

Terá a sintomatologia psicopatológica impacto nas habilidades sociais?

Versão Final Após Defesa

Ana Pereira Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos ou mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutora Maria de Fátima de Jesus Simões
Co-orientador: Prof. Doutora Carla Sofia Lucas do Nascimento
Co-Orientador: Prof. Doutor Paulo Joaquim Fonseca da Silva Farinha
Rodrigues
Co-Orientador: Prof. Doutor Luis Alberto Coelho Rebelo Maia

Julho de 2021

Dedicatória

A ti te dedico este trabalho,
Minha querida e eterna pequenina,
Quero que sintas orgulho,
Desta tua prima que te ama...
Ama mais do que o infinito
E do que o Universo pode escrever
Com todas as estrelas que brilham.

Foste, és e sempre serás uma alegria constante,
Naqueles dias e noites de céu encoberto.
És a energia que me motiva a continuar
E a jamais desistir.
Porque te ensinei a nunca parar,
E a sempre persistir,
Não parei de batalhar.

Existem sonhos maiores do que outros,
Meu anjinho de olhos azuis,
Mas escolhe aqueles que te fazem feliz,
Tal como eu fiz.

Por ti e por mim,
Esta grande montanha escalei,
Por vezes escorregando e quase caindo,
Porém ao cimo cheguei.

Para que os teus olhos brilhassem,
Quando um dia de mim falassem,
A ti te dedico este trabalho.

Agradecimentos

A realização do presente trabalho de Dissertação apenas foi possível graças a algumas pessoas, que foram prestando o seu apoio incondicional e motivando, por isso a elas pretendo deixar o meu sincero agradecimento.

A todo o Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior fico grata por terem contribuído, ao longo dos anos, para que o meu conhecimento acerca da Psicologia aumentasse. Deram preciosas ferramentas e ensinaram competências profissionais teóricas inerentes ao exercício da Psicologia, bem como sempre nos incentivaram no desenvolvimento de competências transversais.

Agradeço especialmente à minha orientadora, a Prof. Doutora Maria de Fátima de Jesus Simões e aos co-orientadores Prof. Doutora Carla Sofia Lucas do Nascimento, o Prof. Doutor Paulo Joaquim Fonseca da Silva Farinha Rodrigues e o Prof. Doutor Luis Alberto Coelho Rebelo Maia, que me guiaram e auxiliaram durante este longo processo. Incentivaram sempre a proactividade e deram espaço para que pudesse partilhar as minhas visões e opiniões, fazendo com que me preparasse melhor como futura Psicóloga. Deixo um especial agradecimento por tudo o que aprendi e pelo crescimento que tive. A vossa disponibilidade, apoio, dedicação e incentivos foram fulcrais.

Aos meus pais deixo um sentido e profundo agradecimento, num sentimento de gratidão e felicidade. Sempre me apoiaram, incentivaram e deram carinho e amor incondicional, fazendo de mim quem sou. À minha mãe agradeço especialmente por nunca me ter deixado desistir e por todos os seus conselhos.

Por fim, agradeço com muita emoção à Dra. Joana, que foi sempre um modelo para mim. A ela fico grata por nunca ter desistido de mim e por me ter ouvido e ajudado.

A todos, mais uma vez, um muito obrigada!

Resumo

Tendo em conta que Portugal é um dos países europeus onde existe uma maior prevalência de doença mental, a forma como os sintomas psicopatológicos se podem manifestar na vida dos indivíduos, é um tema que exige atenção. Uma das áreas da vida do indivíduo que pode ser afectada é a social, pelo que o principal objectivo do presente estudo é perceber se a sintomatologia psicopatológica tem um impacto nas habilidades sociais, isto é, nas capacidades inerentes ao processo de socialização. O estudo contou com 90 participantes, em que a média de idades era de 31 anos ($M=31.40$, $SD=12.237$). Dentro desses 90 participantes, 75.6% eram do género feminino e 23.3% do género masculino. Relativamente à situação profissional, 37.8% eram estudantes, 61.1% tinham emprego e 1.1% estava desempregado. No presente estudo utilizou-se uma metodologia quantitativa e descritiva, tendo como objetivo verificar se: 1) os níveis de sintomatologia psicopatológica relacionam-se com as habilidades sociais; 2) as mulheres apresentam mais sintomatologia psicopatológica do que os homens; 3) as mulheres têm mais habilidades sociais do que os homens; 4) são os estudantes que têm mais sintomas psicopatológicos, comparativamente com empregados; 5) as habilidades sociais aumentam com a idade. As principais conclusões vão no sentido de não existir uma associação entre sintomatologia psicopatológica e habilidades sociais. As mulheres também não mostraram ter mais habilidades sociais e sintomas psicopatológicos. Por outro lado, em relação à situação profissional, não são os estudantes quem tem mais sintomas psicopatológicos, mas antes quem está empregado. Por fim, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes faixas etárias.

Palavras-chave

Habilidades Sociais; Sintomatologia Psicopatológica

Abstract

Taking into account that Portugal is one of the European countries where there is a higher prevalence of mental illness, the way psychopathological symptoms can manifest themselves in the lives of individuals is a topic that requires attention. One of the areas of an individual's life that can be affected is the social one, so the main objective of this study is to understand whether psychopathological symptoms have an impact on social skills, that is, on the abilities inherent in the socialization process. The study had 90 participants, with a mean age of 31 years ($M=31.40$, $SD=12.237$). Within these 90 participants, 75.6% were female and 23.3% male. With regard to professional status, 37.8% were students, 61.1% had a job and 1.1% was unemployed. In the present study, a quantitative and descriptive methodology was used, aiming to verify if: 1) the levels of psychopathological symptoms are related to social skills; 2) women have more psychopathological symptoms than men; 3) women have more social skills than men; 4) are students who have more psychopathological symptoms compared to employees; 5) social skills increase with age. The main conclusions are that there is no association between psychopathological symptoms and social skills. Women were also not shown to have more social skills and psychopathological symptoms. On the other hand, in relation to the professional situation, it is not the students who have more psychopathological symptoms, but rather who are employed. Finally, there were no statistically significant differences between the different age groups.

Keywords

Social abilities; Psychopathological Symptoms

Índice

1.	Introdução	1
2.	Habilidades Sociais	2
2.1	Introdução.....	2
2.2	Definição	2
2.3	Modelos explicativos	3
2.4	Habilidades Sociais vs Competências Sociais	4
2.5	Dados sociodemográficos.....	4
2.6	Desenvolvimento das Habilidades Sociais	5
2.7	Avaliação das Habilidades Sociais	6
3.	Sintomatologia Psicopatológica	7
3.1	Introdução.....	7
3.2	Psicopatologia – Breve revisão	7
3.3	Definição	8
3.4	Sintoma vs Sinal	10
3.5	Dados Sociodemográficos	10
4.	Habilidades Sociais e Sintomatologia Psicopatológica	12
4.1	Habilidades Sociais e saúde mental.....	12
5.	Problema em estudo	13
6.	Métodos	14
6.1	Desenho do estudo	14
6.2	Instrumentos	14
1.	Inventário de Habilidades Sociais	15
2.	BSI	17
6.3	Procedimentos da investigação.....	18
6.4	Análise Estatística.....	18
6.5	Participantes	19
7.	Apresentação dos resultados	21
7.1	Consistência interna	21
7.2	Estatística Descritiva	22
	Estatística Descritiva do BSI	22
	Estatística Descritiva do IHS	24
7.3	Estatística Inferencial.....	25
	Será que a sintomatologia psicopatológica tem impacto nas habilidades sociais?.....	25
	Será que as mulheres apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica do que os homens?	27
	Será que as mulheres pontuam mais alto no índice de habilidades sociais do que os homens?	29
	Será que os estudantes universitários apresentam mais sintomas psicopatológicos do que empregados?	30
	Será que os níveis de habilidades sociais aumentam com a idade?	33
8.	Discussão dos resultados	35

9.	Conclusão.....	39
10.	Referências.....	41

Lista de Tabelas

Tabela 1. – Factores do IHS

Tabela 2. – Domínios e índices do BSI

Tabela 3. – Características sociodemográficas

Tabela 4. – Consistência interna do BSI

Tabela 5. – Consistência interna do IHS

Tabela 6. – Estatística Descritiva do BSI

Tabela 7. – Estatística Descritiva do IHS

Tabela 8. – Associações entre a variável sintomatologia psicopatológica e habilidades sociais – Coeficiente de Spearman

Tabela 9. – Associações entre a variável sintomatologia psicopatológica e habilidades sociais, com as dimensões do BSI e IHS – Coeficiente de Spearman

Tabela 10. – Comparação dos níveis de habilidades sociais dentro das dimensões do BSI, em função do género

Tabela 11. – Comparação dos níveis de habilidades sociais dentro dos factores do IHS, em função do género

Tabela 12. – Comparação dos níveis de sintomatologia psicopatológica nas diferentes dimensões do BSI, em função da profissão

Tabela 13. – Comparação dos níveis de habilidades sociais dentro dos factores do IHS, em função da idade

Lista de Acrónimos

IHS	Inventário de Habilidades Sociais
BSI	Brief Symptom Inventory
SSI	Social Skills Inventory
IHS-CI	Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos
IHS-C	Inventário de Habilidades Sociais Conjugais
IGS	Índice Geral de Sintomas
ISP	Índice de Sintomas Positivos
TSP	Total de Sintomas Positivos
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-Revised
BSI-18	Brief Symptom Inventory 18
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
ANOVA	Análise de Variância
CNS	Conselho Nacional de Saúde
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
POC	Perturbação Obsessivo-Compulsiva
TCL	Teorema do Limite Central
UBI	Universidade da Beira Interior

1. Introdução

O presente estudo foi desenvolvido em conjunto com um grupo de investigação do Departamento de Psicologia e Educação, intitulado “Cronobiologia, comportamento e saúde mental”, no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Tem como principais objectos de estudo compreender se a presença de sintomatologia psicopatológica está relacionada e influencia as habilidades sociais.

O tema é particularmente relevante se pensarmos que vivemos num mundo onde as exigências impostas pela sociedade são cada vez maiores, com a incidência de perturbações psicopatológicas a atingir níveis preocupantes. Para isso basta ter em consideração os dados fornecidos pelo relatório *Health that glare* (2018) em que compara Portugal com os restantes países da Europa. Comparativamente, em 2016, Portugal era o quinto país europeu com maior prevalência de doenças mentais (18,4%), sendo que as perturbações mais comuns eram as de ansiedade e depressão. Já em 2019, os dados apresentados pelo CNS (Conselho Nacional de Saúde), revelam que Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de problemas de saúde mental, a rondar os 22,9% (CNS, 2019). A literatura consultada indiza que as consequências negativas que a doença mental traz são diversas: influenciam negativamente no trabalho e ocupações, trazem mudanças significativas no plano familiar e conjugal, bem como alteram o modo como os indivíduos interagem com os pares. Sendo assim, considera-se importante estudar esta possível relação e interação entre sintomatologia psicopatológica e habilidades sociais.

2. Habilidades Sociais

2.1 Introdução

Por as habilidades sociais representarem uma grande fatia do tempo que comunicamos com os outros, os que têm mais habilidades sociais têm interações sociais mais satisfatórias, o que parece representar um factor de protecção contra o surgimento de psicopatologia (Caballo, 1997, citado por Bolsoni-Silva, 2002). Além disso, aparentemente, ajudam na resolução de problemas, bem como aumentam a autoeficácia e autoestima (Caballo & Irurtia, 2008; Del Prette & Del Prette, 2011; Wagner, Oliveira & Caballo, 2011).

Para autores como Caballo (1996) as habilidades sociais derivam do Treino Assertivo, desenvolvido por Wolpe na década de 70. Para outros, como Del Prette, Del Prette e Falcone, as habilidades sociais e o Treino Assertivo diferenciam-se entre si e apenas têm em comum o facto de terem surgido ao mesmo tempo (Comodo & Dias, 2017).

Ao longo dos anos, pelas relações interpessoais se darem em diversos contextos, o estudo das Habilidades Sociais foi-se tornando cada vez mais complexo e aberto a diferentes abordagens teóricas, principalmente a cognitivo-comportamental, a análise do comportamento e a de Bandura (Del Prette & Del Prette, 2009, citado por Leme et al., 2016; Comodo & Dias, 2017). Da mesma maneira, as habilidades sociais vão buscar conhecimentos a outras áreas como a Educação, Antropologia, Filosofia e Sociologia (Del Prette & Del Prette, 2001, citado por Leme et al., 2016).

2.2 Definição de Habilidades Sociais

Tal como não existe um consenso acerca da origem do estudo das habilidades sociais, também a questão da definição não apresenta consenso, ainda que algumas noções sejam complementares (Comodo & Dias, 2017). Ainda que não haja esse consenso, considera-se que as mesmas são um conjunto de capacidades a nível comportamental, que são aprendidas e que envolvem a socialização (Caballo, 1995; Del Prette & Del Prette, 1999).

Albert e Emmons, em 1970, na sua definição de habilidades sociais começaram por dar preferência ao comportamento ao invés do sucesso da interação social, considerando uma pessoa assertiva aquela: 1) que actua de acordo com os seus interesses; 2) que é responsável por si; 3) que não sente ansiedade desadequada, inerente à interação; 4) que é capaz de se exprimir; 5) e que exerce os seus direitos sem pôr em causa os dos outros (Bolsoni-Silva, 2002). Posteriormente, em 1978, deslocaram o foco do comportamento em si para o que do mesmo advinha, isto é, para as consequências das respostas assertivas, não-assertivas e agressivas. Assim, assertividade era um processo que envolvia um emissor e um receptor, em que o emissor exprimia sentimentos e pensamentos através da entonação, latência e fluência de fala adequadas, assim como ouvia o receptor e respondia de volta, cumprindo os seus objectivos sem que prejudicasse futuras interações (Alberti & Emmons, 1978; Caballo, 1997).

