudo do modo como os doentes percebem a saúde e reagem à doença. Um estudo realizado por Wall, Arnold, Eekhof, Assendelft e Hemert (2008) com pacientes inseridos em instituições de cuidados de saúde primários, utilizando o MMPI-2 como método quantitativo de pesquisa, demonstrou uma maior utilização dos serviços médicos pelos pacientes com perturbações clínicas, particularmente os que apresentavam sintomas somáticos e preocupações de índole hipocondríaca. Estas especificidades clínicas parecem constituir-se como preditores de idas sistemáticas e repetidas ao médico.

As investigações de Mannion e Elfering (2006), Masters, Shearer, Ogles e Schleusener (2003) e Ornduff, Brenna e Barrett (1987) no âmbito da saúde e da doença

também utilizaram o MMPI-2 como instrumento de recolha de dados. Estes estudos revelaram que a existência de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva associada a características hipocondríacas tem-se revelado um forte preditor de resultados negativos em intervenções cirúrgicas, particularmente em doentes com dor crónica associada a patologia física lombar.

No âmbito da Psicologia da Saúde, o MMPI-2 dispõe de escalas clínicas particularmente importantes e que permitem admitir informações diversas pela forma como se associam entre si e a outras escalas. As escalas principais a considerar neste domínio podem ser consultados em anexo (Anexo A).

A escala clínica de *Hipocondria (Hs)* do MMPI-2 permite identificar pacientes com preocupações excessivas relativamente a sintomas físicos vagos e que procuram frequentemente explicações e tratamentos médicos para os seus sintomas, considerando-se mais doentes do que a maioria da população geral (Nichols, 2001). A escala *Hs* apresenta níveis de correlação na ordem dos .82 com a escala de *Depressão (D)* e dos .80 com a escala de *Histeria (Hy)*, o que significa que as relações estabelecidas entre as mesmas dão acesso a um elevado nível de informações sobre o funcionamento pessoal do indivíduo (Friedman et al., 2001). A elevação do conjunto das escalas *Hs*, *D* e *Hy* é referido habitualmente na literatura como Tríade Neurótica da Personalidade (Graham, 2000; Green, 2000; Butcher et al., 2001), descrevendo condições específicas ligadas ao neuroticismo, designadamente: maior incidência de emoções negativas; dificuldades no controlo dos impulsos; existência de poucas estratégias de *coping* para lidar com o stress; presença de pensamentos desajustados e irracionais.

Uma das configurações que engloba as relações mais frequentemente encontradas entre as supra-referidas escalas é a de conversão (Graham, 2000; Green, 2000), que se exprime por uma maior elevação nas escalas *Hs* e *Hy* relativamente à

escala *D*, formando um perfil em “V”. Segundo o mesmo autor, esta configuração reflecte geralmente uma Perturbação Somatoforme associada à presença de sintomas físicos variados resultantes de sofrimento psicológico.

O perfil neurótico do MMPI-2 caracteriza-se pela elevação significativa destas três escalas clínicas base (Friedman, et al., 2001). Se a expressão neurótica for acompanhada pela elevação nas escalas de *Psicastenia* (*Pt*) e *Esquizofrenia* (*Sc*), então estamos perante situações de maior gravidade clínica. A elevação em *Pt* aponta para a presença de sintomas de ansiedade associados às preocupações físicas, enquanto a elevação em *Sc* remete para a existência de alterações psicopatológicas afectivas, sociais e cognitivas, com eventual actividades delirante (Graham, 2000). Neste tipo de perfil é mais provável que a escala de *Hipomania* (*Ma*) esteja baixa indicando dificuldades de mobilização do pensamento e do comportamento.

Para além das grandes dimensões da psicopatologia identificadas pelas escalas clínicas do perfil base, há escalas de conteúdo e suplementares que enriquecem a análises de perfis e dão pistas úteis para a investigação. Relacionadas com o tema de investigação, refere-se a escala de *Preocupações com a Saúde* (*HEA*) que se revela uma correlação de .97 com a escala *Hs* e a escala de *Indicadores Negativos de Tratamento* (*TRT*) que sinaliza dificuldades de aceitação e de adesão ao tratamento psicoterapêutico (Butcher & Beutler, 2005).

No que à personalidade se refere, as escalas PSY-5 permitem considerar os domínios estruturais fundamentais numa lógica similar à dos traços de personalidade (Friedman *et al.*, 2001). As escalas que permitem considerar eventuais perturbações de personalidade são as seguintes: *Agressividade* (*AGGR*), *Psicoticismo* (*PSYC*), *Desconstrangimento* (*DISC*), *Negatividade Emocional/ Neuroticismo* (*NEGE*) e

Emocionalidade Positiva Baixa/ Introversão (INTR). As escalas PSY-5 encontram-se descritas em anexo (Anexo B).

Friedman et al. (2001) referem existir uma associação significativa entre a escala *NEGE* do MMPI-2 e a escala de Neuroticismo do Inventário de Personalidade-Revisto (NEO-PI-R), o que torna a escala *NEGE* um indicador fidedigno dos níveis de neuroticismo do sujeito avaliado. Os mesmos autores referem uma correlação de .84 entre a escala *NEGE* e a escala de *Psicastenia (Pt)*. Butcher e Butler (2005) indicam relações específicas entre a escala *NEGE* e determinadas escalas de conteúdo, especificamente a de *Ansiedade (ANX)*, a de *Medos (FRS)* e a de *Obsessões (OBS)*, sendo as mesmas referentes à existência de estados de tensão, medos específicos e preocupações diversas.

Assim, algumas escalas clínicas do MMPI-2 permitem a sinalização de problemáticas específicas relacionadas com a saúde, como é o caso das preocupações, medos ou crenças de ter uma doença grave. De modo a averiguar outras características desta problemática é conveniente recorrer a outros instrumentos mais específicos para o efeito, como é o caso da Escala de Preocupações com a Saúde desenvolvida por Katz e Zenger (1999).

2. METODOLOGIA

2.1. OBJECTIVOS DO ESTUDO

O objectivo geral deste estudo é o de permitir uma melhor compreensão das características específicas de psicopatologia e de personalidade associadas às preocupações com a saúde/doença, através de uma investigação de carácter exploratório com uma amostra composta por dois grupos de participantes que tinham preocupações ligadas ao corpo e à saúde. Os grupos foram designados por grupo psiquiátrico e grupo não psiquiátrico, tendo os participantes psiquiátricos apresentado características de hipocondria.

Com base na revisão de literatura efectuada sobre o tema em estudo formularam-se os seguintes objectivos específicos de investigação:

1) Identificar em dois grupos diferenciados – doentes com e sem queixa psiquiátrica – níveis globais e específicos de preocupações com a saúde/doença, isto é, pretende-se objectivar através da Escala de Preocupações com a Saúde (EPS) o nível global de preocupações com a saúde (indicado pelo Total da escala) e o nível/tipo de preocupações específicas (indicados pelos dois factores da escala: Dependência e Evitamento).

2) Identificar como as preocupações com a saúde/doença se expressam ao nível da personalidade, designadamente nas Escalas de Personalidade (PSY-5) do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota para Adultos (MMPI-2), e se essa expressão é diferenciada para cada um dos grupos.

3) Identificar como as preocupações com a saúde/doença se expressam ao nível da psicopatologia nas Escalas Clínicas Base do MMPI-2, sobretudo nas mais

relacionadas com a vivência psicológica do corpo e da saúde, e se essa expressão é diferenciada para cada um dos grupos.

4) Verificar se as características específicas de personalidade e de psicopatologia evidenciadas pelos grupos no MMPI-2 se relacionam com os dados obtidos na EPS, designadamente no Total da escala e nos factores Dependência e Evitamento.

2.2. AMOSTRA

Foram seleccionados utentes de duas instituições diferenciadas, o Centro Hospital Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) e o Centro de Saúde de Amora (CSA), com o objectivo de representar dois tipos de critérios clínicos: a) utentes com acompanhamento psiquiátrico regular em regime de consulta externa, diagnóstico psiquiátrico efectivado e existência de preocupações excessivas com o corpo e a saúde/doença causadoras de mal-estar clinicamente significativo, sofrimento psicológico e limitações a nível do funcionamento pessoal – participantes seleccionados por equipas de psiquiatria de consulta externa; b) utentes em acompanhamento psicológico por dificuldades de adaptação a condição de doença, problemáticas de ajustamento com prejuízo para a saúde e condição clínica que reporta para a existência de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva – participantes seleccionados por equipa de psicologia clínica dos cuidados de saúde primários.

Foram também observados critérios complementares decorrentes das exigências da metodologia utilizada neste estudo, designadamente: idade superior a 18 anos e nível escolar compatível com mediana capacidade de leitura e de compreensão verbal. A selecção esteve condicionada à disponibilidade dos utentes para participar na investigação.

Assim, a amostra global do estudo abrange 10 participantes, com idades compreendidas entre os 30 e os 58 anos. Nove participantes eram do sexo feminino e apenas um era do sexo masculino. Todos eles residiam na região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo que os participantes do CHPL ($n = 5$) viviam no distrito de Lisboa e os do CSA ($n = 5$) no distrito de Setúbal.

Em relação à dimensão do agregado familiar, em quatro casos este era constituído apenas por duas pessoas, nos restantes casos o agregado familiar englobava um maior número de elementos, entre três e cinco pessoas. Quanto ao estado civil, sete participantes eram casados ou viviam em união de facto, dois eram divorciados e apenas um era solteiro.

Relativamente à escolaridade, dois participantes tinham como habilitações académicas o 2º ciclo, cinco participantes tinham o 3º ciclo, um o ensino secundário completo e outros dois eram licenciados.

No que concerne à situação profissional, seis dos participantes estavam no activo, dois desempregados, uma participante estava reformada e outra era doméstica. Dos seis indivíduos em situação activa, quatro encontravam-se de baixa médica, sendo que três deles estavam em baixa de carácter prolongado devido à sua situação clínica geral que impossibilitava a vida laboral activa.

Em anexo (Anexo C) apresentam-se, de forma resumida, os dados sociodemográficos e clínicos relativos a cada participante do estudo.

2.3. INSTRUMENTOS

2.3.1. ESCALA DE PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE (EPS)

O *Survey of Health Concerns* foi construído por Katz e Zenger (1999) com base nos critérios de diagnóstico do DSM-IV de Hipocondria para avaliar especificamente as preocupações com a saúde/doença que surgem em adultos da população geral. Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa da escala que foi traduzida e adaptada por Gonçalves e Novo (2010).

O instrumento é de auto-relato e é constituído por 20 itens que são respondidos numa escala de Likert de 1 (Nunca sou assim) a 5 (Muitas vezes sou assim). A aplicação é realizada em regime de auto-administração e o tempo de resposta varia entre os 5 e os 10 minutos. A cotação é feita através da soma directa dos valores assinalados em cada questão, sendo cinco itens (os itens 4, 9, 13, 15 e 19) formulados de forma negativa e a sua pontuação invertida. Deste modo, o resultado total da escala pode variar entre 20 e 100, sendo que a valores mais altos corresponde a um maior número de preocupações de índole hipocondríaca (Katz & Zenger, 1999).

O estudo da prova original foi efectuado por Katz e Zenger (1999) com jovens universitários ($n = 188$), com e sem acompanhamento médico regular. O valor médio do resultado global da amostra foi de 43.05, sendo para os indivíduos em tratamento médico de 49.78, enquanto para os sem acompanhamento médico regular o de 41.45. O nível de consistência interna revelou-se satisfatório, com um coeficiente *alpha* de Cronbach de .84. Não foram identificadas nesta amostra diferenças entre os sexos

Ao nível factorial, os autores identificaram dois factores primários responsáveis por 37% da variância. O primeiro factor explica 28% dessa variância e agrupou a maioria dos itens, num total de 13, que agregam traços de dependência face aos clínicos,

preocupações excessivas com a doença e a morte, sintomas somáticos, sentimentos de mal-estar e idas frequentes ao médico. O segundo factor agrupou apenas 3 itens que são responsáveis por cerca de 8.5% da variância e são relativos a características ligadas a comportamentos de evitamento de situações e pessoas com receio da doença ou de possível contágio, assim como a dúvidas e desconfiança em relação aos exames médicos e à avaliação clínica (Katz & Zenger, 1999).

Os estudos realizados por Katz e Zenger (1999) demonstraram uma correlação entre a escala clínica de Hipocondria (Hs) do MMPI-2 e a escala EPS na ordem de .63. Esta moderada associação entre as duas provas é significativa, tanto mais que a escala Hs do MMPI-2 não foi construída com base nos critérios do DSM-IV.

2.3.2. INVENTÁRIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDADE DE MINNESOTA-2 (MMPI-2)

O MMPI-2 é um inventário que se destina à caracterização psicopatológica e de personalidade de indivíduos adultos maiores de 18 anos, que se tornou amplamente difundindo e utilizado pelos psicólogos (Butcher & Beutler, 2005; Nichols, 2001; Green, 2000). A prova original revela bons resultados psicométricos, designadamente ao nível da consistência interna. Na presente investigação foi utilizada a versão experimental do MMPI-2 (Silva, Novo, Prazeres & Pires, 2006) que se encontra em fase de aferição para a população portuguesa.

O inventário é constituído por 567 itens de resposta Verdadeira (V) ou Falsa (F) e o tempo médio de resposta varia entre 60 a 75 minutos, sendo o tempo de aplicação mais moroso em populações clínicas (Graham, 2000). A aplicação do MMPI-2 proporciona a construção de um perfil clínico e de personalidade. O perfil clínico geral é constituído por um conjunto de dez escalas clínicas base, às quais se agregam escalas de conteúdo, complementares e de *Harris-Lingoes*. O perfil de personalidade é

constituído pelas escalas PSY-5 que permitem o acesso a informações fidedignas sobre a organização psicológica do avaliado (Butcher & Butler, 2005). As nove escalas de validade do inventário fornecem dados robustos sobre a atitude do avaliado perante a prova.

A interpretação dos resultados de cada protocolo do MMPI-2 deve, de um modo geral, atender às pontuações obtidas por escala (nível dimensional), às elevações relativas das diferentes escalas (nível configuracional) e às relações entre as elevações e as características sociodemográficas e clínicas dos respondentes (nível contextual). No contexto de investigação são os dois primeiros níveis de interpretação que se consideram mais relevantes.

2.4. PROCEDIMENTO

A referenciação dos utentes para participar no estudo foi realizada pelos profissionais de saúde de cada instituição. Dos utentes referenciados foram seleccionados aqueles que satisfaziam os critérios clínicos pretendidos. Seguidamente constituíram-se dois grupos diferenciados em função dos níveis de intensidade das queixas e preocupações com a saúde/doenças e com diferentes níveis de patologia clínica.

O grupo 1, designado de grupo psiquiátrico, integrou seis participantes, cinco deles provenientes do CHPL e um do CSA, com problemáticas clínicas que envolviam perturbações mentais crónicas causadoras de sofrimento, incapacidade e perda significativa de autonomia. Em quatro participantes a perturbação teve início há mais de 11 anos e menos de 16, num participante há seis anos e noutra a perturbação era mais recente e conhecida apenas há um ano. Todos os integrantes deste grupo tinham em comum a existência de sintomas somáticos e preocupações centradas na doença. Estes

pacientes eram acompanhados regularmente em contexto psiquiátrico, sendo que todos eles tinham condições clínicas e diagnósticos diferenciados. Dois deles apresentavam Depressão e outros três tinham Perturbações de Ansiedade, sendo que dois destes casos referiam-se a Perturbação de Ansiedade Generalizada e outro a Perturbação Obsessivo-Compulsiva, e um dos participantes não tinha um diagnóstico psiquiátrico estabelecido.

O grupo 2, designado de não psiquiátrico, integrou quatro participantes, provenientes do CSA, com problemáticas diferenciadas em torno de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, sem cronicidade e sem perturbação mental diagnosticada. Estes pacientes não tinham apoio médico psiquiátrico, sendo apenas acompanhados no contexto dos cuidados de saúde primários em consulta de medicina familiar e de psicologia clínica.

Foi requerida a colaboração no estudo aos utentes seleccionados, tendo sido fornecidas informações específicas acerca dos objectivos do mesmo e das condições de participação. Após o consentimento informado dos utentes foi acordada uma data para a aplicação das provas psicológicas. A recolha de dados e a aplicação das provas foi realizada em regime individual e em contexto de consulta. A Escala de Preocupações com a Saúde (EPS) foi aplicada no início da sessão e, posteriormente, procedeu-se à aplicação do MMPI-2.

A metodologia utilizada com seis dos participantes foi a de auto-administração e o tempo de resposta às duas provas variou entre os 75 e os 90 minutos. Em outros quatro casos a aplicação teve de ser adaptada à situação clínica dos participantes, designadamente daqueles que apresentavam dificuldades sensoriais, problemas de atenção e concentração e lentificação psicomotora. Nestes casos procedeu-se à administração individual dos inventários, sendo o aplicador a realizar a leitura dos itens e o registo das respostas orais dos participantes. Esta modalidade envolveu um tempo

mais extenso de aplicação o que implicou o desdobramento da sessão em duas sessões espaçadas por um intervalo de tempo inferior a uma semana. Segundo Edwards, Holmes e Carvajal (1998), as duas metodologias de aplicação mostram resultados semelhantes e ambas possibilitam a obtenção de dados clínicos fidedignos e indiferenciados.

Os dados biográficos e clínicos foram obtidos a partir da consulta do processo dos pacientes e encontram-se descritos em anexo (Anexo C).

A cotação das respostas à EPS de cada participante foi realizada manualmente e deu lugar a três medidas finais: o Total de preocupações com a saúde/doença; o Factor A (Dependência) e o Factor B (Evitamento).

Os limites inferiores e superiores que permitem a verificação de elevações significativas no total de preocupações com a saúde/doença foram calculados através das normas de referência da escala original, considerando como valores médios os compreendidos entre a média e o desvio padrão ($M = 43.05$ e $DP = 10.06$, respectivamente). Assim, e na ausência de dados normativos para a população portuguesa, tomámos para a análise de dados os seguintes valores de referência: 53.67 para o limite superior e 32.43 para o limite inferior.

Dado que o número de itens por factor era diferente e se pretendia comparabilidade entre eles, procedeu-se ao cálculo dos valores médios, por participante, em cada uma das medidas parcelares e identificadas as diferenças por factor. A partir destas diferenças os participantes foram categorizados: os que apresentaram resultados superiores no factor A foram considerados na categoria Dependência, enquanto que os que apresentaram resultados superiores no factor B foram considerados na categoria Evitamento. Posteriormente, foram calculados os valores médios obtidos por grupo relativamente ao resultado total e às categorias Dependência e Evitamento.

A cotação do MMPI-2 foi realizada através de um processo de leitura óptica seguida de tratamento dos dados por um software específico para determinação de resultados e elaboração de perfis. A análise dos dados seguiu as normas de referência do manual do instrumento (Butcher et al., 2001). Para efeitos de análise e interpretação dos protocolos, foram analisados os resultados por indivíduo e por grupo. Neste último caso, foram calculados os valores médios dos participantes de cada grupo para cada uma das categorias de escalas: de Validade, de Personalidade e Clínicas (Base, de Conteúdo e Suplementares).

Os dados foram tratados seguindo uma análise de tipo diferencial de modo a caracterizar e diferenciar os grupos em termos de dimensões específicas de personalidade e psicopatologia clínica.

3. RESULTADOS

De acordo com o **objectivo 1** passa-se a apresentar e a analisar os resultados obtidos neste estudo para a EPS nos dois grupos de participantes: psiquiátrico e não psiquiátrico. Para o efeito, a análise numa fase inicial foi orientada numa perspectiva intra-grupos salientando os diferentes componentes das preocupações com a saúde/doença.