Veremos, em seguida a definição de Caballo, em 1991. Do ponto de vista de Caballo (1991) as habilidades sociais são a expressão de atitudes, sentimentos, opiniões e desejos, em que o indivíduo se respeita a si mesmo e os que o rodeiam, de tal forma que leva à resolução de problemas imediatos ou futuros (Bulsoni-Silva, 2002). Para Caballo, para se considerar que alguém tem habilidades sociais, essa mesma pessoa deve reunir as seguintes características: 1) capacidade de iniciar e manter uma conversa; 2) conseguir falar em público; 3) ter a capacidade de exprimir as suas emoções e afectos; 4) defender os seus direitos e expressar as opiniões, mesmo quando não há acordo sobre as mesmas; 5) pedir ou recusar pedidos/favores; 6) cumprimentar; 6) expressar quando se está a sentir irritado, incomodado ou em desagrado; 7) pedir perdão; 8) admitir que não conhece algo; 9) aceitar críticas. Ainda acrescenta que as situações em que estas capacidades são evidenciadas são diversas: em família, no trabalho, em actividades de lazer e de grande formalidade (Caballo, 1997).

Del Prette e Del Prette (1999) vão mais longe na definição e acrescentam a assertividade, as habilidades de comunicação, a resolução de problemas interpessoais, a cooperação e o desempenho interpessoal no trabalho. Em relação às características de quem é socialmente habilidoso, os autores dividem as mesmas pelas seguintes categorias: 1) habilidades sociais de comunicação; 2) habilidades sociais de civilização; 3) habilidades sociais assertivas de *coping*; 4) habilidades sociais empáticas; 5) habilidades sociais de trabalho; 6) habilidades sociais de expressão de sentimento positivo (Del Prette & Del Prette, 1999). Do mesmo modo, pode-se ainda considerar dentro das habilidades sociais a expressão facial, a postura, a verbalização, contacto visual, gesticulação e aparência física (Ferreira et al., 2017).

2.3 Modelos explicativos

Ainda que a interação social seja objecto de estudo central nas Ciências Humanas, também a Neurociência tem um contributo a dar, para o estudo das habilidades sociais. As Neurociências fazem, assim, um esforço no sentido de compreender quais as bases biológicas que estão na origem do relacionamento humano e da empatia (Ferreira et al., 2017).

Uma das explicações que têm sido avançadas é a da Modelação Social. A modelação social define-se como um processo de observação dos comportamentos e acções dos outros, bem como a imitação (Bandura, 2008; Davidoff, 2010, citado por Ferreira, Cecconelo e Machado, 2017). Não é apenas uma mimetização, sendo que o indivíduo vai além do que é observado, nomeadamente para o surgimento de novos comportamentos (Bandura, 2008; Davidoff, 2010, citado por Ferreira et al., 2017). Segundo Ferreira et al. (2017), indivíduos adultos têm tendência a modelar o seu comportamento tendo por base o dos outros à sua volta e que interpreta como funcionais. Assim, de acordo com a Modelação Social, as habilidades sociais são respostas aprendidas, quer do ponto de vista da actuação como de lidar de forma adequada com os desafios do contexto (Ferreira et al., 2017).

Porém, as Neurociências querem dar uma explicação mais ampla e complexa e, por isso, tem sido investigada a relação entre as habilidades sociais e os neurónios-espelho (Ferreira et al.,

2017). Foi durante um estudo com macacos que se descobriu a existência de neurónios que se activavam quando acções motoras eram realizadas tanto por indivíduos quanto pelo investigador, mais precisamente na área cortical F – a área cortical F5 faz parte do córtex pré-motor e controla movimentos das mãos e da boca – tendo sido denominados estes neurónios como neurónios-espelho (Ferreira et al., 2017). Mais tarde, também nos humanos também foram descobertos estes neurónios espelho no córtex pré-motor, no lóbulo parietal rostral inferior e no lobo frontal (Casile et al., 2011; Diamond & Amso, 2008; Fogassi & Rizzolatri, 2013; Gallase et al., 2011, citado por Ferreira et al., 2017). No entanto, as evidências científicas dizem que os neurónios-espelho também se activam quando o sujeito está meramente a observar uma acção (Iacoboni, 2009; Gallese et al., 2011). De acordo com Keysers e Gazzola (2009), isto pode indicar que a compreensão dos comportamentos e acções dos outros está relacionado com os neurónios-espelho.

2.4 Habilidades Sociais vs Competências Sociais

Muitos têm sido os autores que usam como equivalentes os conceitos de habilidades sociais e competências sociais (Kaffemaniene & Ruškus, 2018). No entanto, é importante fazer a distinção entre habilidades sociais e competências sociais (Bandeira et al., 2000).

Assim sendo, competência social refere-se à adequação do comportamento e respectiva reacção que produz numa situação; por outro lado, a habilidade social tem um carácter mais descritivo dos comportamentos verbais e não-verbais considerados essenciais ao nível das competências sociais (McFall, 1982; Del Prette & Del Prette, 1999, citado por Bandeira et al., 2000). De entre os autores que defendem a distinção entre habilidades sociais e competências sociais estão Del Prette e Del Prette (1999). Segundo os mesmos, a competência social tem um cariz mais avaliativo, nomeadamente ao nível da eficácia da emissão de comportamentos, da sua congruência e adequação pessoal e situacional (McFall, 1982; Del Prette & Del Prette, 1996).

2.5 Dados sociodemográficos

Algo importante a referir acerca das habilidades sociais está relacionado com a cultura. De acordo com Del Prette e Del Prette (1999), os indivíduos serem classificados como socialmente habilidosos vai depender do contexto e da cultura, sendo que a cultura seria mais determinante para esta diferença, uma vez que cada grupo ou classe social define e desenvolve as suas próprias normas (Del Prette & Del Prette, 1999; 2003, citado por Bandeira et al., 2006).

Além do mais, a investigação tem evidenciado que também a idade, o sexo e estatuto socioeconómico exercem influência no que concerne à aquisição e desenvolvimento de habilidades sociais (Bandeira et al., 2006). Relativamente a diferenças de género, o que se tem verificado é que as mulheres parecem ter níveis de sociabilidade mais altos do que os homens (Hidalgo et al., 1999; Margalit & Eysenck, 1990; Saranson et al., 1985, citado por Bueno et al., 2001). Num estudo em que se pretendia explorar as diferenças entre rapazes e raparigas de 9 anos por intermédio da observação e de filmagens em contexto de brincadeira, Souza e Rodrigues (2002) verificaram que os rapazes apresentavam mais habilidades no abraçar o outro e na

iniciação de contacto, ao paço que que as raparigas pediam mais para participarem na brincadeira. Também Cecconello e Koller (2000) verificaram, num estudo realizado com crianças entre os 6 e os 9 anos, que as raparigas obtiam um *score* global de competência social superior, bem como eram mais empáticas.

No que diz respeito ao nível socioeconómico, Lordelo (2002) numa investigação sobre a frequência da ocorrência de comportamentos verbais e não-verbais com 148 crianças de diferentes estatutos socioeconómicos, verificou que crianças pertencentes a um estatuto socioeconómico mais baixo tinham mais comportamentos não-verbais e que as de estatuto socioeconómico médio tinham mais comportamentos verbais. Por outro lado, Cecconello e Koller (2000) não encontraram diferenças significativas, o que pode ser explicado pela utilização de diferentes instrumentos de avaliação. Enquanto no estudo anterior se recorreu à observação, que parece que mais sensível para detectar diferenças entre grupos, Cecconello e Koller utilizaram o Teste de Histórias Incompletas (Mondell & Tyler, 1981), o que pode explicar as conclusões distintas.

Por fim, em diversos estudos realizados, a literatura parece apontar que as habilidades sociais vão crescendo com o avançar da idade, à medida que a criança vai aumentando os contextos de actuação (Garcia, 2001; Kliewer, 1991; Pavarino, 2004, citado por Bandeira et al., 2006). Num estudo de investigação de Cecconello & Koller (2000, citado por Bandeira et al., 2006) chegaram à conclusão de que as crianças mais velhas, entre os 8 e os 9 anos, quando comparadas com as 6-7 anos, obtinham melhores resultados no Teste de Histórias Incompletas (Mondell & Tyles, 1981, citado por Bandeira et al., 2006). Tal também se observou no estudo de Bryant (1982), em que as crianças mais velhas e adolescentes eram mais empáticas do que as mais novas.

2.6 Desenvolvimento das Habilidades Sociais

De acordo com a literatura, o meio e as relações que o indivíduo estabelece com o mesmo, parecem influenciar no desenvolvimento das habilidades sociais. Decorrente das interações estabelecidas, vai-se desenvolvendo a capacidade de perceber e descodificar os estímulos vindos do meio, recorrendo ao processamento cognitivo (Del Prette et al., 2004, citado por Ferreira et al., 2017). Durante a infância, há uma aprendizagem de comportamentos sociais observando e imitando os outros (Del Prette & Del Prette, 2011, citado por Ferreira et al., 2017). Pensa-se que, se durante o processo de desenvolvimento a criança for estimulada devidamente terá maiores probabilidades de vir a estabelecer, no futuro, relações sociais mais adequadas e satisfatórias. Além do mais, este processo inicia-se com o nascimento e vai ficando mais robusto e complexo, com o avançar das etapas da vida (Bussab, 1999; Del Prette & Del Prette, 1999, citado por Bandeira et al., 2006).

Ainda que as habilidades sociais sejam habitualmente aprendidas ao longo da vida, existem programas de treino sistemáticos, estruturados e grupais que permitem colmatar as falhas, quando as condições do meio ou outro tipo de problemáticas não favorecem a sua aquisição e/ou desenvolvimento (Del Prette & Del Prette, 2005, p. 101, citado por Del Prette & Del Prette, 2006).

2.7 Avaliação das Habilidades Sociais

A avaliação das habilidades sociais pode ocorrer em duas medidas de avaliação, a saber, os aspectos observáveis e os não observáveis. Dentro dos aspectos observáveis, que correspondem a classes de comportamentos mais vastas, temos: cumprimentar, dar e receber elogios, expressar a opinião, iniciar e terminar conversas, entre outros. Já os aspetos não observáveis são os pensamentos, percepções e representações mentais que estão por detrás do desempenho social (Del Prette, Bandeira, Rios-Saldaña, Alcântara, Eliane, Gerk-Carneiro, Falcone, Barreto & Villa, 2004).

3. Sintomatologia Psicopatológica

3.1 Introdução

A maioria das pessoas experiencia, em algum momento da sua vida, problemas emocionais que vão variando de intensidade e que têm o potencial de se transformar em sintomas físicos e psicológicos. Numa sociedade altamente competitiva e de consumismo como a de hoje em dia, verifica-se uma crescente incidência de sintomas como: problemas de sono, problemas digestivos, dor de cabeça, cansaço excessivo, irritabilidade, labilidade emocional, perda de autoconfiança, diminuição da capacidade de iniciativa, assim como dificuldades de concentração (Vieta & Bueno, 1987).

De acordo com os conhecimentos da Antropologia, a expressão de situações geradoras de mal-estar dá-se normalmente através de formas que sejam consideradas aceitáveis para a cultura e sociedade, onde o indivíduo se insere (Desviant, 2010). Portanto, a forma como a patologia vai desenvolver-se no indivíduo é um reflexo de como a sociedade espera que o indivíduo com psicopatologia aja (Desviant, 2010). Desta forma, o sintoma só ganha sentido quando enquadrado na história de vida do sujeito e a patologia só o é quando a sociedade assim o estabelece, por ser a mesma quem define os critérios da normalidade/patologia (Desviant, 2010).

3.2 Psicopatologia – Breve revisão

A palavra “Psicopatologia” tem origem no grego e vem de três palavras: “*psychê*” que significa psíquico; “*pathos*”, que originou em patológico; e “*logos*” que significa conhecimento. Ao longo da história, várias foram as tentativas no sentido de compreender, classificar e tratar a psicopatologia (Ceccarelli, 2005).

Foi na Antiga Grécia, pré-socrática, que surgiram as primeiras tentativas de compreensão da Psicopatologia, altura em que se considerava que seria um castigo dos Deuses (Ceccarelli, 2005). Nos textos trágicos, a psicopatologia é vista como uma escolha do indivíduo (Ceccarelli, 2005). Na obra *Homero*, o indivíduo não tem responsabilidade da sua doença, uma vez que é obra de Zeus (Ceccarelli, 2005). Da mesma forma, a patologia era vista como algo que toldava a razão e, na sua presença, a terapia era o *pharmakon* (Ceccarelli, 2005). Com Eurípedes, as causas da doença mental estão nas emoções e, assim, o modelo mítico-teológico é substituído (Ceccarelli, 2005). Para Hipócrates, a psicopatologia significava a perda da razão e do controlo das emoções, resultante de uma disfunção orgânica (Ceccarelli, 2005). Já Platão defendia que a *psyché* era formada por três almas: uma racional, uma afectivo-espiritual e uma apetitiva (Ceccarelli, 2005). A psicopatologia acontecia decorrente de um desequilíbrio entre as três, o que levava a um descontrolo do *logos* - da razão (Ceccarelli, 2005). Por fim, Galeno voltou à teoria de Platão e continuou a Teoria de Humores ou Temperamentos de Hipócrates (Ceccarelli, 2005).