Na ausência de dados normativos da EPS para a população portuguesa, foram tidos em conta os valores de referência da literatura, designadamente os obtidos com a amostra norte-americana que serviu de base aos estudos de aferição do instrumento original. Para a medida Total da escala, com resultados teóricos entre 20 e 100, partiu-se dos seguintes valores de tendência central e de dispersão: $M = 43.05$ e $DP = 10.62$. Neste sentido, considerou-se como valores médios os compreendidos entre a média e um desvio padrão, isto é, valores entre 32.43 e 53.67 para os limites inferior e superior à média, respectivamente.

Dado que não existem valores de referência para os factores Dependência e Evitamento, e que estes têm um número diferente de itens, procedeu-se ao cálculo de valor médio por factor, garantindo assim a comparabilidade dos valores dos dois factores. Foram considerados valores entre 1 e 5, sendo a medida central 3.

No Quadro 1 apresentam-se os resultados obtidos por cada participante no Total e nos factores Dependência e Evitamento da EPS.

No grupo 1 (psiquiátrico) observou-se que todos os participantes apresentaram elevações acima do limite superior no Total de preocupações com a saúde/doença, estando essas elevações compreendidas entre os valores 61 e 78, o que permite

caracterizá-los como tendo preocupações específicas com o medo de ter, ou a crença de que têm, uma doença grave.

Ao nível intra-individual, considerando os factores Dependência e Evitamento, apurou-se que cinco dos seis participantes do grupo psiquiátrico registaram valores superiores no factor Dependência, tendo a diferença mínima sido de .31, o que permite considerar que os participantes deste grupo, além das queixas somáticas gerais, de sentimentos de doença e excessiva preocupação com a saúde e a morte, têm características marcadas de dependência face aos clínicos, aos cuidados médicos e aos serviços de saúde que se estendem ao funcionamento pessoal, social e ocupacional.

Apenas um participante deste grupo (participante 6) registou valores médios superiores no factor Evitamento, tendo a diferença sido de .52 face ao factor de Dependência, o que evidencia uma tendência à desconfiança e/ou dúvida face à avaliação clínica e de evitamento face a situações sociais por receio de doença.

No grupo 2 (não psiquiátrico) apurou-se que três participantes registaram valores dentro da média para o Total de preocupações com a saúde/doença, apresentando valores entre 33 e 44, o que indica que as preocupações destes participantes são moderadas e compatíveis com uma atribuição de significado, em princípio, adequada aos problemas de saúde e à presença de doença. O participante 10 foi o único a apresentar preocupações exacerbadas com a saúde/doença porque registou um valor significativo no Total da escala.

Ao nível dos factores específicos das preocupações com a saúde/doença, todos os participantes do grupo não psiquiátrico apresentaram, tal como o grupo 1, valores superiores no factor Dependência comparativamente ao factor Evitamento, com uma diferença mínima de .54. Estes resultados associam-se a maiores atitudes de confiança em relação à avaliação clínica do que a comportamentos de dúvida e suspeição. Em

termos de valores absolutos, a expressão dos dois factores foi pouco significativa o que indica a fraca presença de características de dependência e de evitamento.

PARTICIPANTES	TOTAL NA ESCALA		FACTOR DEPENDÊNCIA		FACTOR EVITAMENTO		
	Resultado Bruto	Valor Médio	Resultado Bruto	Valor Médio	Resultado Bruto	Valor Médio	
GRUPO 1	<i>1</i>	78	3.90	55	4.23	11	3.67
	<i>2</i>	68	3.40	44	3.38	8	2.67
	<i>3</i>	76	3.80	53	4.08	10	3.33
	<i>4</i>	69	3.45	51	3.92	8	2.67
	<i>5</i>	68	3.40	45	3.46	8	2.67
	<i>6</i>	61	3.05	41	3.15	11	3.67
GRUPO 2	<i>7</i>	44	2.20	27	2.08	3	1.00
	<i>8</i>	34	1.70	20	1.54	3	1.00
	<i>9</i>	33	1.65	21	1.62	3	1.00
	<i>10</i>	66	3.30	43	3.31	9	3.00

Nota. O resultado bruto equivale ao total da soma de todos os itens da categoria. O valor médio corresponde à divisão do total da soma dos itens da categoria pelo número de itens correspondente.

Quadro 1. Resultados de cada participante no Total e nos dois factores da escala EPS

Para efeito de análise inter-grupos, foram calculados os valores médios obtidos, em cada grupo, para o resultado Total e para os factores Dependência e Evitamento, com o intuito de analisar diferenças específicas nos aspectos relacionados com as preocupações com a saúde/doença.

Na comparação entre os grupos verificou-se que as maiores elevações foram verificadas nos participantes do grupo psiquiátrico, tal como indicado na Figura 1. O valor de 3.50 no total de preocupações com a saúde/doença no grupo psiquiátrico sugere maiores prejuízos em termos de sofrimento clínico para estes participantes. No grupo não psiquiátrico o valor de 2.21 revela que as preocupações com a saúde/doença são moderadas e inscrevem-se num quadro de preocupações com potencial valor adaptativo.

As diferenças entre grupos salientam-se nos valores absolutos de intensidade no Total de preocupações com a saúde/doença, assim como nos factores específicos da escala: Dependência e Evitamento, verificando-se uma maior expressão no grupo não psiquiátrico comparativamente ao grupo não psiquiátrico. As semelhanças estão circunscritas a uma maior expressão de características de dependência em relação às de evitamento, o que reforça a expressão de comportamentos de dependência no que concerne à procura de apoio médico e requisição de avaliações clínicas, que, por sua vez, são mais vincadas nos pacientes psiquiátricos.

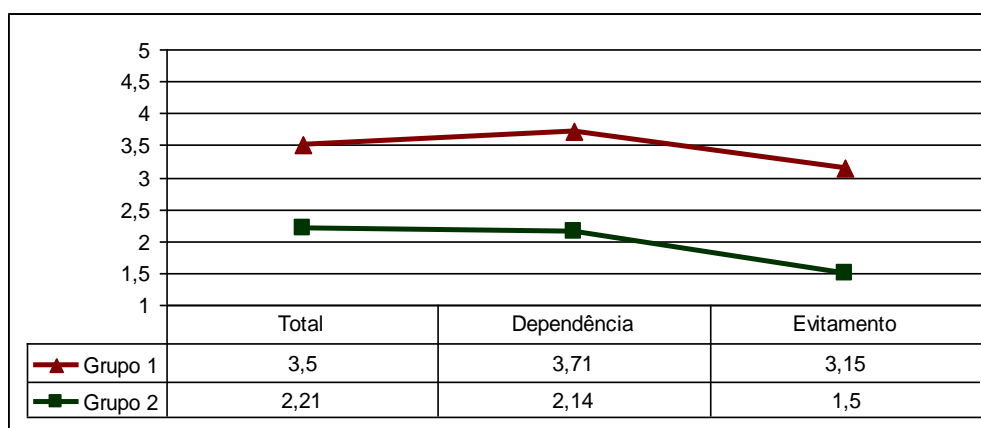


Figura 1. Valores médios no Total e nos dois factores da EPS por grupos

Relativamente ao **objectivo 2** do estudo, apresentam-se e descrevem-se, os resultados, por grupo de participantes no perfil, e o perfil de personalidade do MMPI-2 (PSY-5), com o intuito de explorar as especificidades dos dois grupos em termos de dimensões estruturais ao nível da personalidade. Em anexo (Anexo D) são apresentados os valores individuais, de cada participante nas Escalas de Personalidade (PSY-5).

O grupo psiquiátrico, identificado como grupo 1 (ver Figura 2), apresentou no perfil PSY-5 uma elevação significativa nas escalas *INTR* (T69) e *NEGE* (T66), a par de

valores próximos do limite inferior da média em *AGGR* (T43) e *DISC* (T40) e uma expressão dentro da média normativa na escala *PSYC* (T55).

Estes resultados permitem caracterizar os participantes psiquiátricos como introvertidos e neuróticos. A expressão significativa da escala *INTR* aponta para a existência de insatisfação pessoal, retraimento social e baixos níveis de emocionalidade positiva que se associa claramente à situação clínica actual. A elevação da escala *NEGE* indica preocupações exageradas com o funcionamento corporal, necessidade de protecção por parte de outrem e utilização de estratégias de *coping* pouco eficientes na resolução de situações problemáticas, associadas a desconforto pessoal e instabilidade emocional.

Os valores obtidos nas escalas *AGGR* (T43) e *DISC* (T40) pelo grupo psiquiátrico constituem-se como indicadores significativos em termos de características da personalidade por se encontrarem próximos do limite inferior da média². A baixa agressividade evidenciada pela escala *AGGR* indica uma centração nas preocupações próprias com estabelecimento de relacionamentos com os outros marcados pela submissão, subordinação, passividade e dependência, estas características reflectem um tipo de funcionamento psicológico tendencialmente hipocondríaco. O valor de T40 obtido na escala *DISC* reforça estas tendências conformistas e os comportamentos de internalização de teor obsessivo e perfeccionista que favorecem preocupações com a saúde/doença, indicando também a existência de relações formais e rotineiras com os outros.

A expressão na escala *PSYC* apresentou-se dentro da média normativa, o que aponta para características adequadas a nível do pensamento e possível ausência de sintomas psicóticos nestes pacientes.

² Valores abaixo de T40 são raros na população geral

O grupo não psiquiátrico, identificado como grupo 2 (ver Figura 2), não apresentou elevações significativas nas escalas PSY-5, o que indica que as características destes pacientes não se afiguram à expressão de perturbações de personalidade. Os valores das escalas *AGGR*, *PSYC* e *INTR* situaram-se dentro da média normativa. A escala *NEGE* registou valores relativamente próximos do limite superior da média e a escala *DISC* obteve valores próximos do limite inferior, o que pressupõe alguma labilidade emocional associada a problemas transitórios no âmbito relacional.