Mais tarde, na Idade Média, as doenças psiquiátricas eram vistas como uma possessão demoníaca, à medida que o cristianismo dominava a Europa. Nos séculos XV e XVI, a religião começa a perder terreno na explicação da etiologia da psicopatologia, com o retomar das teorias

de Galeno. No século XVII, as categorias platónicas são acrescentadas, enquanto o século XVIII é marcado por uma desordem e dificuldade de fundamentação por parte da fisiologia nervosa (Ceccarelli, 2005). No entanto, na viragem do século XVIII para o século XIX, surge o termo *alienado* e dos alienistas em França, que seria o equivalente na actualidade aos psiquiatras (Teixeira, 2019). Foi mais precisamente em 1801, com a publicação da obra “*Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*”, que Pinel fez nascer uma nova especialidade médica (Alienação) mais tarde denominada como Psiquiatria (Ceccarelli, 2005). Esquirol, sucessor de Pinel, ampliou os conceitos do mesmo e defendia que todas as psicopatologias deviam de ser entendidas como disfunções no funcionamento racional (Ceccarelli, 2005). Durante e até ao final do século XIX, a principal preocupação estava na doença em si e nos sintomas por si causados (Ceccarelli, 2005). As principais figuras desta época foram Havellock-Ellis e Kraft-Ebing, que se dedicaram à classificação das doenças psíquicas (Ceccarelli, 2005).

Ainda que durante o século XIX tenha existido uma grande preocupação pela Psicopatologia - principalmente em França, Alemanha e Inglaterra - foi apenas no século XX que a Psicopatologia surgiu como disciplina, com a publicação de “*Psicopatologia Geral*”, de Karl Jaspers (Ceccarelli, 2005). Jaspers pretendia descrever e classificar, de forma rigurosa e sistemática, as doenças mentais (Ceccarelli, 2005). Mais recentemente, a Psicopatologia abarca um grande número de disciplinas científicas interessadas no estudo da doença mental e do sofrimento psíquico a elas associado (Ceccarelli, 2005). Uma das formas que foram criadas no sentido de unificar esta grande diversidade de conhecimentos, foi através da construção do DSM (*Manual de Diagnóstico e Estatística*, da Associação Psiquiátrica Americana) e da CID (*Classificação Internacional de Doenças*, da WHO) (Ceccarelli, 2005).

Contudo, é importante realçar que psicopatologia não significa o mesmo que sintoma, daí a necessidade de diferenciar os conceitos. De acordo com Stanghellini e Fichs (2013, citado por Figueira & Madeira, 2015) o sintoma funciona como um índice para o diagnóstico, sem se centrar na pessoa e no seu meio. Pelo contrário a Psicopatologia diz que uma parte da experiência de estar doente pertence ao indivíduo e ao contexto (Stanghellini & Fichs, 2013, citado por Figueira & Madeira, 2015). Banzato (2017), alerta para o mesmo quando esclarece que o processo patológico e o sintoma não são sinónimos, uma vez que o sintoma apenas dá pistas para o que tem de ser investigado e confirmado por instrumentos de avaliação.

3.3 Definição de Sintomatologia Psicopatológica

O comportamento psicopatológico representa um conjunto de sintomas, que variam quanto à sua configuração e duração (Berríos, 2012). É preciso ter em consideração que as noções mais actuais de sintomatologia psicopatológica só são possíveis graças a contributos detalhados na história da psiquiatria, como por exemplo: Pinel, Kraepelin, Jaspers, Bleuler e Freud (Desviant, 2010). Recuando na história, para Freud (1968, citado por Desviant, 2010) o sintoma era a expressão do material reprimido.

O DSM-5 (APA, 2013, p.830, citado por Ward & Clack, 2019) define sintoma como uma manifestação subjectiva de psicopatologia. Tipicamente, são relatados pelo paciente, ao invés de ser observadas, distinguindo-se assim de sinal que consiste numa manifestação mais objectiva. Ward e Clack (2019) propõem que o sintoma possa ser um indicador – sendo prova da existência de psicopatologia - ou manifestações estáveis, com características generalistas.

Além do mais, o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) vê a perturbação mental como síndromes e clusters, compostos por sinais e sintomas, provocados por uma disfunção psicológica (Ward & Clack, 2019). Deste ponto de vista, o sintoma surge como um traço característico que pode surgir isolado ou acompanhado de outros, dando forma a um padrão de manifestações (Banzato, 2017). Assim, a tendência é ver as síndromes e sintomas em clusters ao invés do que outros autores como Persons (1986, citado por Ward & Clack, 2019) defendem, no sentido do foco ser na estrutura e composição dos sintomas. Para Persons (1986, citado por Ward & Clack, 2019), esta abordagem traz algumas vantagens, como por exemplo: 1) reduzir a possibilidade de maus diagnósticos; 2) e identificar fenómenos negligenciados em formas de diagnóstico tradicionalmente categórico.

Para Berrios (Desviant, 2010), sintoma psicopatológico é a junção de um sinal biológico, que tem origem no sistema nervoso, com factores psicossociais, que para si teriam menos relevância. Por outro lado, Bernard e Trouvé (1978, citado por Desviant, 2010) definem sintoma psicopatológico como o resultado dinâmico e complexo da forma como a personalidade do individuo incorpora e dá significado a situações traumáticas vivenciadas.

Para autores como Tatossian (Bloc & Moreira, 2013), o sintoma psicopatológico é essencialmente descritivo e apenas faz sentido perante outros sintomas, que espelham dificuldades de comunicação e um desvio nos padrões de normalidade definidos. Para Bloc e Moreira (2013), o sintoma não tem apenas uma dimensão fisiológica, representa apenas uma parte do que realmente acontece, o que obrigaria a ir além do que é observável e fazer inferências diagnósticas (Tatossian, 1986, 1993/1997, citado por Bloc & Moreira, 2013).

Tendo em conta a variedade de definições que existem de “sintoma”, do ponto de vista de Ward & Clack (2019) o problema de definir resolve-se com uma distinção entre o papel epistemológico do sintoma e as suas reais manifestações. Além do mais, os autores esclarecem que para fins de investigação “sintoma” pode ter dois significados: a) como indicador de uma possível condição patológica; b) como manifestação dessa mesma patologia (Ward & Clack, 2019).

Entretanto, o sintoma pode ser de vários tipos: 1) inespecífico – quando o mesmo é comum a várias doenças; 2) típico ou característico – é fortemente associado a um quadro em específico; 3) patognomónico ou diacrítico – basta este sintoma para o diagnóstico, por ser característico de uma determinada patologia (Banzato, 2017).

3.4 Sintoma vs Sinal

A palavra sintoma tem origem no grego e significa “*a incidência de coisas juntas*” (Safouna, 1989, citado por Silva & Rudge, 2017), daí a medicina estabelecer uma relação causal entre o sinal e a patologia, quando se está perante um sintoma. Mesmo que no geral não se faça uma distinção entre sinal e sintoma, em medicina e psiquiatria existe esta distinção. A principal diferença entre sinal e sintoma está no facto do sinal ser objectivo e verificável, ao contrário do sintoma que é subjectivo por depender do relato do paciente (Silva & Rudge, 2017).

Kraft e Keeley (2015) acrescentam que se o sinal é um indicativo, o sintoma é o relato dos efeitos fisiológicos e psicológicos de uma perturbação. Assim como referido acima, para os autores a principal diferença reside no facto do sintoma ser subjectivo e um reflexo da experiência interna do paciente, enquanto o sinal é concreto, visível e observável. Referem também que a principal fonte de obtenção dos sintomas é o auto-relato, o que representa alguns problemas na altura de diagnosticar: 1) os sintomas por serem subjectivos são, igualmente, sensíveis a alterações de humor, como no caso da Depressão; 2) a incapacidade do paciente em ler e compreender algumas questões dos instrumentos de avaliação de *screening*, de autoresposta; 3) o nível de escolaridade pode interferir na validade da informação recolhida; 4) a cultura e as diferenças de género impacta na forma como o paciente vê as suas experiências e como as relata; 5) a experiência e conhecimento do clínico contribui para que determinados sinais e/ou sintomas possam ou não ser identificados e reconhecidos como tal (Kraft & Kreeley, 2015).

3.5 Dados Sociodemográficos

As *World Mental Health Surveys* fornecem dados, a partir de entrevistas realizadas, no sentido de avaliar a prevalência da doença mental e da procura de ajuda em países de médio e baixo rendimento (Costa, Queiróst & Marquest, 2010). Os resultados indicam que a prevalência das perturbações mentais e de pedido de ajuda varia de forma considerável, o que se pode dever aos seguintes factores: 1) pobreza e exclusão sociais – pessoas com um estatuto socioeconómico mais baixo têm menos escolaridade e enfrentam dificuldades financeiras, factores que são considerados de risco; 2) perda, traumas de guerra e os fenómenos migratórios (Patel, 2007, citado por Costa et al., 2010).

Relativamente à idade, nas crianças e adolescentes as perturbações mais comuns são: 1) PHDA – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção; 2) perturbação de comportamento 3) e as perturbações de ansiedade (Ansiedade de Separação, Perturbação de Pânico, Perturbação de Ansiedade Social, Perturbação de Stress Pós-Traumático e Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) (Ashbahr, 2004, citado por Deluca, Antoniutti, Boff, Landenberger, Argimon & Oliveira). Além do mais, as perturbações infantis costumam classificar-se como externalizantes – em que há relatos de sintomas como a agressividade física e/ou verbal, comportamentos de oposição ou desafiantes, assim como mentir e roubar - ou como internalizantes – quando se está perante sintomas como o isolamento social ou típicos de perturbações como a Depressão e Ansiedade Social (Del Prette & Del Prette, 2013, citado por Deluca et al.,). Já na população de terceira idade, a prevalência de sintomas psicopatológicos vai aumentando com o avançar da idade (Oliveira et

al., 2011, citado por Amaral, Afonso & Verde, 2020). No estudo de investigação de Amaral, Afonso e Verde (2020), através da aplicação do Inventário de Sintomas Psicopatológicos, aqueles que foram mais prevalentes foram os depressivos, o que vai ao encontro ao que é relatado pela literatura (Oliveira et al., 2011, citado por Amaral et al., 2020).

Por último, em relação às diferenças de género, Canetto (1997, 1991, citado por Rabasquinho & Pereira, 2007) explicam que as mulheres são incentivadas pela sociedade a internalizar o *distress*, o que pode explicar uma maior prevalência de Depressão, Ansiedade e ideação suicida. Pelo contrário, os homens são encorajados a expressar o *distress*, o que pode ser uma explicação para uma maior incidência de comportamentos anti-sociais, uso de substâncias e suicídio (Canetto, 1997, 1991, citado por Rabasquinho & Pereira, 2007).

4. Habilidades Sociais e Sintomatologia Psicopatológica

4.1 Habilidades Sociais e saúde mental

De acordo com Del Prette & Del Prette (1999, citado por Feitosa, 2013), as habilidades sociais interferem na qualidade dos relacionamentos interpessoais, o que pode desencadear problemas de saúde. Segundo Bedell e Lennox (1997, citado por Feitosa, 2013), têm o efeito de: a) aumentar as recompensas sociais; b) minimizar os níveis de *stress*, decorrentes do relacionamento interpessoal; c) reduzir a tristeza.

Num estudo de Segrin (2000, citado por Feitosa, 2013), em que se pretendia compreender a associação entre habilidades sociais e Depressão, as conclusões foram: 1) as habilidades sociais eram determinantes na Depressão; 2) que a Depressão era determinante para explicar os défices encontrados nas habilidades sociais; 3) os défices nas habilidades sociais eram um factor de risco para o desenvolvimento da Depressão. No entanto, os défices de habilidades sociais não são exclusivos da Depressão, mas sim transversais a outras perturbações e problemas, como: perturbações de ansiedade, toxicodependência, alcoolismo, perturbações de personalidade e esquizofrenia (Bedell & Lennox, 1997, citado por Feitosa, 2013).

Numa pesquisa de Bueno e Oliveira (2001, citado por Feitosa, 2013) que pretendia verificar a relação entre as habilidades sociais e traços de personalidade, chegou-se à conclusão que existia uma correlação inversa entre o neuroticismo e os cinco factores de habilidades sociais do IHS (Inventário de Habilidades Sociais). Tal significa que, perante níveis elevados de neuroticismo, existem mais dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

5. Problema em estudo

No seguimento da revisão da literatura, têm sido feitos vários estudos acerca da relação entre habilidades sociais e sintomatologia psicopatológica, mais especificamente sobre a influência dos sintomas psicopatológicos nas habilidades sociais. Por se ter verificado na revisão da literatura que, uma grande maioria dos estudos se focava num sintoma, patologia ou traço de personalidade específico e no seu impacto nas habilidades sociais, considerou-se pertinente e relevante levar a cabo um estudo-investigação que permitisse responder à seguinte questão aberta: Terá a sintomatologia psicopatológica impacto nas habilidades sociais? Deste modo, o que se pretende saber é se a presença de sintomatologia psicopatológica vai influenciar nas habilidades sociais, nomeadamente se tem a influência negativa que tem sido descrita nos estudos mencionados acima.

O processo de investigação inicia-se pela identificação de uma problemática que o investigador considera pertinente – neste caso considerou-se relevante investigar acerca das habilidades sociais e da sintomatologia psicopatológica, que indivíduos de ambos os sexos e com mais de 18 anos, possam demonstrar ter.

Assim, define-se como questões de investigação as seguintes: 1) Gerais: “Quais as habilidades sociais?”; “Quais os níveis de sintomatologia psicopatológica?” 2) Específicas: a) “Será que ter ou não sintomatologia psicopatológica interfere nas habilidades sociais?”; b) “Será que as mulheres têm mais habilidades sociais?”; c) “Será que os estudantes apresentam mais sintomas psicopatológicos?” Responder a estas questões de investigação é o principal objetivo do presente estudo. Apresentam-se como hipóteses: 1) os níveis de sintomatologia psicopatológica estão associados às habilidades sociais; 2) as mulheres apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica do que os homens; 2) as mulheres têm mais habilidades sociais do que os homens; 3) os estudantes universitários apresentam mais sintomas psicopatológicos do que os indivíduos empregados; 4) as habilidades sociais aumentam com a idade.