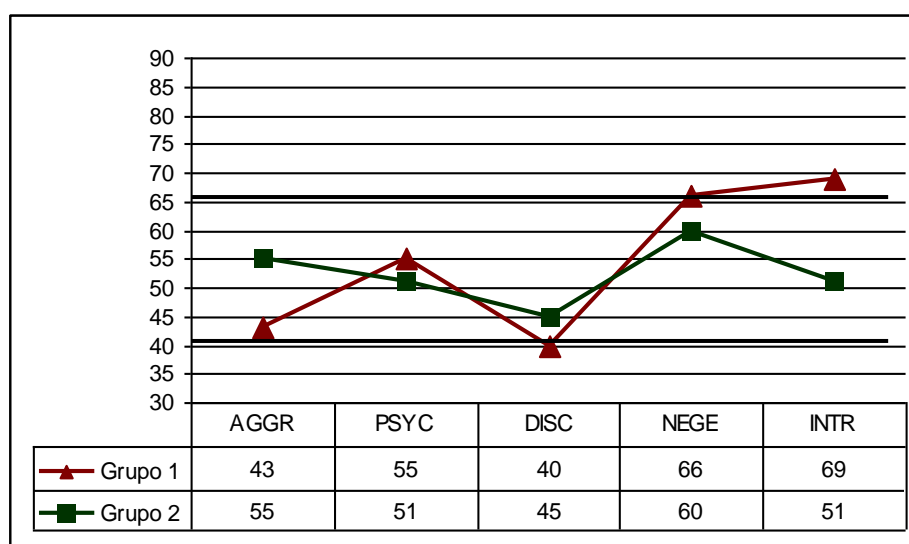


Figura 2. Valores médios nas Escalas de Personalidade (PSY-5) por grupos

Na comparação entre os grupos verificou-se que a elevação superior na escala *INTR* e inferior na escala *AGGR* nos pacientes psiquiátricos indica diferenças relativamente aos não psiquiátricos. Assim, a manifestação de comportamentos de introversão, preocupação com as especificidades próprias, negligência de actividades sócio-relacionais e dificuldades no estabelecimento de relações significativas no grupo psiquiátrico, indica uma estrutura de personalidade subjacente a um funcionamento de

internalização e de grande contração pessoal que favorece o desenvolvimento de preocupações de índole hipocondríaca.

No que concerne ao **objectivo 3**, apresentam-se e descrevem-se os resultados nos grupos psiquiátrico e não psiquiátrico nas Escalas Clínicas Base do MMPI-2 e nas Escalas de Conteúdo e Suplementares onde se verificaram diferenças entre os grupos em termos de características clínicas, sendo também tidos em conta os dados obtidos a nível das Escalas de Validade. A representação dos perfis clínicos base por grupos é apresentada na Figura 3. Em anexo (Anexo E) apresentam-se os valores de cada participantes nas Escalas Clínicas Base do MMPI-2.

O grupo 1 (psiquiátrico) apresenta um perfil clínico base muito elevado e característico da existência de uma clara perturbação clínica. Globalmente, é um perfil com características neuróticas fundamentais com elevações significativas nas escalas *Hipocondria (Hs)* – T93, *Depressão (D)* – T87 e *Histeria (Hy)* – T93. Esta expressão é acompanhada pela elevação secundária nas escalas ligadas à existência de estados de tensão, ansiedade e desorganização cognitiva, designadamente as escalas *Paranóia (Pt)*, *Psicastenia (Pt)* e *Esquizofrenia (Sc)*. Os resultados nas escalas *Desvio Psicopático (Pd)* e *Hipomania (Ma)*, dentro da média normativa, remetem para grande contração e níveis de actividade consideravelmente baixos, no que concerne ao pensamento e ao comportamento.

No perfil destes pacientes, as elevações na tríade neurótica, isto é, nas escalas *Hs*, *D* e *Hy*, apresentam uma configuração em forma de “V”. Tais elevações indicaram a presença de sintomatologia física acentuada, que reflecte a quantidade e cronicidade de sofrimento psicológico que os pacientes estão a experienciar e que está ligado a medos relativos à possibilidade de terem um problema de saúde ou uma doença física. Estas

preocupações com a saúde/doença são reactivas ao quadro clínico apresentado, ou seja, estes pacientes convertem as queixas do foro psíquico em sinais físicos e circunscrevem os seus problemas psicológicos ao funcionamento corporal. As elevações secundárias verificadas nas escalas relacionadas com o psicoticismo (*Pa*, *Pt* e *Sc*) relacionam-se com a existência de perturbação clínica e mostram o impacto da ansiedade no funcionamento mental.

O grupo não psiquiátrico não registou elevações significativas nas escalas clínicas e caracterizou-se pela regularidade e consistência das características associadas às mesmas. Todas as escalas apresentaram valores médios dentro da média normativa, sendo verificado uma aproximação ao limite superior da média na escala de *Depressão* (*D*) – T60, formando uma estrutura triangular no lado esquerdo do perfil. Estas especificidades apresentadas no perfil clínico base remetem para a ausência de patologia vincada a nível do funcionamento pessoal, estes participantes podem apresentar alguns sintomas depressivos contudo conseguem se adaptar minimamente a períodos de maior sofrimento psicológico.

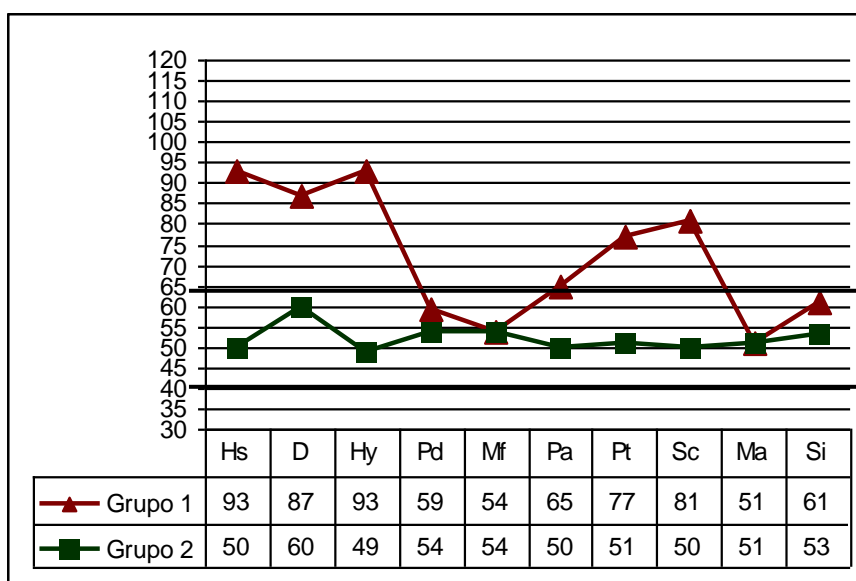


Figura 3. Valores médios nas Escalas Clínicas Base por grupos

Existem aspectos diferenciadores entre os dois grupos a nível da patologia clínica. Como seria expectável, o grupo psiquiátrico revelou uma maior complexidade em termos psicopatológicos com elevações nas várias escalas assinaladas (*Hs*, *D*, *Hy*, *Pa*, *Pt* e *Sc*). Por outro lado, a configuração apresentada pela tríade neurótica reflecte características de neuroticismo significativas em termos funcionais, designadamente sintomatologia somática resultante de sofrimento psicológico e atenção selectiva em relação a sensações corporais que perpetuam preocupações com a saúde/doença. No grupo não psiquiátrico verifica-se que nenhuma das escalas clínicas base teve significado clínico.

Complementarmente ao perfil clínico base, existem escalas clínicas de conteúdo e suplementares que dão informação relevante sobre as especificidades dos participantes em termos de preocupações com a saúde/doença, permitindo identificar características diferenciadoras entre grupos.

Foi considerada uma análise centrada nas seguintes escalas clínicas de conteúdo: *Ansiedade (ANX)*, *Medos (FRS)*, *Obsessões (OBS)*, *Depressão (DEP)*, *Preocupações com a Saúde (HEA)*, *Problemas Profissionais (WRK)* e *Indicadores Negativos de Tratamento (TRT)*. A Figura 4 indica os valores médios nas Escalas Clínicas por grupos. Os resultados por participante nas Escalas de Conteúdo podem ser consultados em anexo (Anexo F).

O grupo psiquiátrico apresentou uma vez mais elevações significativas em todas as escalas, sendo particularmente elevado o resultado em *HEA (T90)*, o que valida os resultados expressivos obtidos na EPS pelos pacientes, confirmando a presença de preocupações com a saúde/doença, associadas à manifestação de sintomas somáticos.

Assim, estes participantes referem desenvolver mais problemas de saúde e costumam sentir-se mais doentes do que a maioria da população geral.

As elevações nas escalas *ANX* (T77), *FRS* (T68) e *OBS* (T71) nos participantes psiquiátricos evidenciam ansiedade permanente e medos específicos, assim como pensamentos intrusivos, preocupações excessivas e dificuldades em tomar decisões. Os pensamentos depressivos também estão presentes, tal como é indicado na expressão da escala *DEP* (T67). Estes resultados são concordantes com os dados clínicos destes pacientes.

A par destas preocupações regista-se um maior nível de atitudes negativas em relação ao apoio psicoterapêutico pelo participantes psiquiátricos evidenciado pelo valor acima do limite superior em *TRT* (T67), a que se afigura uma tendência para a rejeição de apoio por parte dos outros e de atitudes de mudança, em prol de uma maior centraçã nas especificidades pessoais.

Verificou-se que o grupo não psiquiátrico não apresentou elevações nas escalas de conteúdo, mostrando assim diferenças clínicas significativas em relação ao grupo psiquiátrico.

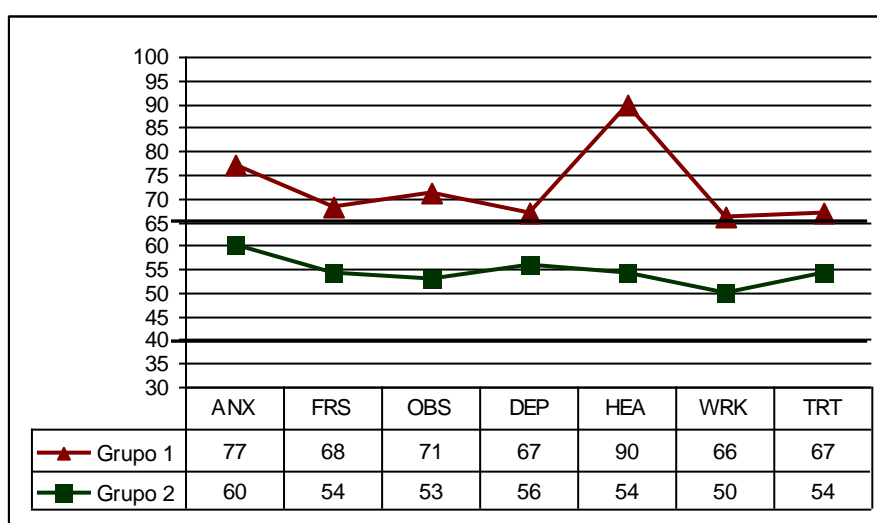


Figura 4. Valores médios nas Escalas Clínicas de Conteúdo por grupos.

Uma análise relativa às escalas clínicas suplementares permitiu identificar outras características diferenciadoras dos dois grupos de participantes. Fazem parte desse conjunto as escalas de *Repressão (R)*, *Força do Ego (Es)*, *Dominância (Do)*, *Desajustamento Emocional em Situação Escolar (Mt)*, *Perturbação Stress Pós-Traumático (PK)*, *Hostilidade Controlada (O-H)* e *Adaptação ao Género Masculino (GM)*. Na Figura 5 estão representados os valores médios nas Escalas Suplementares por grupos. Em anexo (Anexo G) são apresentados os valores individuais das Escalas Suplementares nos participantes.

No grupo psiquiátrico destacaram-se valores elevados nas escalas *R*, *Mt*, *PK* e *O-H* e valores abaixo da média nas escalas *Es*, *Do* e *GM*. Os pacientes deste grupo tendem a desvalorizar os seus problemas e a reprimir a respectiva expressão das emoções, utilizando estratégias de controlo dos seus impulsos hostis, tal como indicado nas escalas *R* (T71) e *O-H* (T66). Estes resultados reflectem novamente preocupações com o funcionamento pessoal e vinculam-se ao respectivo quadro clínico destes participantes. Os resultados em *Mt* (T71) e *PK* (T72) articulam-se com experiências negativas prévias, designadamente dificuldades a nível do contexto escolar e situações traumáticas. Os valores baixíssimos em *Es* (T30)³ também reflectem com a condição psiquiátrica destes participantes, sugerindo problemas muito severos com implicações a nível terapêutico. Os resultados baixos em *Do* (T46) indicam pouca capacidade de auto-afirmação a nível social, pessimismo e baixa auto-estima, e os valores baixos em *GM* (T34) remetem para a adopção de um papel mais passivo e menos dominante em contextos pessoais e sociais.

No grupo não psiquiátrico registou-se uma normalidade e consistência a nível destas características, o que seria expectável tendo em conta que estão ausentes

³ Não são determinados valores inferiores a T30 no MMPI-2.

perturbações clínicas e da personalidade. Contudo, foram apurados resultados próximos do limite inferior da média em *Es* e *Do* o que poderá indicar dificuldades pessoais e uma maior vulnerabilidade psicológica face a situações complexas ou mais exigentes ao nível da adaptação, da afirmação pessoal e da interacção social.

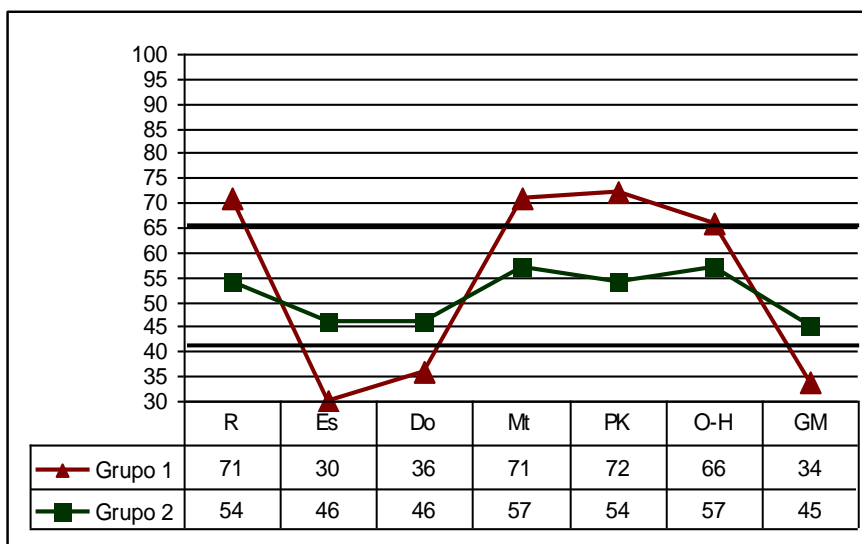


Figura 5. Valores médios nas Escalas Complementares por grupos

Os valores de cada participante nas Escalas de Validade e a respectiva representação gráfica dos valores médios dos grupos podem ser consultados em anexo (Anexo G). O aspecto mais expressivo relaciona-se com a elevação no grupo psiquiátrico nas escalas de frequência de resposta (*F*, *Fb* e *Fp*), o que é frequente na população clínica. Esta elevação era expectável tendo em conta o estado crónico destes pacientes e foi indicadora de instabilidade emocional e de pensamentos e comportamentos atípicos que podem comprometer a adaptação à realidade quotidiana e que reflectem acentuado sofrimento psicológico.

Relativamente ao **objectivo 4** foram exploradas as relações entre as características de personalidade e de psicopatologia evidenciadas pelos dois grupos de participantes no MMPI-2 e os resultados da EPS, designadamente no Total de preocupações com a saúde/doença e em relação aos factores Dependência e Evitamento. Apesar de não podermos afirmar que os resultados obtidos no MMPI-2 reflectem objectivamente os resultados nestas três categorias da EPS, tentou-se colocar em evidência as principais relações existentes.

O grupo psiquiátrico, de tipo neurótico e introvertido, apresentou nas escalas de Personalidade Psy-5 do MMPI-2 (elevações da escala *INTR* e *NEGE*, em simultâneo com valores baixos nas escalas *AGGR* e *DISC*) uma elevada emocionalidade negativa e preocupações com as especificidades próprias, em detrimento do estabelecimento de vínculos e relações com os outros. As elevações do lado esquerdo do perfil das escalas clínicas base do MMPI-2 reflectem a presença de sintomas somáticos e confirmam a existência de índices significativos de neuroticismo. Estes participantes evidenciaram sentimentos de preocupação consigo próprios e tentativas de autocontrolo dos impulsos e das emoções (elevações de *R* e *O-H*). As preocupações vinculam-se à possibilidade da existência de uma doença grave (resultados muito elevados em *HEA*) que se afiguram a atitudes negativas na aceitação de explicações médicas e na adesão ao tratamento (elevação em *TRT*). A cronicidade da situação psiquiátrica encontra-se vinculada a uma elevação secundária nas escalas do lado direito do perfil clínico base, à existência de estados significativos de ansiedade, medos e tensão (elevação em *ANX*, *FRS* e *OBS*) e a uma força do ego reduzidíssima (valor baixo na escala *Es*).

As características do MMPI-2 evidenciadas pelo grupo psiquiátrico, particularmente a elevação das três primeiras escalas clínicas base (*Hs*, *D* e *Hy*) e da escala *HEA*, articulam-se com a presença de preocupações com o medo de ter uma

doença grave, que se relaciona com a elevação do total de preocupações com a saúde/doença na EPS. Em relação ao factor Dependência associa-se a elevação da escala *NEGE*, indicando que estes participantes se mostram dependentes dos outros, o que sugere a existência de um relacionamento com os profissionais de saúde vinculado a pedidos recorrentes de consulta médica e de avaliações clínicas, sendo este padrão de dependência extensivo às relações interpessoais. O desconforto nas relações sociais expresso por resultados superiores na escala *INTR*, valores inferiores na escala *AGGR* e *DISC* e elevação na escala *TRT* estão articulados com o factor Evitamento, indicando tendências evitantes no funcionamento social devido à possibilidade de contracção de doenças.

O grupo não psiquiátrico foi caracterizado pela ausência de indícios de perturbações da personalidade e de alterações psicopatológicas significativas. Os integrantes do grupo revelaram nas Escalas de Personalidade Psy-5 do MMPI-2 uma ligeira tendência para a expressão de afectividade negativa (elevação próxima do limite superior em *NEGE*) e algumas dificuldades a nível da interacção social (valores próximos do limite inferior em *DISC*). A nível clínico podem apresentar alguma insatisfação consigo próprios associada a contextos de maior vulnerabilidade psicológica, contudo parecem lidar com a situação e/ou estão preocupados com as suas próprias especificidades (valores próximos do limite superior em *D* e próximos do limite inferior em *Es* e *Do*).

Existe, assim, uma coerência evidenciada pelo MMPI-2 no grupo não psiquiátrico a nível das características da personalidade que se associa a uma expressão moderada de preocupações e que é comum na população em geral, tal como indicado no total de preocupações com a saúde/doença na EPS. Por conseguinte, pode-se referir, com algumas restrições, que as preocupações destes participantes podem ter um

potencial valor adaptativo, estando relacionadas com expressões pouco acentuadas nos factores Dependência e Evitamento da EPS.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu explorar e compreender dimensões estruturais da personalidade e características psicopatológicas associadas a dois grupos distintos de pacientes, com e sem queixa psiquiátrica. Todos os participantes apresentavam preocupações com a saúde/doença e diferenciavam-se em termos da gravidade e da complexidade clínica apresentada, particularmente no que concerne à existência de sintomas somáticos e preocupações causadoras de mal-estar clinicamente significativo.