Para tal, é essencial fazer uso de algumas estratégias. De acordo com Almeida e Freire (2000), essas estratégias seriam: realizar uma revisão da literatura já existente; fazer observações; e pesquisar acerca de investigações que tenham sido feitas previamente sobre o(s) tema(s) e quais as adversidades encontradas pelos autores.

6. Métodos

É através da investigação que conseguimos conhecer e compreender a metodologia empreendida pela ciência para conseguir apoiar o que afirma acerca da realidade que rodeia as pessoas, conhecimento subjacente e respetivos alcances e limitações associados. Portanto, a investigação é na Ciência algo basal (Vilelas, 2017). Os métodos são um conjunto de operações que permitem selecionar e coordenar as técnicas levadas a cabo para atingir um ou vários objetivos. Podem ser de vários tipos, no entanto, para a nossa investigação, optou-se por recorrer aos inquéritos de amostras – o IHS (Inventário de Habilidades Sociais) e o BSI (*Brief Symptom Inventory*) (Manstead & Seamin, 1988, citado por Alferes, 1997). Por outro lado, as técnicas são procedimentos rigorosos, definidos e susceptíveis de serem aplicados de novo, nas mesmas condições.

6.1 Desenho do estudo

Tal como é defendido por Hochman, Nahvas, Filho e Ferreira (2005), os estudos e investigações dependem essencialmente: 1) do rigor da escolha e implementação da metodologia; 2) da escolha dos critérios de inclusão e exclusão de casos, que diminui a probabilidade de ocorrerem vieses; 3) e do desenho de estudo. No caso particular do desenho de estudo, deve-se salvaguardar que o mesmo tem outras denominações, como: modelo de estudo, delineamento de estudo, métodos epidemiológicos e estratégias de pesquisa.

O presente estudo-investigação classifica-se como quantitativo, uma vez que as variáveis são medidas mensuráveis e numéricas. Do mesmo modo, é uma investigação descritiva, por descrever como se caracteriza a semiologia, etiologia e epidemiologia de uma ou mais perturbações. Além do mais, uma investigação descritiva tem como objectivo aumentar o conhecimento acerca de uma nova perturbação ou em que o seu nível de incidência seja mais baixo, assim como explorar e estudar como é que se distribui temporalmente e no espaço, dependendo das idiosincrasias do indivíduo (podem ser como o género, idade, factores socioeconómicos ou outros (Hochman et al., 2005). Quanto ao período de seguimento do estudo, dado que a presente investigação ocorre num intervalo de tempo restrito de alguns meses, o mesmo é transversal. De acordo com Hochman et al. (2005), este tipo de estudo tem vantagens como ser de custo inferior aos longitudinais, que se prolongam no tempo, e não existirem perdas de seguimento. Os autores consideram os estudos transversais com base numa analogia como uma fotografia que se tira de uma população, por intermédio da amostra recolhida, examinando a exposição, presença ou ausência do que se pretende estudar, que no caso são as habilidades sociais e a sintomatologia psicopatológica (Haddad, 2004, citado por Hochman et al., 2005).

6.2 Instrumentos

Na presente investigação foram utilizados dois inquéritos, o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

1. Inventário de Habilidades Sociais

Entre os instrumentos mais usados para a avaliação de habilidades sociais estão os autorrelatos, quer em forma de questionários como de inventários. Uma das grandes vantagens é serem de rápida aplicação e preverem uma grande diversidade de contextos e situações (Bandeira et al., 2000). Entre esses instrumentos de avaliação está o IHS ou SSI-Del-Prette (*Social Skills Inventory*). Feito e validado, no início, para a população universitária entre os 18 e 25 anos, entretanto também é usado com adultos com uma escolaridade mínima secundária, bem como com adolescentes (Prette & Prette, 2013). O IHS tem duas versões o IHS-CI (Inventário de Habilidades Sociais de Cuidadores de Idosos) e o IHS-C (Inventário de Habilidades Sociais Conjugais).

O objectivo principal da implementação do IHS é avaliar as habilidades sociais em situações do quotidiano de diferentes tipo – trabalho, lazer e familiar – com os colegas, familiares, superiores, desconhecidos, amigos, companheiro sexual ou outro. Essas habilidades podem passar por: fazer elogios; responder a elogios, recusar pedidos sem sentido; expressar discordância face a algo; lidar com críticas/expressão de desagrado; pedir uma mudança no comportamento do outro; defender-se a si mesmo e os outros; expressar emoções positivas; pedir um favor; fazer perguntas; cumprimentar ou iniciar uma conversa; participar e manter uma conversa; encerrar uma conversa; e falar em público (Prette, Prette & Barreto, 1998) Através da sua aplicação e cotação consegue-se identificar quais as habilidades sociais por classes e subclasses, categorizando as mesmas como deficitárias ou existentes no indivíduo. O IHS é composto por um manual e folhas de resposta, cotação e interpretação, sendo que a cotação também pode ser feita *online*. O manual oferece uma contextualização teórica acerca das habilidades sociais, uma descrição do instrumento e respectivas propriedades psicométricas, tabelas de referência normativa e os estudos elaborados que estão na sua origem (Prette & Prette, 2013).

O IHS é composto por 38 itens, em que cada item representa uma dada situação com uma possível reacção como resposta. Essa resposta é avaliada tendo em conta que acontece um dado número de vezes em 10. O sujeito posiciona-se, então, ao longo da escala *Likert* de cinco pontos em que 1 corresponde a nunca/raramente e 5 a sempre/frequentemente. É de notar que alguns dos itens indicam défices nas habilidades sociais, pelo que a sua cotação deve ser invertida. Com o intuito de minimizar o impacto da deseabilidade social, 15 dos 38 itens são formulados na negativa. Caso o indivíduo não tenha passado pela situação descrita, durante a aplicação, deve ser pedido que imagine a mesma. Os resultados do IHS surgem no formato de uma pontuação geral mais 5 *scores* que correspondem aos factores: Factor 1 – coping e assertividade em situações ameaçadoras; Factor 2 – expressão de emoções positivas; Factor 3 – confiança nas interacções sociais; Factor 4 – capacidade de se expor a pessoas desconhecidas e de experienciar coisas novas; Factor 5 – controlo da agressividade (Prette & Prette, 2013).

Tabela 1 – *Factores do IHS*

Factor	Descrição	Itens
Factor 1	Coping e assertividade em situações ameaçadoras	21, 16, 15, 29, 20, 11, 14, 5, 1, 12, 7
Factor 2	Expressão de emoções positivas	3, 28, 8, 35, 30, 6, 10
Factor 3	Confiança nas interações sociais	17, 37, 36, 13, 22, 24, 19
Factor 4	Capacidade de se expor a pessoas desconhecidas e de experimentar coisas novas	23, 26, 9, 14
Factor 5	Controlo da agressividade	18, 38, 31

Nota: os seguintes itens não se enquadram em nenhum dos 5 factores listados: 33, 2, 25, 27, 32, 34, 4 Del Prette & Del Prette (2013)

No que diz respeito às propriedades psicométricas, os vários estudos realizados apontam: a) para uma consistência interna boa (Alfa de Cronbach=.75); b) correlações estatisticamente significativas entre a pontuação de cada item e a pontuação total; c) índices discriminatórios positivos; d) os factores a explicarem cerca de 92.75% da variância total (Prette & Prette, 2013).

O Inventário de Habilidades Sociais presentemente utilizado foi a versão portuguesa para investigação de Fundinho, Ferreira-Alves, Braz, del Prette e del Prette (2019). O instrumento é composto por 22 itens, numa escala *Likert* de 1 a 5, sendo que: 1 corresponde a “Nunca ou raramente”; 2 a “com pouca frequência”; 3 a “regularmente”; 4 a “Muito frequentemente”; e 5 a “sempre ou quase sempre” (Fundinho, Ferreira-Alves, Braz, del Prette e del Prette, 2019). Dos 22 itens, 4 itens devem ser cotados no sentido inverso por estarem formulados na negativa (Fundinho, Ferreira-Alves, Braz, del Prette e del Prette, 2019). O estudo de validação teve 287 participantes, sendo que 215 (74.9%) eram mulheres, com idades entre os 19 e 94 anos ($M=41.23$; $SD=23.26$).

Uma análise factorial confirmatória, confirmou a presença de 6 factores: Factor 1 - “Conversação e confiança social” (Itens 1, 9, 17); Factor 2 - “Conforto com a auto-exposição” (Itens 3, 8, 14, 15, 16); Factor 3 - “Auto-expressão de afeto positivo” (Itens 10, 11, 20, 21); Factor 4 “Coping assertivo com risco” (Itens 6, 7, 13, 19); Factor 5 “Defender interesses e opiniões” (Itens 5, 12, 18) e; Factor 6 - “Dar e receber elogios” (Itens 2, 4, 22). As correlações inter-fator, indicadores de validade discriminante, encontram-se abaixo de .50, indicando que não há problemas de validade discriminante. A consistência interna foi calculada através da *composite reliability* (CR). O CR é considerado bom acima de .70, mas é geralmente aceite se acima de .60. A medida indica baixa consistência interna, mas dentro dos parâmetros aceitáveis: Factor 1 - CR=.61; Factor 2 - CR=.72; Factor 3 - CR=.61; Factor 4 - CR=.70; Factor 5 - CR=.65; e Factor 6 - CR=.64. A pontuação total também apresenta consistência interna aceitável, com um alfa de Cronbach= .797.

2. BSI (*Brief Symptom Inventory*)

O BSI é um inventário de autoresposta desenvolvido por Derogatis em 1982, a partir do SCL-90 (*Symptom Checklist-90-R*), e é uma forma de triagem que permite avaliar o mal-estar psicológico sem significância clínica e aquele que se torna psicopatológico, isto é, sintomas psicopatológicos (Derogatis & Titzpatrick, 2004).

O BSI é composto por 53 itens seleccionados para especificar os 9 sintomas básicos avaliados pela SCL-90-R. Os 53 itens apresentam-se numa escala *Likert* de 0 a 4. Pretende avaliar 9 dimensões: somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide; e psicoticismo. A sua população-alvo é a população clínica e não clínica. Relativamente à administração, o tempo de administração é de cerca de 10 minutos, mais 1 a 2 minutos para explicar ao indivíduo o instrumento de avaliação. Durante a cotação do BSI obtêm-se 3 Índices – o Índice Geral de Sintomas (IGS); o Índice de Sintomas Positivos (ISP); e o Total de Sintomas Positivos. Por fim, tanto a interpretação do BSI como do SCL-90-R focam-se primeiro na pontuação geral, para se obter uma ideia geral do sofrimento. Num segundo nível pretende-se dar atenção às dimensões cujos sintomas são primários. No fim, faz-se uma interpretação mais detalhada da manifestação dos sintomas, um guia para decisões terapêuticas (Derogatis & Titzpatrick, 2004).

As propriedades psicométricas do instrumento fixam-se como: a) Confiabilidade - a consistência interna é de boa a muito boa (Alfa de Cronbach vai de .71 na dimensão psicótica a .85 na dimensão da Depressão (Derogatis & Titzpatrick, 2004).

Este instrumento tem uma versão reduzida, o BSI-18, validado para Portugal por Nazaré, Pereira e Canavarro (2015, citado por Canavarro et al., 2017). É composto por 18 itens, numa escala *Likert* de 0 a 4 (0-nada e 4-extremamente). Os itens organizam-se em três subescalas, cada uma composta por 6 itens respectivamente: a) somatização; b) depressão; c) ansiedade. Com a soma dos 18 itens obtém-se, para efeitos de cotação e interpretação, o Índice de Gravidade Global (IGG). O BSI-18 é um instrumento de rastreio para o mal-estar psicológico e destina-se à população geral e clínica, com idade igual ou superior a 18 anos.

Tabela 2 – Domínios e Índices do BSI

Domínios	Índices
Somatização	IGS (Índice Geral de Sintomas)
Obsessões-Compulsões	TSP (Total de Sintomas Positivos)
Sensibilidade Interpessoal	ISP (Índice Sintomas Positivos)
Depressão	
Ansiedade	
Hostilidade	

Ansiedade Fóbica

Ideação Paranóide

Psicoticismo

Retirado e adaptado de Derogatis & Titzpatrick, 2004

6.3 Procedimentos da investigação

Uma vez a revisão da literatura concluída e selecionados os instrumentos de avaliação, foi solicitada uma autorização aos autores para o uso do IHS (Inventário de Habilidades Sociais) e BSI.

A presente investigação tinha como público-alvo todas as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos e foi aprovada pela Comissão de Ética da UBI. No protocolo estava descrito o objetivo principal da investigação. Os participantes precisavam de aceitar ("Sim, aceito.") ou recusar ("Não, não aceito.") uma declaração de consentimento informado. Se o indivíduo consentisse, prosseguia para o preenchimento do questionário.

O método de recolha da amostra foi por conveniência, de divulgação na rede social *Facebook*, por intermédio de um *link* de disseminação da prova criada no programa e o seu preenchimento decorreu entre os meses de março e julho de 2020. Uma vez preenchidos os inquéritos, os dados foram reunidos num documento Excel, para em seguida serem tratados numa base de dados do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, v. 26, IBM).

6.4 Análise Estatística

Tal como foi referido, para o tratamento dos dados recolhidos, foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, v.26, IBM), onde se realizou as Estatísticas Descritivas e as Estatísticas inferenciais, bem como se verificou qual a consistência interna dos instrumentos de avaliação (IHS e BSI), tendo como base o nível de significância de 95%.

Assim, o primeiro procedimento de análise estatística foi a realização da Estatística Descritiva. Dentro da Estatística Descritiva, analisou-se os dados correspondentes às questões sociodemográficas, para se poder caracterizar a amostra por meio da média, desvio-padrão e valores mínimos e máximos. De seguida, verificou-se a consistência interna dos instrumentos de avaliação BSI e IHS, que permite saber a fiabilidade dos construtos a serem avaliados. Para isso, calculou-se o valor do alfa de *Cronbach* (α) do BSI e do IHS. Os valores do alfa de *Cronbach*, que variam entre 0 e 1, foram interpretados segundo o critério de Patrício e Pereira (2020): <.50, inaceitável; entre .50 e .60 fraca; entre .60 e .70 aceitável; entre .70 e .90 boa; entre .90 e 1 muito boa.

O passo seguinte foi verificar se a amostra seguia uma distribuição normal, em todas as variáveis quantitativas, de forma a optar por testes paramétricos ou não paramétricos. Segundo Pereira e Patrício (2020), existem determinados requisitos para o uso de testes paramétricos: 1)

as variáveis devem ser numéricas; 2) os resultados têm de seguir uma distribuição normal; 3) homogeneidade da variância.

Em alternativa temos os testes não paramétricos, que devem ser implementados quando a amostra não segue a normalidade. Tendo em conta que a amostra tem um tamanho superior a 30 ($n > 30$), teve-se como referência o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, com correção de *Lilliefors*, onde se verificou a violação do pressuposto de normalidade ($p < .05$) para as habilidades sociais. Para uma análise mais rigorosa, optou-se também por realizar o teste de *Levene*, para se verificar se existia a homogeneidade das variâncias, uma vez que constitui critério para a utilização de testes paramétricos. Apenas foi verificada uma não existência de homogeneidade de variâncias entre as habilidades sociais e a idade ($p < .05$), sendo que os valores obtidos para os restantes foram superiores a $p > .05$, pelo que foi possível concluir que seguiam a homogeneidade de variâncias.

Apesar de ser violado um dos pressupostos (distribuição normal) e se poder optar pelos testes não paramétricos, optou-se pela implementação dos testes paramétricos (Pereira & Patrício, 2020). Segundo o Teorema do Limite Central (TCL) quanto maior for a amostra, maior a probabilidade desta seguir uma distribuição normal, pelo que se considera que a distribuição da média é aproximadamente normal (Soares, Soares & Emiliano, 2019). Tendo em conta que a amostra do presente estudo é superior a 30 ($n > 30$), pode-se usar os testes paramétricos, uma vez que são robustos a violações de pressupostos, quando o $n > 30$ (Field, 2009).

6.5 Participantes

Participaram neste estudo investigação 252 indivíduos, e após o tratamento dos dados obtidos decidiu-se excluir 162, uma vez que os mesmos apresentavam dados omissos. Permaneceram, assim, 90 indivíduos, sendo que 75.6% ($n=68$) são do género feminino, 23.3% ($n=21$) do género masculino e 1.1% ($n=1$) corresponde a um dado omissos. No que diz respeito à idade, esta varia entre os 19 e 65 anos, tendo em conta que a média é de 31.40 anos ($SD=12.237$). Relativamente ao estado civil, 72.2% ($n=65$) são solteiros, 16.7% ($n=15$) são casados, 6.7% ($n=6$) divorciados, 3.3 % ($n=3$) estão numa união de factos e 1.1% ($n=1$) separados. Por sua vez, no que diz respeito à situação profissional, cerca de 33.8% ($n=34$) são estudantes e apenas 1.1% ($n=1$) dos restantes estão desempregados.

Tabela 3 - *Características sociodemográficas*

		N	%	M	SD
Idade		90		31.40	12.237
Género	Feminino	68	75.6		
	Masculino	21	23.3		
	Outro	1	1.1		

Estado Civil	Solteiro	65	72.2
	Casado	15	16.7
	Divorciado	6	6.7
	União de Facto	3	3.3
	Separado	1	1.1
Profissão	Estudante	34	37.8
	Empregado	55	61.1
	Desempregado	1	1.1

7. Apresentação dos resultados

7.1 Consistência interna

Tal como adiantam Pereira e Patrício (2020), a consistência interna permite aferir acerca da fiabilidade de um dado instrumento de avaliação. Uma das maneiras de se analisar a fiabilidade dos dois instrumentos em causa – IHS e BSI – é através da análise da consistência interna. O foco principal está no Alfa de Cronbach, que consiste numa medida da consistência interna e serve como uma estimativa da fiabilidade do instrumento para a amostra recolhida (Pereira & Patrício, 2020).

No que diz respeito à consistência interna do instrumento de avaliação BSI (Tabela 2), tendo por base o cálculo do alfa de Cronbach, pode-se verificar que é de $\alpha=.946$, o que segundo Pereira e Patrício (2020) é considerado uma consistência interna muito boa, por se encontrar entre os valores de $\alpha= 1$ e $.90$. Como o instrumento é composto por 9 domínios, também é fundamental calcular o Alfa de Cronbach dos mesmos: no domínio somatização, o $\alpha=.740$; no domínio obsessões-compulsões, o $\alpha=.743$; no domínio sensibilidade interpessoal, o $\alpha=.747$; no domínio depressão, o $\alpha=.727$; no domínio ansiedade, o $\alpha=.732$; no domínio hostilidade, o $\alpha=.754$; no domínio ansiedade fóbica, o $\alpha=.743$; no domínio ideação paranóide, o $\alpha=.746$; no domínio psicoticismo, o $\alpha=.740$. Tendo em conta os critérios apresentados por Pereira e Patrício (2020), todos os domínios aparentam ter uma consistência interna boa (tendo em conta terem valores de $\alpha=.70$ a $.80$).

Tabela 4 – *Consistência interna do BSI*

Instrumento	Dimensões	Alfa de Cronbach (α)	Alfa de Cronbach da adaptação portuguesa
BSI	Total	.946	
	Somatização	.740	.80
	Obsessões-compulsões	.743	.77
	Sensibilidade Interpessoal	.747	.76
	Depressão	.727	.73
	Ansiedade	.732	.77
	Hostilidade	.754	.76
	Ansiedade Fóbica	.743	.62
	Ideação Paranóide	.746	.72
Psicoticismo	.740	.62	

Tal como para o BSI, para aferir acerca da consistência interna do instrumento de avaliação IHS (Tabela 3), calculou-se o alfa de *Cronbach* (α) para se saber o grau de confiabilidade. No total obteve-se um $\alpha = .908$, que corresponde a uma consistência interna muito boa, tendo mais uma vez em conta os critérios de Pereira e Patrício (2020). Como o instrumento é composto por 5 fatores, também se teve de calcular a consistência interna destes: no fator 1 (conforto e confiança social), a consistência interna foi de $\alpha=.900$, ou seja, muito boa; no fator 2 (conforto com a autoexposição), a consistência interna foi de $\alpha=.907$, muito boa; no fator 3 (autoexpressão do afecto positivo), a consistência interna foi de $\alpha=.900$, isto é, muito boa; no fator 4 (coping), consistência interna foi de $\alpha=.901$, também muito boa; no fator 5 (defender interesses e opiniões), a consistência interna foi de $\alpha=.901$, muito boa; e no fator 6 (dar e receber elogios), a consistência interna foi de $\alpha=.904$.

Tabela 5 – *Consistência interna do IHS*

Instrumento	Fatores	Alfa de Cronbach (α)
IHS	Total	.908
	Conforto e confiança social	.900
	Conforto com a autoexposição	.907
	Autoexpressão do afeto positivo	.900
	Coping	.901
	Defender interesses e opiniões	.901
	Dar e receber elogios	.904

7.2 Estatística Descritiva

Estatística Descritiva do BSI

Antes de proceder à análise da Estatística Descritiva do presente estudo, é de referir que os valores aqui obtidos serão comparados com aqueles que foram obtidos na aplicação da versão traduzida e adaptada à população portuguesa de Canavarro (1999, citado por Simões et al., 2017). Ter-se-á em consideração a amostra para a população em geral, uma vez que não se sabe se à priori existe algum indivíduo diagnosticado com perturbação mental.

A média total obtida no BSI, tal como é possível verificar na tabela 4, é de .988 ($SD=.612$), o que se traduz que, em média, se obteve uma pontuação superior a .988 (praticamente 1), levando à conclusão que os participantes poucas vezes, durante a última semana, sentiram que o problema em questão os afetava.

No que diz respeito ao **Índice Geral de Sintomas** (Tabela 6), o mesmo é considerado o melhor indicador de sintomatologia psicopatológica (Canavarro, 1999). A média que se obteve é de 1.104 ($SD=.69$). Comparando com o estudo da adaptação à população portuguesa de Canavarro (1999), em que a média do IGS para a população em geral é de .835 ($SD=.480$), pode-se dizer que os valores encontrados no presente estudo são superiores.

Relativamente ao **Total de Sintomas Positivos** (Tabela 6), a média apresentada é de 32.433 ($SD=12.549$). Se compararmos com o valor obtido por Canavarro (1999) na adaptação para a população portuguesa, a média para a população em geral foi de 26.993 ($SD=11.729$), o que significa que também o TSP é aqui superior, ainda que não entre nos valores da população clínica em que a média é de 37.349 ($SD=12.166$).

Já no que concerne ao **Índice de Sintomas Positivos** (Tabela 6), a média que se obteve foi de 1.69 ($SD=.50$). Comparando com os valores encontrados por Canavarro (1999), em que a média para a população em geral foi de 1.56 ($SD=.385$), também se chega à conclusão que os valores obtidos no presente estudo são superiores, ainda que não entre nos encontrados por Canavarro (1999) na população clínica, em que a média corresponde a 2.11 ($SD=.595$). Ainda sobre o IGS, Canavarro (1999), estabelece um ponto de corte em que a partir de 1.7 é mais provável encontrar pessoas com perturbação emocional. Assim, no nosso estudo, 80% dos participantes obtiveram um *score* inferior a 1.7 ($n=72$).

Tabela 6 – Estatísticas Descritivas do BSI

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
BSI – Total	58.52	36.93	2	159
Somatização	5.21	4.97	0	21
Obsessões compulsões	8.76	4.29	0	21
Sensibilidade Interpessoal	4.77	3.56	0	14
Depressão	7.29	5.78	0	24
Ansiedade	7.08	5.35	0	23
Hostilidade	5.10	3.30	0	14
Ansiedade Fóbica	3.83	4.33	0	19
Ideação Paranóide	6.96	3.94	0	17
Psicoticismo	4.64	4.24	0	19
IGS	1.10	.69	.04	3.00
TSP	32.43	12.55	2.00	53.00
ISP	1.69	.50	1.00	3.00

Estatística Descritiva do IHS

O primeiro procedimento, dado que existem itens formulados na negativa no instrumento IHS, foi proceder à recodificação de variáveis e inversão dos itens 3, 8, 15 e 17. A média total obtida no IHS, tal como é possível verificar na tabela 5, é de 3.27 ($SD=.58$), o que se traduz que, em média, se obteve uma pontuação superior a 3, levando à conclusão que os participantes regularmente sentiram que as situações descritas ocorreriam consigo.

No que diz respeito ao **Factor 1** - “Conversação e confiança social”, o mesmo refere-se a situações em que a pessoa sente confiança em iniciar conversas com conhecidos e desconhecidos. A média que se obteve foi de 8.59 ($SD=2.49$), sendo que o máximo de pontuação foi de 15 e o mínimo de 4.

Relativamente ao **Factor 2** – “Conforto com a autoexposição”, abrange situações em que o indivíduo evita ter de fazer perguntas, pedidos de donativos/favores, palestras, discursos e abordar alguém em que esteja interessado. A média obtida foi de 13.01 ($SD=3.74$), com as pontuações a variar entre 7 e 25.

No **Factor 3** – “Autoexpressão de afeto positivo”, corresponde a situações em que o indivíduo consegue expressar carinho, cumprimentar desconhecidos, pedir ajuda a amigos e expressar sentimentos amorosos. A média foi de 13.07 ($SD=3.74$), sendo que o valor mínimo foi de 6 e o máximo de 25.

Já no **Factor 4** – “Coping assertivo com risco”, que diz respeito a situações em que o indivíduo consegue ser assertivo quando abusam da sua boa vontade e expressa desacordo de opiniões ou aborrecimento perante críticas injustas. A média obtida foi de 13.47 ($SD=3.49$), em que a pontuação mínima foi de 6 e a máxima de 20.

Relativamente ao **Factor 5** – “Defender interesses e opiniões”, abrange situações em que o indivíduo consegue aceitar críticas, perguntar quando não compreende uma explicação e defender quem considera estar a ser injustiçado. A média obtida foi de 11.67 ($SD=2.32$), tendo em conta que a pontuação variou entre 6 e 23.

Por fim, no que concerne o **Factor 6** – “Dar e receber elogios”, que corresponde a situações em que o indivíduo agradece elogios, tece elogios a familiares ou conhecidos perante o seu sucesso e consegue elogiar quem faz algo considerado de bom para outros ou o próprio. A média obtida foi de 12.54 ($SD=2.13$), sendo que a pontuação mínima foi de 6 e a máxima de 20.

Em suma, verificou-se que entre os 6 factores, aquele onde a média de pontuações foi mais elevada foi no factor 4 “Coping assertivo com risco” e aquele onde a média de pontuações foi mais baixa foi no factor 1 “Conversação e confiança social”.

Tabela 7 – Estatísticas Descritivas do IHS

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
IHS – Total	3.27	.58	1.95	4.91
Factor 1 – Conversação e confiança social	8.59	2.49	4	15
Factor 2 – Conforto com a autoexposição	13.01	3.74	7	25
Factor 3 – Expressão do afeto positivo	13.07	3.74	6	25
Factor 4 – <i>Coping</i> assertivo com risco	13.47	3.49	6	20
Factor 5 – Defender interesses e opiniões	11.67	2.32	6	23
Factor 6 – Dar e receber elogios	12.54	2.13	6	20

7.3 Estatística Inferencial

A Estatística Inferencial, que abarca todos os testes estatísticos (de associação e de diferença), permite tirar algumas conclusões acerca da população-alvo, baseando-se na recolha dos dados da amostra recolhida, por intermédio da inferência estatística (Martins,2011). Quando se procede à inferência estatística sabe-se que há a probabilidade dos resultados se deverem ao acaso e não de facto aos fenómenos que se pretendem investigar (Martins, 2011). Caso aconteça esta probabilidade ser muito elevada, então os resultados obtidos são estatisticamente não significativos. Se, por outro lado, se concluir que os resultados se devem aos fenómenos em estudo, então são estatisticamente significativos (Martins, 2011).