Globalmente, o conjunto dos resultados obtidos nos instrumentos EPS e MMPI-2 estiveram de acordo com o sentido esperado, permitindo distinguir os dois grupos entre si.

Considerando os valores obtidos na EPS, este instrumento mostrou-se sensível na detecção de diferentes níveis de preocupações com a saúde/doença. Dado que a referida escala foi construída com base nos critérios do DSM-IV, foi permitida a sinalização de preocupações excessivas com a saúde/doença de teor hipocondríaco no grupo psiquiátrico, o que vai de encontro à revisão de literatura de Katz e Zenger (1999). É possível considerar que estes participantes apresentam especificidades de natureza hipocondríaca baseadas na atribuição de significados patológicos a preocupações normais (Bleichardt, Timmer & Rief, 2005; Joyce-Moniz, 1993; Salkovskis & Bass, 1997).

Para além da avaliação da intensidade das preocupações com a saúde/doença, foi possível diferenciar dois tipos específicos de características na EPS. Foram identificados níveis de dependência significativos no grupo psiquiátrico ligados à existência de traços dependentes, designadamente face aos médicos e às avaliações clínicas. Segundo Taylor e Asmundson (2006) estas características são típicas de um

funcionamento hipocondríaco e traduzem-se em comportamentos de vigilância exagerada em relação ao corpo, em padrões preventivos de limpeza e no recurso recorrente a serviços de saúde para realização de exames médicos. A nível secundário estão também presentes características de evitamento em relação ao contacto social devido ao medo da doença, que, de acordo com os mesmos autores, se associam a comportamentos de índole hipocondríaca.

Os dados obtidos no MMPI-2 permitiram verificar de forma clara que o grupo psiquiátrico apresentou evidências de perturbações clínicas e de personalidade, assim como características ligadas à problemática em estudo, designadamente medos, crenças e preocupações relativas ao facto de poderem ter uma doença grave.

O perfil de personalidade do grupo psiquiátrico revelou traços de introversão, submissão e passividade, associados a uma grande centração pessoal e forte internalização. Estas características são tipicamente encontradas em pacientes com diagnóstico de Perturbações Somatoformes, especificamente Perturbação de Somatização e Hipocondria (Hollifield et al., 1999). Foram também registados níveis expressivos de emocionalidade negativa e de neuroticismo, que se relacionam frequentemente com reacções somáticas e preocupações de índole hipocondríaca. (McCrae & Costa, 2006; Oliveira, 2002; Williams, 2004)

A estas características de personalidade do grupo psiquiátrico, associa-se o perfil clínico base que é designado por “V” de conversão (Graham, 2000; Green, 2000) e, por estar associado a uma elevação nas escalas do lado direito do perfil, indicador da existência de perturbação clínica clara. Esta configuração psicopatológica apresentada aponta para a existência de sintomas somáticos e de preocupações excessivas com a saúde/doença.

Katz e Zenger (1999) referem uma correlação significativa entre a escala *Hs* do MMPI-2 e a EPS, o que poderá explicar a sinalização de preocupações exageradas com a saúde/doença em ambos os instrumentos. Contudo, devem ser tidas em conta as limitações intrínsecas das próprias provas.

A análise de relações entre as características de personalidade e de psicopatologia identificadas pelo MMPI-2, o Total de preocupações com a saúde/doença e os factores Dependência e Evitamento da EPS, evidencia-se pela elevação significativa da escala *Hs* no grupo psiquiátrico, mas também por outras ligadas ao corpo e à saúde, como é o caso da *HEA*. De acordo com Nichols (2001) a escala *Hs* é um indicador fidedigno de processos hipocondríacos a nível do funcionamento, estando a sua expressão nos participantes psiquiátricos associada aos resultados elevados obtidos nas três categorias da EPS.

Tendo presentes as dificuldades em estudar populações, o estudo foi delineado com uma amostra reduzida, o que à partida limita as análises estatísticas de tipo inferencial. Assim, não foi possível realizar uma análise aprofundada da medida final da EPS e dos respectivos dois factores, mas sim uma descrição objectiva das tendências de resultados obtidos pelos participantes.

A utilização de casos com queixas do foro físico e diagnósticos de doença física fez com que, provavelmente, os resultados dos participantes tenham sido mais expressivos em termos de preocupações com a saúde/doença. A selecção da amostra não contemplou este aspecto, contudo foi permitida uma identificação precisa de pacientes com os critérios pretendidos pelo estudo. Uma amostra mais variada no género teria também permitido a realização de uma comparação da expressão das configurações entre os dois sexos.

CONCLUSÃO:

O presente estudo permitiu descrever as características de personalidade e de psicopatologia associadas a uma amostra de participantes, acompanhados em instituições de saúde, diferenciados em dois grupos consoante a gravidade e complexidade do quadro clínico apresentado. Os dados obtidos a partir da EPS e do MMPI-2 confirmaram a diferenciação existente, designadamente a nível das preocupações com a saúde/doença e dos padrões psicológicos em que as mesmas se inscrevem.

O grupo psiquiátrico apresentou maiores preocupações com a saúde/doença baseadas em interpretações erradas de sensações físicas, que se constituem como reflexo de índices elevados de neuroticismo e de contração nas especificidades próprias, como tal, são expressos sintomas somáticos e elevados níveis de ansiedade, medos e tensão. As características de dependência destes pacientes são articuladas a comportamentos de procura de tranquilização e apoio médico.

O grupo não psiquiátrico apresentou uma maior coerência a nível do pensamento, das emoções e do comportamento, o que indica a ausência de perturbações de personalidade. Estes participantes revelaram uma expressão moderada de preocupações com a saúde/doença, inscritas num quadro clínico sem alterações psicopatológicas significativas.

O estudo apresenta limitações a nível teórico e metodológico. No que concerne ao enquadramento teórico, deve referir-se que apesar das preocupações com a saúde/doença terem sido amplamente estudadas no contexto clínico e da saúde, existem poucos estudos que procuram explorar as relações existentes entre as preocupações com a saúde/doença e as dimensões de personalidade. A par disso, as potenciais associações

entre as preocupações com saúde/doença e determinadas perturbações clínicas, nomeadamente as Perturbações Somatoformes, em particular a Hipocondria, continuam ainda por esclarecer na comunidade científica, não existindo até à data uma nosologia específica relativa às preocupações com a saúde/doença. A inclusão de uma nova categoria nosológica no DSM-V, designada por Perturbações de Sintomas Somáticos, poderá permitir o esclarecimento de alguns destes aspectos relacionados com as preocupações com a saúde/doença. Está prevista ainda a existência de uma tipologia específica relacionada com os processos hipocondríacos, que, por sua vez, será classificada como Perturbação de Ansiedade com a Saúde.

A metodologia utilizada neste estudo apresentou limitações relacionadas com a amostra e com os instrumentos de recolha de dados. A amostra incluiu maioritariamente participantes do sexo feminino e com condições clínicas e diagnósticos diferenciados, o que remete para preocupações com a saúde/doença também diferenciadas em termos de sintomatologia clínica e cronicidade. No que se refere aos instrumentos, apesar da EPS ser a prova mais específica para o estudo das preocupações de teor hipocondríaco, tem como principal limitação a ausência de estudos normativos e de validade de construto para a população portuguesa.

As perspectivas futuras devem remeter para uma compreensão mais alargada das relações existentes entre as preocupações com a saúde/doença e as perturbações clínicas e da personalidade. Para tal, serão necessárias investigações com um maior número de participantes e com uma distribuição mais homogénea a nível do género. A extensão de amostras com características clínicas distintas seria de capital importância para o esclarecimento das relações existentes entre preocupações com a saúde/doença e outros quadros psiquiátricos, especificamente no que concerne à Depressão Major e às

seguintes Perturbações de Ansiedade: Perturbação de Pânico, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação de Pânico e Fobias Específicas.

As principais implicações clínicas deste estudo estão vinculadas ao âmbito da saúde, designadamente ao impacto das características psicopatológicas e da personalidade na forma como os doentes percebem a saúde e reagem à doença. O conhecimento destes aspectos facilita a sinalização de preocupações que geram níveis de ansiedade excessivos e que, por sua vez, se constituem como entrave para o atingir de objectivos ligados à promoção de saúde e à prevenção de doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barbosa, A. (1997). Perturbações Somatoformes. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 911-916.
- Beck, A. e Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York, DC: Guilford Publications.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bleichardt, G., Timmer, B. & Rief, W. (2005). Hypochondriasis among Patients with Multiple Somatoform Symptoms – Psychopathology and Outcome of a Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(3), 239-249.
- Butcher, J. & Beutler, L. (2005). The MMPI-2. In Beutler, L. & Groth-Marnat, G. (Eds.), *Integrative Assessment of Adult Personality* (2nd Ed.). New York, DC: Guilford.
- Butcher, J. Graham, J., Ben-Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstorm, W. & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2 Manual for Administration Scoring and Interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Caixeta, M., Chaves, M. & Reis, O. (1999). Transtorno Somatoforme de Causa Orgânica. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 57(1), 120-125.