Os resultados obtidos serão apresentados de acordo com uma divisão entre testes de associação e testes de diferenças. Nos testes de associação será testada a hipótese geral: a sintomatologia psicopatológica tem impacto nas habilidades sociais. Por outro lado, nos testes de diferença, serão testadas as seguintes hipóteses específicas: 1) as mulheres apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica; 2) as mulheres têm mais habilidades sociais; 3) os estudantes universitários apresentam mais sintomas psicopatológicos; 4) as habilidades sociais aumentam com a idade.

- **Testes de Associação**

Será que a sintomatologia psicopatológica tem impacto nas habilidades sociais?

Com o objetivo de responder a esta pergunta de investigação, levanta-se a hipótese de a sintomatologia psicopatológica ter impacto nas habilidades sociais, pelo que se optou pelos testes de associação. Tendo como fim verificar se existe uma associação entre sintomatologia psicopatológica e habilidades sociais, com as dimensões do BSI e do IHS (Tabela 10), recorreu-se ao teste de correlações de Spearman (ρ_s). Optou-se pelo teste de correlações de *Spearman* (ρ_s),

uma vez que nas análises da normalidade das variáveis, verificou-se que as mesmas não seguiam a normalidade ($p < 0.05$), daí a necessidade de utilizar um teste não paramétrico.

Na análise da associação entre a variável sintomatologia psicopatológica e habilidades sociais, na sua generalidade e com as dimensões do BSI, não se verificou uma associação entre ambas ($\rho_s = -.20$ $p = .062$). Também não se verificou uma associação para as seguintes dimensões: somatização ($\rho_s = -.01$; $p = .922$); obsessões-compulsões ($\rho_s = -.21$; $p = .044$); sensibilidade interpessoal ($\rho_s = -.19$; $p = .066$); ansiedade ($\rho_s = -.11$; $p = .327$); hostilidade ($\rho_s = -.011$; $p = .922$); ansiedade fóbica ($\rho_s = -.30$; $p = .006$); ideação paranóide ($\rho_s = -.07$; $p = .521$); psicoticismo ($\rho_s = .26$; $p = .012$). Foi, porém, verificada uma associação negativa fraca na dimensão depressão ($\rho_s = -.27$; $p = .010$).

Na análise da associação entre as dimensões do BSI e os factores do IHS foi possível encontrar uma associação negativa fraca para as seguintes dimensões e o factor 1: a sintomatologia psicopatológica, na sua generalidade ($\rho_s = -.30$, $p = .004$); obsessões-compulsões ($\rho_s = -.36$, $p < .01$); sensibilidade interpessoal ($\rho_s = -.36$, $p = .001$); depressão ($\rho_s = -.31$, $p = .003$); ansiedade fóbica ($\rho_s = -.35$, $p = .001$); psicoticismo ($\rho_s = -.30$, $p = .004$). Foi verificada uma associação negativa fraca entre a dimensão ansiedade fóbica ($\rho_s = -.35$, $p = .001$), em relação ao factor 2. Também foi encontrada uma associação negativa fraca entre as seguintes dimensões e o factor 3: obsessões-compulsões ($\rho_s = -.32$, $p = .002$); depressão ($\rho_s = -.38$, $p < .01$); psicoticismo ($\rho_s = -.39$, $p < .01$).

Tabela 8 - Associações entre a variável sintomatologia psicopatológica e habilidades sociais

	Habilidades Sociais	
	ρ_s	p
BSI – Total	-.20	.062
Somatização	-.01	.922
Obsessões-compulsões	-.21	.044
Sensibilidades interpessoal	-.20	.066
Depressão	-.27	.010
Ansiedade	-.11	.327
Hostilidade	-.01	.920
Ansiedade Fóbica	-.30	.006
Ideação Paranóide	-.07	.521
Psicoticismo	-.26	.012

Tabela 9 – Associações entre a variável sintomatologia psicopatológica e habilidades sociais, com as dimensões do BSI e IHS – Coeficiente de Spearman

	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4		Fator 5		Fator 6	
	ρ_s	P	ρ_s	P	ρ_s	P	ρ_s	P	ρ_s	P	ρ_s	P
BSI – Total	-.30	.004	-.23	.030	-.35	.001	-.02	.860	-.07	.518	-.02	.826
Somatização	-.05	.653	-.11	.313	-.14	.192	.07	.533	.05	.638	.06	.582
Obsessões-compulsões	-.36	<.01	-.29	.007	-.32	.002	-.04	.714	-.10	.338	-.01	.917
Sensibilidade interpessoal	-.36	.001	-.07	.536	-.24	.020	-.19	.081	-.11	.308	<.01	.936
Depressão	-.31	.003	-.18	.084	-.38	<.01	-.14	.192	-.12	.254	-.12	.254
Ansiedade	-.21	.049	-.18	.088	-.21	.050	<.01	.985	.05	.673	.08	.465
Hostilidade	-.08	.460	-.09	.396	-.20	.064	.19	.076	.03	.754	.03	.748
Ansiedade Fóbica	-.35	.001	-.35	.001	-.28	.008	-.16	.126	-.18	.094	<.01	.943
Ideação Paranóide	-.20	.060	-.06	.549	-.19	.080	.07	.489	.05	.658	-.08	.450
Psicoticismo	-.30	.004	-.16	.131	-.39	<.01	-.11	.311	-.11	.294	-.14	.190

• Testes de diferenças

Através dos testes de diferença propõe-se avaliar o efeito da variável independente sobre a variável dependente. Permite, portanto, explorar se há diferenças entre os grupos independentes ou diferenças, causados por questões temporais ou circunstanciais (Martins,2011).

Será que as mulheres apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica do que os homens?

Tendo como objetivo a resposta a esta pergunta de investigação levanta-se a hipótese de serem as mulheres quem apresenta níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica. Como se pretende comparar os níveis de sintomatologia entre o género feminino e masculino, optou-se pelo teste t.

O Teste *t* é utilizado quando se pretende verificar se a variável dependente nos dois grupos de comparação apresenta uma média que difere de modo significativo uma da outra, e se essa diferença se deve às características de cada grupo ou ocorrem por acaso. (Martins, 2011). Neste caso o Teste *t* foi utilizado para comparar os níveis de sintomatologia psicopatológica, nas dimensões do BSI, em função do género. De acordo com Pereira e Patrício (2020), os resultados devem ser interpretados tendo em conta as seguintes hipóteses: 1) que as variâncias nas duas

populações são iguais; 2) que as variâncias nas duas populações são diferentes. Sabendo que o teste de Levene para a igualdade de variâncias apresenta uma significância superior a 0.05, assume-se que não há diferença nas variâncias dos dois grupos.

O que se verificou no BSI (Tabela 10) foi que não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomatologia psicopatológica entre o género feminino ($M=60.50$, $SD=36.09$) e masculino ($M=51.52$, $SD=40.43$), $t(87)=.97$, $p=.336$. Rejeita-se, assim, a hipótese que as mulheres apresentem níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, tendo em consideração o nível de significância ser superior a .05, tal como é proposto por Pereira e Patrício (2020).

No que diz respeito às dimensões do instrumento de avaliação BSI, apenas se verificou uma diferença estatisticamente significativa para a **dimensão obsessões-compulsões** $t(87)=2.085$, $p=.040$, sendo que foi o género feminino quem revelou níveis mais elevados de sintomas ($M_f=9.25$, $SD_f= 4.141$; $M_m=7.05$, $SD_m=4.52$).

Nas restantes dimensões não se verificou uma diferença estatisticamente significativa: somatização ($M_f=5.53$, $SD_f=4.83$; $M_m=4.05$, $SD_m=5.45$), $t(87)=1.19$, $p=.236$; sensibilidade interpessoal ($M_f=4.96$, $SD_f=3.61$; $M_m=4.14$, $SD_m=3.47$), $t(87)=.91$, $p=.366$; depressão ($M_f=7.41$, $SD_f=5.68$; $M_m=6.86$, $SD_m=6.36$), $t(87)=.38$, $p=.704$; ansiedade ($M_f=7.49$, $SD_f=5.40$; $M_m=5.67$, $SD_m=5.21$), $t(87)=1.36$, $p=.177$; hostilidade ($M_f=4.94$, $SD_f=3.29$; $M_m=5.57$, $SD_m=2.44$), $t(87)=-.74$, $p=.464$; ansiedade fóbica ($M_f=3.99$, $SD_f=4.14$; $M_m=3.29$, $SD_m=5.03$), $t(87)=.58$, $p=.567$; ideação paranóide ($M_f=7.07$, $SD_f=4.11$; $M_m=6.43$, $SD_m=3.41$), $t(87)=.72$, $p=.476$; psicoticismo ($M_f=4.75$, $SD_f=4.14$; $M_m=4.43$, $SD_m=4.7$), $t(87)=.28$, $p=.780$.

Tabela 10 – Comparação dos níveis de sintomatologia psicopatológica dentro das dimensões do BSI, em função do género – Teste t de amostras independentes

	M	SD	t	df	p
BSI – Total					
Feminino	60.50	36.09	.97	87	.336
Masculino	51.52	40.43			
Somatização					
Feminino	5.53	4.83	1.19	87	.236
Masculino	4.05	5.45			
Obsessões-compulsões					
Feminino	9.25	4.14	2.09	87	.040
Masculino	7.05	4.52			
Sensibilidade interpessoal					

Feminino	4.96	3.61			
Masculino	4.14	3.47	.91	87	.366
Depressão					
Feminino	7.41	5.68			
Masculino	6.86	6.33	.38	87	.704
Ansiedade					
Feminino	7.49	5.40			
Masculino	5.67	5.21	1.26	87	.177
Hostilidade					
Feminino	4.94	3.29			
Masculino	5.57	2.44	-.76	87	.450
Ansiedade Fóbica					
Feminino	3.99	4.14			
Masculino	3.29	5.03	.64	87	.522
Ideação Paranóide					
Feminino	7.07	4.11			
Masculino	6.43	3.41	.65	87	.516
Psicoticismo					
Feminino	4.75	4.14			
Masculino	4.43	4.7	.30	87	.764

Será que as mulheres pontuam mais alto no índice de habilidades sociais do que os homens?

Tendo como objetivo a resposta a esta pergunta de investigação levanta-se a hipótese de serem as mulheres pontuam mais alto no índice de habilidades sociais. Como se pretende comparar os níveis de habilidades sociais entre o género feminino e masculino, optou-se pelo teste *t*.

De forma a comparar os níveis de habilidades sociais entre o género feminino e masculino, nos factores do IHS, foi implementado o Teste *t* de amostras independentes (Pereira & Patrício, 2020). Tal como no tópico anterior, de acordo com Pereira e Patrício (2020), os resultados devem ser interpretados tendo em conta as seguintes hipóteses: 1) que as variâncias nas duas populações são iguais; 2) que as variâncias nas duas populações são diferentes. Sabendo

que o teste de Levene para a igualdade de variâncias apresenta uma significância superior a 0.05, assume-se que não há diferença nas variâncias dos dois grupos.

O que se verificou no IHS (Tabela 11) foi que não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de habilidades sociais entre o género feminino ($M=71.96$, $SD=13.29$) e masculino ($M=74.10$, $SD=13.73$), $t(87)=-.64$, $p=.524$.

No que diz respeito aos factores do instrumento de avaliação IHS, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa em nenhum dos mesmos: factor 1 “Conversação e confiança social” ($M_f=8.41$, $SD_f=2.4$; $M_m=9.24$, $SD_m=5.79$), $t(87)=-1.33$, $p=.188$; factor 2 “Conforto com a autoexposição” ($M_f=12.68$, $SD_f=3.66$; $M_m=14.10$, $SD_m=3.99$), $t(87)=-1.52$, $p=.132$; factor 3 “Expressão de afeto positivo” ($M_f=12.97$, $SD_f=3.81$; $M_m=13.43$, $SD_m=3.67$), $t(87)=-.49$, $p=.628$; factor 4 “Coping assertivo com risco” ($M_f=13.34$, $SD_f=3.64$; $M_m=14.00$, $SD_m=3.03$), $t(87)=-.76$, $p=.452$; factor 5 “Defender interesses e opiniões” ($M_f=11.74$, $SD_f=2.40$; $M_m=11.52$, $SD_m=2.09$), $t(87)=.36$, $p=.718$; factor 6 “Dar e receber elogios” ($M_f=12.82$, $SD_f=2.04$; $M_m=11.81$, $SD_m=2.18$), $t(87)=1.96$, $p=.054$.

Tabela 11 – Comparação dos níveis de habilidades sociais dentro dos factores do IHS, em função do género – teste *t* para amostras independentes

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
IHS – Total					
Feminino	71.96	13.29	-.64	87	.524
Masculino	74.10	13.73			
Factor 1					
Feminino	8.41	2.4	-1.33	87	.188
Masculino	9.24	5.79			
Factor 2					
Feminino	12.68	3.66	-1.52	87	.132
Masculino	14.10	3.99			
Factor 3					
Feminino	12.97	3.81	-.49	87	.628
Masculino	13.43	3.67			
Factor 4					
Feminino	13.34	3.64	-.76	87	.452
Masculino	14.00	3.03			

Factor 5					
Feminino	11.74	2.40			
Masculino	11.52	2.09	.36	87	.718
Factor 6					
Feminino	12.82	2.04			
Masculino	11.81	2.18	1.96	87	.054

Será que os estudantes universitários apresentam mais sintomas psicopatológicos do que empregados?

Com vista a comparar os níveis de sintomatologia psicopatológica entre estudantes e indivíduos empregados, nas dimensões do BSI, foi implementado o Teste *t* para amostras independentes (Pereira & Patrício, 2020). Tal como no tópico anterior, de acordo com Pereira e Patrício (2020), os resultados devem ser interpretados tendo em conta as seguintes hipóteses: 1) que as variâncias nas duas populações são iguais; 2) que as variâncias nas duas populações são diferentes. Sabendo que o teste de Levene para a igualdade de variâncias apresenta uma significância superior a 0.05, assume-se que não há diferença nas variâncias dos dois grupos.

Sendo assim, na sua generalidade, o que se verificou (Tabela 12) foi que não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomatologia psicopatológica entre estudantes ($M=51.76$, $SD=32.96$) e empregados ($M=62.93$, $SD=39.17$), $t(87)=-1.39$, $p=.169$.

Relativamente às dimensões do BSI, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa em nenhuma das mesmas: somatização ($M=4.26$, $SD=4.43$; $M=5.84$, $SD=5.26$), $t(87)=-1.45$, $p=.150$; obsessões-compulsões ($M=9.44$, $SD=4.61$; $M=8.33$, $SD=4.11$), $t(87)=1.19$, $p=.239$; depressão ($M=6.59$, $SD=5.00$; $M=7.75$, $SD=6.26$), $t(87)=-.91$, $p=.364$; ansiedade ($M=6.47$, $SD=4.75$; $M=7.53$, $SD=5.72$), $t(87)=-.90$, $p=.370$; hostilidade ($M=4.29$, $SD=2.97$; $M=5.58$, $SD=3.45$), $t(87)=-1.80$, $p=.075$; ansiedade fóbica ($M=3.74$, $SD=4.72$; $M=3.91$, $SD=4.15$), $t(87)=-.182$, $p=.856$; psicoticismo ($M=3.97$, $SD=3.17$; $M=5.13$, $SD=4.76$), $t(87)=-1.25$, $p=.213$.

Apenas se verificou uma diferença estatisticamente significativa para as seguintes dimensões: sensibilidade interpessoal ($M=3.79$, $SD=3.65$; $M=5.40$, $SD=3.41$), $t(87)=-2.10$, $p=.039$; e ideação paranóide ($M=5.41$, $SD=3.64$; $M=7.95$, $SD=3.86$), $t(87)=-3.07$, $p=.003$.

Tabela 12 – Comparação dos níveis de sintomatologia psicológica, dentro das dimensões do BSI, em função da profissão – teste *t* para amostras independentes

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
BSI – Total					
Estudante	51.76	32.96	-1.39	87	.169
Empregado	62.93	39.17			
Somatização					
Estudante	4.26	4.43	-1.45	87	.150
Empregado	5.84	5.26			
Obsessões-compulsões					
Estudante	9.44	4.61	1.19	87	.239
Empregado	8.33	4.11			
Sensibilidade interpessoal					
Estudante	3.79	3.65	-2.10	87	.039
Empregado	5.40	3.41			
Depressão					
Estudante	6.59	5.00	-.91	87	.364
Empregado	7.75	6.26			
Ansiedade					
Estudante	6.47	4.75	-.90	87	.370
Empregado	7.53	5.72			
Hostilidade					
Estudante	4.29	2.97	-1.80	87	.075
Empregado	5.58	3.45			
Ansiedade Fóbica					
Estudante	3.74	4.72	-.182	87	.856
Empregado	3.91	4.15			
Ideação Paranóide					
Estudante	5.41	3.64	-3.07	87	.003
Empregado	7.95	3.86			
Psicoticismo					

Estudante	3.97	3.17			
Empregado	5.13	4.76	-1.25	87	.213

Será que os níveis de habilidades sociais aumentam com a idade?

De forma a comparar os níveis de habilidades sociais entre as duas faixas etárias definidas (dos 19 aos 40 anos e dos 40 aos 65 anos), foi implementado o Teste t para amostras independentes (Pereira & Patrício, 2020).

O que se verificou no IHS (Tabela 13) foi que não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de habilidades sociais entre a faixa etária dos 19 aos 40 anos ($M=71.18$, $SD=12.04$) e dos 40 aos 65 anos ($M=75.54$, $SD=16.20$), $t(88)=-1.38$, $p=.237$, tendo em consideração o nível de significância ser inferior a .05.

No que diz respeito aos factores do instrumento de avaliação IHS, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa em nenhum dos mesmos: factor 1 “Conversação e confiança social” ($M=8.26$, $SD=2.26$; $M=9.50$, $SD=2.91$), $t(88)=-2.13$, $p=.067$; factor 2 “Conforto com a autoexposição” ($M=12.92$, $SD=3.81$; $M=13.25$, $SD=3.63$), $t(88)=.36$, $p=.712$; factor 3 “Expressão de afeto positivo” ($M=12.74$, $SD=3.44$; $M=13.96$, $SD=4.41$), $t(88)=-1.32$, $p=.714$; factor 4 “Coping assertivo com risco” ($M=13.38$, $SD=3.37$; $M=13.71$, $SD=3.86$), $t(88)=-.39$, $p=.138$; factor 5 “Defender interesses e opiniões” ($M=11.39$, $SD=1.93$; $M=12.42$, $SD=3.08$), $t(88)=-1.88$, $p=.647$; factor 6 “Dar e receber elogios” ($M=12.48$, $SD=2.20$; $M=12.71$, $SD=1.97$), $t(88)=-.44$, $p=.663$.

Tabela 13 – Comparação dos níveis de habilidades sociais dentro dos factores do IHS, em função da idade

	M	SD	T	df	p
IHS – Total					
19 aos 40 anos	71.18	12.04			
40 aos 65 anos	75.54	16.20	-1.38	88	.237
Factor 1					
19 aos 40 anos	8.26	2.26			
40 aos 65 anos	9.50	2.91	-2.13	88	.067
Factor 2					
19 aos 40 anos	12.92	3.81			
40 aos 65 anos	13.25	3.63	-.36	88	.712

Factor 3						
19 aos 40 anos	12.74	3.44				
40 aos 65 anos	13.96	4.41	-1.32	88	.714	
Factor 4						
19 aos 40 anos	13.38	3.37				
40 aos 65 anos	13.71	3.86	-.39	88	.138	
Factor 5						
19 aos 40 anos	11.39	1.93				
40 aos 65 anos	12.42	3.08	-1.88	88	.647	
Factor 6						
19 aos 40 anos	12.48	2.20				
40 aos 65 anos	12.71	1.97	-.44	88	.663	

8. Discussão dos resultados

Tendo em vista a compreensão de como os níveis de sintomatologia psicopatológica se relacionam com as habilidades sociais, os principais objetivos do presente estudo eram: estudar a relação entre as duas variáveis; verificar se as mulheres têm mais habilidades sociais; comparar os níveis de sintomatologia psicopatológica entre o género feminino e masculino; saber se os estudantes apresentam níveis mais elevados de sintomas psicopatológicos; e estudar a influência da idade nas habilidades sociais. Para isso, recolheu-se os resultados de 90 participantes, com uma média de idades de 31 anos ($M=31.40$, $SD=12.237$). Dentro desses 90 participantes, 75.6% eram do género feminino e 23.3% do género masculino. Relativamente à situação profissional, 37.8% eram estudantes, 61.1% tinham emprego e 1.1% estava desempregado.

Dos resultados que foram obtidos, em termos de Estatística Descritiva, dentro dos níveis de sintomatologia psicopatológica, os mesmos encontravam-se dentro dos valores não clínicos. Os resultados apontaram no sentido de, em média, os participantes sentirem poucas vezes os sintomas indicados. Dentro das dimensões do BSI, aquelas em que houve maior *score* foram: obsessões-compulsões ($M=8.76$, $SD=4.29$); Depressão ($M=7.29$, $SD=5.78$); e ansiedade ($M=7.08$, $SD=5.35$). Se atentarmos aos desvios padrões, verificamos que os mesmos são sinal de uma grande dispersão dos dados, em relação à média. Tal como anteriormente mencionado, o melhor indicador é o IGS (Índice Geral de Sintomas) no presente estudo foi de 1.10 ($SD=.69$), ou seja, superior ao encontrado no estudo de Canavarro (1999), contudo não entra em valores clínicos.

Ainda que não tenham sido encontrados valores clínicos, é necessário pensar na prevenção, tendo em conta que Portugal é dos países europeus onde a Saúde Mental se encontra fragilizada. Assim, a prevenção da ocorrência de perturbações mentais tem sido considerada como primordial para a psiquiatria clínica moderna (Fusar-Poli et al., 2019). A OMS (Organização Mundial de Saúde), define a promoção da saúde como todo o processo que pretende incrementar o controlo do indivíduo sobre a sua saúde e todos os comportamentos que o mesmo tem que a promovam ou aumente (WHO, 1986, citado por Fusar-Poli et al., 2019). Já a promoção da saúde mental é definida por Hodgson et al., 1996, citado por Fusar-Poli et al., 2019) como um acentuar da capacidade dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades de darem suporte emocional e cognitivo positivo, assim como de experiências semelhantes. Portanto, ao invés de se apenas pretender uma diminuição da prevalência de sintomas psicopatológicos e défices, o ideal seria promover estratégias de *coping* funcionais e o valor que a saúde mental tem (WHO, 2002, citado por Fusar-Poli et al., 2019).

No que respeita às habilidades sociais, os sujeitos indicaram sentir regularmente que as situações aconteciam consigo, um bom indicador de presença de habilidades sociais. Os factores que registaram uma média superior de pontuações foram os factores 3 “Expressão do afeto positivo” ($M=13.07$, $SD=3.738$), o factor 2 “Conforto com a autoexposição” ($M=13.01$, $SD=3.743$) e o factor 4 “Coping assertivo com risco” ($M=13.47$, $SD=3.491$). Sobre as habilidades sociais, Peixoto e Santos (2018), num estudo intitulado “Habilidades sociais na promoção de saúde:

preditoras da saúde mental”, correlacionaram um melhor conjunto de habilidades sociais com a presença de determinados traços de personalidade, além de influenciar na satisfação sexual dos estudantes de ensino superior.

Dentro da Estatística Inferencial e, em particular, através dos testes de associação, foi possível chegar a algumas conclusões no que diz respeito à relação das variáveis (sintomatologia psicopatológica e habilidades sociais). Em relação à sintomatologia psicopatológica e habilidades sociais, não foi encontrada uma associação entre as duas, na sua generalidade, o que permite responder parcialmente à pergunta do presente estudo de investigação “Terá a sintomatologia psicopatológica impacto nas habilidades sociais?”. A resposta seria que, no geral, não parece existir uma associação entre as duas, quer no sentido positivo ou negativo, isto é, com o aumento/diminuição dos níveis de sintomatologia psicopatológica, as habilidades sociais serem prejudicadas/beneficiadas. Num estudo elaborado por Feitosa (2013), intitulado “Habilidades Sociais e sofrimento psicológico”, a principal conclusão ia no sentido de alguns indivíduos, que demonstram ter menos habilidades sociais, tendem a experienciar mais frequentemente estados cognitivos e emocionais negativos.

No entanto, há que considerar a associação negativa fraca encontrada entre: 1) a sintomatologia psicopatológica encontrada no BSI e o factor 1 do IHS ($\rho_s = -.298, p = .004$), o que significa que à medida que os níveis de sintomatologia aumentam, as habilidades sociais relacionadas com a conversação e confiança social diminuem; 2) entre a dimensão obsessões-compulsões do BSI e o factor 1 do IHS ($\rho_s = -.360, p < .01$), em que à medida que os sintomas relacionados com obsessões e compulsões aumentam, as habilidades sociais de conversação e confiança social diminuem; 3) entre a dimensão sensibilidade interpessoal do BSI e o factor 1 do IHS ($\rho_s = -.359, p = .001$), em que à medida que os sintomas de sensibilidade interpessoal aumentam, as habilidades de conversação e confiança social diminuem; 4) entre a dimensão depressão do BSI e o factor 1 do IHS ($\rho_s = -.313, p = .003$), em que há medida que sintomas depressivos aumentam, as habilidades de conversação e confiança social diminuem; 5) entre a dimensão ansiedade fóbica do BSI e o factor 1 do IHS ($\rho_s = -.346, p = .001$), em que há medida que os níveis de sintomas de ansiedade fóbica aumentam, a capacidade de conversação e confiança social diminuem; 6) entre a dimensão psicoticismo ($\rho_s = -.302, p = .004$), em que há medida que os sintomas relacionados com a psicose aumentam, as habilidades de conversação e confiança social diminuem.

De igual modo, foi encontrada uma associação negativa fraca entre as dimensões de ansiedade fóbica do BSI, e o factor 2 do IHS, que indica que à medida que os sintomas de ansiedade fóbica aumentam, o conforto com a autoexposição diminui ($\rho_s = -.35, p = .001$). Por fim, encontrou-se uma associação negativa fraca entre as dimensões obsessões-compulsões ($\rho_s = -.32, p = .002$); depressão ($\rho_s = -.38, p < .01$); psicoticismo ($\rho_s = -.39, p < .01$) do BSI, e o factor 3 do IHS, o que significa que à medida que os sintomas destas dimensões aumentam, diminui a capacidade de expressar afeto positivo.

Comparando estes resultados com os de outras investigações, verificamos que vão no mesmo sentido. Num estudo, sobre a depressão e as habilidades sociais, Fernandes et al. (2012), concluem que quem preenchia critérios de diagnóstico para depressão, tinha níveis de habilidades sociais inferiores. Já sobre a ansiedade social, Levitan et al. (2008) fazem uma revisão da literatura, em que parece ser consensual entre os estudos o seguinte: indivíduos que sofrem de ansiedade social tendem a sofrer défices nas habilidades sociais, ainda que a relação entre estes défices e a ansiedade social careça de mais estudos, nomeadamente longitudinais.