- Edwards, E., Holmes, C. & Carvajal, H. (1998). Oral and Booklet Presentation of MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 54(5), 593-596.
- Filho, J. & Burd, M. (Eds.) (2010). *Psicossomática hoje* (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed
- Friedman, A., Lewak, R., Nichols, D. & Webb, J. (2001). *Psychological assessment with the MMPI-2*. New York, DC: Psychology Press.
- Gameiro, M. (2004). “Estar Doente”: Atribuição Pessoal de Significações. *Revista Referência*, 12, 35-43.
- Graham, J. (2000). *MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology*. New York, DC: Oxford University Press.
- Green, R. (2000). *The MMPI-2: an interpretative manual* (2ª Ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Hardy, R., Warmbrodt, L & Chrisman, S. (2001). Recognizing Hypochondriasis in Primary Care. *The Nurse Practitioner*, 26(6), 26-43.
- Haynal, A., Pasini, W. & Archinard, M. (1998). *Medicina Psicossomática: Perspectivas Psicossociais*. Lisboa: Climpesi.
- Hollifield, M., Tuttle, L, Paine, S., Kellner, R. (1999). Hypochondriasis and Somatization Related to Personality and Attitudes Toward Self. *Psychosomatics*, 40(5), 387-395.
- John, O. & Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait Taxonomy: History, Measurement and Theoretical Perspectives. In Pervin, L. & John, O. (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd Ed.). New York: Guilford

- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*. Lisboa: McGraw Hill.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da Doença para cuidados de Saúde: Desenvolvimento e Intervenção*. Lisboa: Edições ASA
- Katz, R. & Zenger, N. (1999). Assessing Hypochondriasis: Findings on the Survey of Health Concerns. *Journal of Psychopathology and Behaviour Assessment*, 21(3), 183-189.
- Lima, M. & Simões, P. (2000). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2(XVII), 171-179.
- Mannion, A. & Elfering, A. (2006). Predictors of surgical outcome and their assess. *Coluna/Columna*, 5(4), 267-279.
- Marques-Teixeira, J. (2008). *Consensos Psiquiátricos para Clínicos Gerais (Vol. II)*. Lisboa: Atlas.
- Masters, K., Shearer, D., Ogles, B. & Schleusener, R. (2003). Presurgical MMPI-2 Cluster Profiles Predict 1-Year Low-Back Surgery Outcomes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10(4), 279-288.
- Matos, A. C. (2003). *Mais Amor – Menos Doença. A Psicossomática Revisitada*. Lisboa: Climepsi.

- McCrae, R., & Costa, P. (2006). A Trait Approach to Personality. In McCrae, R. & Costa, P. (Eds.), *Personality in Adulthood. A Five-Factor Theory Perspective* (pp. 20 - 36). New York, DC: Guilford Press.
- Nakao, M. & Barsky, A. (2007). Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine*, 1(17), 1-7.
- Nichols, D. (2001). *Essentials of MMPI-2 assessment*. New York : J. Wiley & Sons.
- Noyes, R., Langbehn, D., Happel, R., Stout, L., Muller, B. & Longley, S. (2001). Personality Dysfunction Among Somatizing Patients. *Psychosomatics*, 42(4), 320-329.
- Oliveira, J. (2002). Neuroticismo : Algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, 4(XX), 647-655.
- Organização Mundial da Saúde (2001). Saúde Mental no Mundo : Nova Conceção, Nova Esperança. *Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Genève: World Health Organization.
- Ornduff, S., Brennan, A., Barrett, C. (1988). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) Hysteria (Hy) Scale: Scoring Bodily Concern and Psychological Denial Subscales in Chronic Back Pain Patients. *Plenum Publishing Corporation*, 11(2), 131-146.
- Ogden, J. (2001). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Reis, J. & Fradique, F. (2004). Significações leigas de Saúde e de Doença em Adultos. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 475-485.

- Rodrigues, V. & Gonçalves, L. (2004). *Patologia da Personalidade* (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Salkovskis, P. & Bass, C. (1997). Hypochondriasis. In Clark, D. & Fairburn, J. (Eds.). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, (pp. 313-339). Oxford, DC: Oxford University Press
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral*. (3ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Strack, S. (Eds.) (2005). *Handbook of Personality and Psychopathology*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Taylor, S. & Asmundson, G. (2006). Hypochondriasis. In Fischer, J. & O'Donohue, W. (Eds.). *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy* (pp. 313-323). New York: Springer
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 441-448.
- Wall, M., Arnold, I., Eekof, J., Assendelft, W. & Hemer, A. (2008). Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice*, 9(5), 1-8.
- Williams, P. (2004). The Psychopathology of Self-Assessed Health: A Cognitive Approach to Health Anxiety and Hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research*. 28(5), 629-644.

ANEXOS

- A.** Apresentação e descrição das Escalas Clínicas do MMPI-2 relevantes no domínio da Psicologia da Saúde.
- B.** Apresentação e descrição das Escalas de Personalidade (PSY-5) do MMPI-2.
- C.** Descrição sumária dos dados de cada participante.
 - C1.** Dados sociodemográficos dos participantes.
 - C2.** Dados clínicos dos participantes.
- D.** Resultados de cada participante nas Escalas de Personalidade (PSY-5)
- E.** Resultados de cada participante nas Escalas Clínicas Base
- F.** Resultados de cada participante nas Escalas de Conteúdo
- G.** Resultados de cada participante nas Escalas Complementares
- H.** Resultados de cada participante e valores médios nas Escalas de Validade por grupo.

Anexo A.

Apresentação e descrição das Escalas Clínicas do MMPI-2 relevantes no domínio da Psicologia da Saúde.

DESIGNAÇÃO	DESCRIÇÃO
Hipocondria (<i>Hs</i>)	Sinaliza preocupações excessivas com o funcionamento do organismo e queixas somáticas vagas.
Depressão (<i>D</i>)	Avalia sintomatologia depressiva (desânimo, desesperança, tristeza, desinteresse e retardamento psicomotor).
Histeria (<i>Hy</i>)	Identifica indivíduos com reacções histéricas face ao stress; negação da saúde física; negação de problemas psicológicos e emocionais.
Psicastenia (<i>Pt</i>)	Sinaliza sintomas, comportamentos e pensamentos obsessivos; compulsões; preocupações e medos irracionais.
Ansiedade (<i>ANX</i>)	Avalia sintomas relacionados com a ansiedade; problemas somáticos; preocupações.
Medos (<i>FRS</i>)	Sinaliza pessoas com medos específicos
Obsessões (<i>OBS</i>)	Identifica pensamento ruminante; comportamentos compulsivos.
Preocupações com a Saúde (<i>HEA</i>)	Avalia preocupações com o funcionamento do organismo.
Indicadores Negativos de Tratamento (<i>TRT</i>)	Sinaliza indivíduos com atitudes negativas face a profissionais de saúde e ao apoio psicoterapêutico

Anexo B.

Apresentação e descrição das Escalas de Personalidade (PSY-5) do MMPI-2.

DESIGNAÇÃO	DESCRIÇÃO
Agressividade (<i>AGGR</i>)	Relaciona-se com uma tendência hostil para dominar, subjugar e destruir os outros. Os resultados elevados remetem para uma tendência em controlar os outros com base no seu temperamento de índole agressiva.
Psicoticismo (<i>PSYC</i>)	Reflete uma desarmonia no estabelecimento de relações pessoais e sociais com limitações a nível do funcionamento geral. As elevações em <i>PSYC</i> põem em evidência sintomas psicóticos.
Desconstrangimento (<i>DISC</i>)	Remete para a existência de uma personalidade pouco convencional e desinibida. Os resultados significativos poderão indicar energia e espontaneidade, porém também se reportam para a existência de um temperamento rebelde, explosivo e impulsivo.
Negatividade Emocional/ Neuroticismo (<i>NEGE</i>)	Sinaliza a tendência do indivíduo se sentir especialmente vulnerável às situações, experimentando-as com preocupação, nervosismo e medo. Os valores elevados em <i>NEGE</i> indicam passividade, hipersensibilidade à crítica e medo do abandono.
Emocionalidade Positiva Baixa/ Introversão (<i>INTR</i>)	Identifica falta de energia, desconforto social e pouca emotividade no relacionamento interpessoal. Os resultados superiores constituem-se como indicadores de anedonia, insatisfação pessoal, pouca estima e tendência em desistir facilmente nos confrontos.

Anexo C.

Descrição sumária dos dados sociodemográficos e clínicos de cada participante

C1. Dados sociodemográficos dos participantes⁴

PARTICIPANTES	GÉNERO	IDADE	A. RES.	E. C.	A. F.	ESC.	PROF.	S. PROF.	
GRUPO 1	1	F	45	Lisboa	Solteira	2	2º Ciclo	Estudante	Baixa Médica
	2	F	53	Lisboa	Casada	2	3º Ciclo	Costureira	Desempregada
	3	F	54	Lisboa	Casada	2	3º Ciclo	Assistente Formação	Reformada
	4	F	48	Lisboa	Casada	4	2º Ciclo	Empregada Limpeza	Baixa Médica
	5	M	53	Lisboa	Casado	5	3º Ciclo	Mecânico	Desempregado
	6	F	53	Setúbal	Casada	3	3º Ciclo	Auxiliar Geriatria	Baixa Médica
GRUPO 2	7	F	35	Setúbal	Casada	5	Secundário	Recepcionista	Activo
	8	F	30	Setúbal	Casada	3	Licenciatura	Professora Matemática	Activo
	9	F	40	Setúbal	Divorciada	4	Licenciatura	Gerente Comercial	Baixa Médica
	10	F	58	Setúbal	Divorciada	2	3º Ciclo	Doméstica	Doméstica

⁴ **Siglas:** **A. RES.** (Área de Residência), **E. C.** (Estado Civil), **A. F.** (Agregado Familiar), **ESC.** (Escolaridade), **PROF.** (Profissão) e **S. PROF.** (Situação Profissional)

C2. Dados clínicos dos participantes

PARTICIPANTES		QUADRO CLÍNICO (FORO FÍSICO)	QUADRO CLÍNICO (FORO MENTAL)	INFORMAÇÕES RELEVANTES
GRUPO 1	1	Colite Ulcerosa (2000)	Perturbação Obsessivo-Compulsiva (seguida desde 1995)	<ul style="list-style-type: none"> - Revela ansiedade por poder vir a ficar gravemente doente e realiza rituais de limpeza para evitar contaminações - Tem claustrofobia e já teve ataques de pânico em locais públicos.
		Artrite Reumatóide (diagnóstico recente)		
	2	Rinite Crónica (1995)	Perturbação de Ansiedade Generalizada (seguida desde 1997)	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta múltiplas queixas físicas sem substrato médico. - Atenção focalizada no estado de saúde e revela intensificação da sintomatologia percebida.
		Gastrite (1995)		
		Cálculos Renais (diagnóstico recente)		
	3	Fibromialgia (2000)	Perturbação Depressiva (seguida desde 1998)	<ul style="list-style-type: none"> - Reforma antecipada por patologia lombar e seguimento na consulta de dor crónica desde 1998. - Depressão reactiva ao estado físico geral.
4	Problemas Uterinos (2004)	Perturbação Depressiva (seguida desde 2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Percepciona o estado geral de saúde como debilitado. - Revela crenças ligadas à destruição interna do organismo que associa a complicações ginecológicas e a problemas intestinais imaginários. 	
	Tiroidismo (2007)			
5	Perda total da pilosidade corporal (início em 2005)	Perturbação de Ansiedade Generalizada (queixas desde 2005, seguido desde 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Referenciado para o CHPL por calvície 'psicogénica'. - Apresenta estados de tensão e ansiedade significativos, sintomas somáticos e preocupações exageradas relativas à evolução do quadro físico. 	
6	Fibromialgia (diagnóstico recente)	Sintomatologia ansiosa e depressiva (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome depressivo reactivo ao estado físico geral com ideação suicida. - Acompanhamento psiquiátrico recente. - Preocupações acentuadas com a evolução da sua doença. 	
GRUPO 2	7	Problemas Uterinos (2004)	Sintomatologia ansiosa (início em 2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Traços de personalidade Passiva-Agressiva. - Ansiedade reactiva a problemas familiares.
	8	Colestase (início dos sintomas em 2009)	Sintomatologia ansiosa e depressiva leve (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Traços de personalidade Obsessivo-Compulsiva. - Perfeccionismo ligado ao contexto profissional com sintomas de ansiedade associados.
	9	Hipertensão e cefaleias frequentes (2008)	Sintomatologia ansiosa e depressiva (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Traços de personalidade Limite e Histriónicos. - Síndrome depressivo reactivo a instabilidade geral. - Foi pensada a hipótese de acompanhamento psiquiátrico.
	10	Hipertensão e colesterol elevado (2006)	Sintomatologia ansiosa (2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Tendência para o controlo total e obsessivo das situações. - Ansiedade reactiva a problemas familiares.

Anexo D.

Resultados de cada participante nas Escalas de Personalidade (PSY-5)

PARTICIPANTES	AGGR	PSYC	DISC	NEGE	INTR	
GRUPO 1	<i>1</i>	44	<u>72</u>	44	<u>79</u>	<u>70</u>
	<i>2</i>	<u>30</u>	46	<u>34</u>	61	<u>68</u>
	<i>3</i>	53	53	49	55	53
	<i>4</i>	46	<u>69</u>	<u>39</u>	<u>81</u>	<u>78</u>
	<i>5</i>	<u>38</u>	<u>35</u>	<u>35</u>	61	56
	<i>6</i>	46	56	<u>37</u>	57	<u>89</u>
GRUPO 2	<i>7</i>	41	50	46	<u>75</u>	<u>70</u>
	<i>8</i>	53	<u>35</u>	<u>39</u>	45	44
	<i>9</i>	61	60	49	<u>66</u>	48
	<i>10</i>	<u>66</u>	60	46	52	42

Nota. Valores expressos em notas T; Valores significativos sublinhados ($T \leq 40$ e $T \geq 65$)

Anexo E.

Resultados de cada participante nas Escalas Clínicas Base

PARTICIPANTES	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
GRUPO 1	<i>1</i>	<u>88</u>	<u>88</u>	<u>96</u>	<u>71</u>	52	<u>74</u>	<u>90</u>	45	<u>65</u>
	<i>2</i>	<u>101</u>	<u>96</u>	<u>94</u>	58	47	63	<u>84</u>	87	51
	<i>3</i>	<u>105</u>	<u>77</u>	<u>101</u>	51	57	52	<u>68</u>	<u>73</u>	49
	<i>4</i>	<u>94</u>	<u>88</u>	<u>108</u>	<u>71</u>	60	<u>85</u>	<u>90</u>	<u>99</u>	56
	<i>5</i>	<u>81</u>	<u>74</u>	<u>79</u>	48	50	57	59	60	51
	<i>6</i>	<u>86</u>	<u>101</u>	<u>80</u>	53	57	59	<u>68</u>	<u>79</u>	56
GRUPO 2	<i>7</i>	46	59	<u>36</u>	63	60	56	59	48	41
	<i>8</i>	51	<u>66</u>	58	49	50	39	61	50	53
	<i>9</i>	61	<u>66</u>	61	45	47	52	42	44	49
	<i>10</i>	43	47	41	53	60	52	42	59	62

Nota. Valores expressos em notas T; Valores significativos sublinhados ($T \leq 40$ e $T \geq 65$)

Anexo F.

Resultados de cada participante nas Escalas de Conteúdo

PARTICIPANTES	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN
GRUPO 1	1	<u>81</u>	<u>78</u>	<u>83</u>	<u>77</u>	<u>87</u>	60	54
	2	<u>79</u>	<u>78</u>	<u>67</u>	58	<u>94</u>	42	46
	3	<u>71</u>	<u>68</u>	50	55	<u>98</u>	45	56
	4	<u>84</u>	<u>65</u>	<u>75</u>	<u>77</u>	<u>94</u>	<u>79</u>	56
	5	<u>70</u>	51	<u>77</u>	56	<u>85</u>	46	53
	6	<u>74</u>	<u>68</u>	56	<u>80</u>	<u>79</u>	56	53
GRUPO 2	7	61	62	56	<u>67</u>	51	56	53
	8	55	<u>35</u>	48	48	53	39	47
	9	<u>66</u>	53	44	60	61	58	<u>76</u>
	10	56	<u>65</u>	63	48	49	58	<u>75</u>

Nota. Valores expressos em notas T; Valores significativos sublinhados ($T \leq 40$ e $T \geq 65$)

PARTICIPANTES	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT	
GRUPO 1	1	52	56	<u>70</u>	56	45	<u>80</u>	<u>89</u>
	2	45	<u>38</u>	62	51	<u>39</u>	<u>61</u>	59
	3	49	43	47	44	50	51	49
	4	<u>39</u>	48	62	58	<u>78</u>	<u>69</u>	61
	5	<u>37</u>	44	57	45	52	<u>61</u>	<u>71</u>
	6	<u>39</u>	50	47	<u>39</u>	<u>39</u>	48	43
GRUPO 2	7	59	<u>73</u>	<u>70</u>	<u>70</u>	60	<u>71</u>	<u>74</u>
	8	56	60	<u>84</u>	<u>68</u>	<u>70</u>	57	<u>69</u>
	9	56	53	49	41	47	48	49
	10	56	<u>69</u>	44	44	52	48	57

Nota. Valores expressos em notas T; Valores significativos sublinhados ($T \leq 40$ e $T \geq 65$)

Anexo G.

Resultados de cada participante nas Escalas Complementares

PARTICIPANTES	A	R	Es	Do	Re	Mt	PK	MDS	
GRUPO 1	<i>1</i>	<u>72</u>	<u>78</u>	<u>30</u>	<u>32</u>	53	<u>77</u>	<u>72</u>	<u>68</u>
	<i>2</i>	62	<u>78</u>	<u>30</u>	35	62	<u>72</u>	<u>71</u>	63
	<i>3</i>	50	60	<u>30</u>	46	<u>68</u>	<u>68</u>	61	42
	<i>4</i>	<u>72</u>	<u>73</u>	<u>30</u>	<u>35</u>	53	<u>74</u>	<u>89</u>	<u>76</u>
	<i>5</i>	61	63	<u>30</u>	<u>38</u>	57	60	<u>65</u>	60
	<i>6</i>	62	<u>73</u>	<u>30</u>	<u>30</u>	56	<u>74</u>	<u>72</u>	59
GRUPO 2	<i>7</i>	62	62	45	<u>30</u>	53	<u>67</u>	<u>66</u>	<u>72</u>
	<i>8</i>	48	52	55	46	<u>65</u>	50	45	42
	<i>9</i>	49	60	39	53	56	62	54	46
	<i>10</i>	47	41	43	53	53	47	49	55

Nota. Valores expressos em notas T; Valores significativos sublinhados ($T \leq 40$ e $T \geq 65$)

PARTICIPANTES	Ho	O-H	MAC-R	AAS	APS	GM	GF	
GRUPO 1	<i>1</i>	59	55	<u>34</u>	61	44	<u>30</u>	59
	<i>2</i>	45	<u>81</u>	<u>31</u>	44	<u>39</u>	<u>30</u>	53
	<i>3</i>	45	<u>77</u>	50	56	<u>39</u>	<u>36</u>	61
	<i>4</i>	45	59	48	56	<u>39</u>	<u>38</u>	53
	<i>5</i>	42	62	46	60	52	<u>34</u>	52
	<i>6</i>	<u>66</u>	63	42	56	<u>33</u>	<u>35</u>	<u>40</u>
GRUPO 2	<i>7</i>	58	55	48	44	47	<u>32</u>	<u>33</u>
	<i>8</i>	<u>39</u>	48	<u>34</u>	<u>39</u>	58	61	53
	<i>9</i>	59	63	48	44	47	<u>38</u>	51
	<i>10</i>	64	63	59	<u>39</u>	42	50	46

Nota. Valores expressos em notas T; Valores significativos sublinhados ($T \leq 40$ e $T \geq 65$)

Anexo H.

Resultados de cada participante e valores médios nas Escalas de Validade por grupos.

PARTICIPANTES	VRIN	TRIN	F	Fb	Fp	L	K	S	
GRUPO 1	1	78	58	82	97	73	52	54	39
	2	78	50	92	70	89	<u>81</u>	54	55
	3	58	58	72	54	65	66	59	51
	4	74	73	<u>109</u>	<u>112</u>	81	66	52	45
	5	50	64	61	67	77	65	45	52
	6	66	65	82	93	<u>113</u>	<u>90</u>	43	49
GRUPO 2	7	62	58	72	66	73	57	<u>35</u>	41
	8	54	58	48	42	57	57	52	58
	9	46	65	48	58	65	76	41	47
	10	54	58	68	62	89	71	46	40

Nota. Valores expressos em notas T; Valores significativos sublinhados