No que concerne aos testes de diferenças, na comparação dos níveis de sintomatologia psicopatológica nas dimensões do BSI, em função do género, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino ($M=60.50$, $SD=36.09$) e masculino ($M=51.52$, $SD=40.43$), $t(87)=-.97$, $p=.336$. Tais resultados parecem ir em sentido inverso ao que é descrito pela literatura, existindo uma futura necessidade de estudar este fenómeno. Num estudo elaborado por Rabasquinho e Pereira (2007), foram encontradas diferenças significativas entre os género feminino e masculino, sendo que as pontuações de diagnóstico eram superiores nas mulheres para todas as categorias de diagnóstico, com excepção para: dependência de álcool e drogas, comportamento anti-social e esquizofrenia. Por outro lado, no estudo de Lengua e Stormshak (2000) não foram visíveis diferenças significativas entre a sintomatologia psicopatológica apresentada por homens e mulheres, tendo em conta que a excepção está no comportamento anti-social.

Apenas se verificou que o género feminino tinha mais sintomas relativos à dimensão obsessões-compulsões $t(87)=2.085$, $p=.040$, ($M_f=9.25$, $SD_f= 4.141$; $M_m=7.05$, $SD_m=4.522$). Mathes et al. (2019), fazem uma revisão da literatura acerca da diferença de género quanto à presença de POC (Perturbação Obsessivo-Compulsiva), tendo concluído que: 1) são encontrados mais sintomas obsessivo-compulsivos em mulheres adolescentes e adultas, enquanto no género masculino estes sintomas aparecem numa idade mais prematura; 2) as mulheres têm mais probabilidade de apresentar sintomas relativos à contaminação e responsabilidade por dano, ao passo que os homens são os pensamentos bizarros; 3) não existe um consenso quanto ao facto de existir uma diferença entre géneros, sendo que dois dos motivos da disparidade encontrada podem ser as diferenças culturais e de desenvolvimento.

Também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de habilidades sociais, entre o género feminino ($M=71.96$, $SD=13.29$) e masculino ($M=74.10$, $SD=13.73$), $t(87)=-.64$, $p=.524$, o que vai contra o que a literatura tem descrito. Surge, deste modo, uma necessidade de se investigar com mais detalhe o porquê de tal suceder.

Quanto à comparação dos níveis de sintomatologia psicopatológica entre estudantes e empregados, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre estudantes ($M=51.76$, $SD=32.96$) e empregados ($M=62.93$, $SD=39.17$), $t(87)=-1.39$, $p=.169$. Logo, não se pode concluir que ser estudante influencie ter níveis de sintomatologia psicopatológica mais elevados, na sua generalidade. Ainda que tal não se tenha verificado nos estudantes, foi encontrada uma influência entre ter um emprego e sofrer de sintomas nas dimensões

sensibilidade interpessoal ($M=3.79$, $SD=3.65$; $M=5.40$, $SD=3.41$), $t(87)=-2.10$, $p=.039$; e ideação paranóide ($M=5.41$, $SD=3.64$; $M=7.95$, $SD=3.86$), $t(87)=-3.07$, $p=.003$. Um estudo elaborado por Stansfeld, Head, Rasul, Singleton e Lee (2003), mostrava que as taxas mais elevadas de perturbações psicopatológicas, no Reino Unido, eram encontradas em professores, governantes, vendedores e *managers*. Barham e Begum (2005), identificaram os enfermeiros, professores, polícias e bombeiros como sendo os que tinham os níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica. Alan et al. (2016), defendem que pela depressão, ansiedade e stress serem problemas comuns em indivíduos que trabalham, se deve identificar os factores que a causam. O que os autores propõem é o significado e a satisfação com o trabalho desempenharem algum tipo de papel nestas problemáticas.

Na comparação dos níveis de habilidades sociais, nos factores do IHS, em função da idade, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de habilidades sociais na faixa etária dos 19 aos 40 anos ($M=71.18$, $SD=12.04$) e dos 40 aos 65 anos ($M=75.54$, $SD=16.20$), $t(88)=-1.38$, $p=.237$. Assim, não se pode afirmar que os níveis de habilidades sociais aumentem com a idade. Seria, no futuro, interessante fazer um estudo comparativo entre as habilidades sociais manifestadas por um grupo etário mais jovem e outro da terceira idade. No entanto, sublinha-se investigações que têm sido feitas acerca das habilidades sociais em idosos (Carneiro, 2014).

9. Conclusão

A principal conclusão que aqui importa tratar diz respeito à eventual ligação entre sintomatologia psicopatológica e habilidades sociais. No estudo apresentado não foi encontrada uma relação entre a sintomatologia psicopatológica e as habilidades sociais, ainda que tal tenha sido encontrado noutros estudos (Feitosa, 2013; Bolsoni-Silva & Loureiro, 2016).

Relativamente às limitações da presente investigação, podem ser apontadas as seguintes: 1) o efeito da desejabilidade social durante o preenchimento do questionário; 2) a própria extensão do questionário, tendo sido mencionado como feedback ser muito extenso, o que desencorajou a participação e dificultava o manter da atenção; 3) o facto de não ser recolhido presencialmente, devido ao COVID-19, não possibilitava o esclarecimento de eventuais dúvidas; 4) o impacto que os efeitos do confinamento podem ter nos resultados.

Tendo em conta que a recolha de dados se procedeu durante a quarentena e que poderá ter influenciado os resultados, pretende-se aqui explorar o que a literatura diz sobre os efeitos psicológicos e psicopatológicos que as medidas de contenção do vírus têm tido na população. Deste modo, é de citar o estudo feito por Talevi et al. (2020), que explora as consequências que a pandemia tem trazido para a saúde mental. O COVID-19 é uma doença que teve origens em Wuhan, na China, no final de 2019 e com uma rápida disseminação (Wang, Horby, Hayden & Gao, 2020, citado por Talevi et al., 2020). As manifestações clínicas da doença vão desde estados assintomáticos a síndromes de *distress* respiratório severo e/ou com disfunções em múltiplos órgãos, pelo que não só é uma ameaça aos sistemas de saúde, como também para os sistemas sociais, pelas medidas de restrição e contenção – fecho de escolas, suspensão das actividades não essenciais e do comércio – com consequências laborais e económicas (Ayittey, 2020, citado por Talevi et al., 2020). Embora consigam controlar a disseminação do vírus, são apontadas por vários autores as consequências que têm para a saúde mental (Rubin, 2020; Duan & Zhu, 2020, citado por Talevi et al., 2020).

Os efeitos na saúde mental podem ser vivenciados por: pessoas infectadas pelo COVID-19; aqueles que são abrangidos pelas medidas de contenção; grupos específicos como o de pessoas idosas, crianças e profissionais de saúde; pessoas com doença psiquiátrica pré-existente; grávidas; presos; trabalhadores emigrantes e estudantes internacionais (Duan & Zhu, 2020; Ayittei et al., 2020; Yang et al., 2020; WHO, 2020; Li & Zhang, 2020; Rashidi & Simbar, 2020; Liebrez, Bhugra, Buadze et al., 2020; Liem, Wang, Wariyanti, Latkin & Hall, 2020; Zhai & Du, 2020, citado por Talevi et al., 2020). Relativamente às reacções psicológicas e sintomas psicopatológicos, os mais comuns são: 1) a adopção de comportamentos desadaptativos; 2) o *distress* emocional; 3) respostas defensivas como a ansiedade, medo, frustração, solidão, raiva, aborrecimento, depressão, stress e comportamentos evitantes (Taylor, 2029, citado por Talevi et al., 2020). O que se sabe de períodos anteriores em que foram necessárias medidas como a quarentena, é que a população em geral apresenta respostas de: medo, tristeza, culpa, raiva, ansiedade e insónias resultantes de altos níveis de ansiedade (Reynolds et al., 2008;

DiGiovanni, et al., 2004, citado por Talevi et al., 2020). Seria, assim, necessário um trabalho futuro de exploração para entender a influência das medidas de contenção do vírus, nos níveis de sintomatologia psicopatológica, uma vez que não se previu no presente estudo a existência das mesmas.

10. Referências

- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1978). Comportamento assertivo: um guia de auto-expressão. Interlivros.
- Alferes, Valentim. (1997). Investigação científica em psicologia: Teoria e prática.
- Allan, B. A., Dexter, C., Kinsey, R., & Parker, S. (2016). Meaningful work and mental health: job satisfaction as a moderator. *Journal of Mental Health*, 27(1), 38–44. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244718>
- Amaral, A., Afonso, R. M., & Verde, I. (2020). Sintomatologia psicopatológica em idosos institucionalizados. *Psicologia, Saúde & Doença*, 21(01), 137–143. <https://doi.org/10.15309/20psd210121>
- Bandeira, M., Costa, M. N., del Prette, Z. A. P., del Prette, A., & Gerck-Carneiro, E. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(2), 401–419. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2000000200006>
- Barham, C., & Begum, N. (2005). Sickness absence from work in the UK. *Labour market trends*, 113(4), 149-158.
- Bender, R., & Calvetti, P. (2015). Instrumentos de Avaliação Psicológica em Habilidades Sociais. *Revista de Psicologia da IMED*, 7(1), 4–14. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v7n1p4-14>
- Berrios, G. E. (2012). Psicopatologia descritiva: aspectos históricos e conceituais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(1), 171–196. <https://doi.org/10.1590/s1415-47142012000100012>
- Bloc, L., & Moreira, V. (2013). Sintoma e fenômeno na psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 28–41. <https://doi.org/10.1590/s1415-47142013000100003>
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2016). O Impacto das Habilidades Sociais para a Depressão em Estudantes Universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4). <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324212>
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(2), 227–235. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2002000200004>
- Bryant, B. K. (1982). An index of empathy for children and adolescents. *Child Development*, 53, 413-425.

- Bueno, J. M. H., Oliveira, S. M. D. S. S., & Oliveira, J. C. D. S. (2001). Um estudo correlacional entre habilidades sociais e traços de personalidade. *Psico-USF*, 6(1), 31–38. <https://doi.org/10.1590/s1413-82712001000100005>
- Ferreira, V. R. T., Cecconello, W. W., & Machado, M. R. (2017). Neurônios-espelho como possível base neurológica das habilidades sociais. *Psicologia em Revista*, 23(1), 147–159. <https://doi.org/10.5752/p.1678-9563.2017v23n1p147-159>
- Caballo, V. E. (1995). Una aportación española a los aspectos moleculares, a la evaluación y al entrenamiento de las habilidades sociales. *Revista Mexicana de Psicología*, 12(2), 121-131.
- Caballo, V. E. (1996). O treinamento em habilidades sociais. In *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 361–398). Santos.
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida, *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Editora Pactor.
- Shimba Carneiro, R. (2017). Um estudo das habilidades sociais em idosos. *Psicologia Argumento*, 32(76), 23–31. <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.32.076.ds02>
- Ceccarelli, P. (2005). O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 471–477. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722005000300015>
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1), 71–93. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2000000100005>
- Comodo, C. N., & Dias, T. P. (2017). Habilidades sociais e competência social: Analisando conceitos ao longo das obras de Del Prette e Del Prette. *Interação em Psicologia*, 21(2). <https://doi.org/10.5380/psi.v21i2.50314>
- Costa, D., Queirós, C., & Marques, A. (2010). Desigualdades Socioeconômicas na Expressão de Sintomas Depressivos. *Arquivos de Medicina*, 24(5), 185-197. <https://hdl.handle.net/10216/101710>
- del Prette, A., & del Prette, Z. A. P. (2011). *Psicologia das Habilidades Sociais: Diversidade e suas implicações* (2.ª ed.). Vozes.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. D. (1999). *Psicologia das Habilidades Sociais: terapia e educação*. Vozes.
- del Prette, Z. A. P., Villa, M. B., de Freitas, M. G., & del Prette, A. (2008). Estabilidade temporal do Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC). *Avaliação Psicológica*, 7(1), 67–74. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100009&lng=en.

- del Prette, Z. A. P., del Prette, A., Barreto, M. C. M., Bandeira, M., Rios-Saldaña, M. R., Ulian, A. L. A. O., Gerk-Carneiro, E., Falcone, E. M. D. O., & Villa, M. B. (2004). Habilidades sociais de estudantes de Psicologia: um estudo multicêntrico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 341–350. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722004000300007>
- Deluca, V., Antoniutti, C. B. P., Boff, N., Landenberger, T., Lima Argimon, I. I., & Silva Oliveira, M. (2018). A presença de sintomas psicopatológicos em crianças e responsáveis que procuram psicoterapia infantil. *Aletheia*, 51(1 e 2), 68–79.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595–605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Derogatis, L. R., & Unger, R. (2010). Symptom Checklist-90-Revised. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
- Desviat, M. (2010). Síntoma, signo e imaginario social. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1). <https://doi.org/10.4321/s0211-57352010000100007>
- Feitosa, F. B. (2013). Habilidades sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1), 38–50. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Fernandes, C. S., de Oliveira Falcone, E. M., & Sardinha, A. (2012). Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 183-196. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000100014&lng=pt&tlng=pt.
- Ferreira, V. R. T., Cecconello, W. W., & Machado, M. R. (2017b). Neurônios-espelho como possível base neurológica das habilidades sociais. *Psicologia em Revista*, 23(1), 147–159. <https://doi.org/10.5752/p.1678-9563.2017v23n1p147-159>
- Field, A. (2009). Descobrimo a estatística usando o SPSS-5. Penso Editora.
- Gallese, V., Gernsbacher, M. A., Heyes, C., Hickok, G., & Iacoboni, M. (2011). Mirror Neuron Forum. *Perspectives on Psychological Science*, 6(4), 369–407. <https://doi.org/10.1177/1745691611413392>
- Hochman, B., Nahas, F. X., Oliveira Filho, R. S. D., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cir. Bras*, 2-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>
- Iacoboni, M. (2009). Mirroring people. Picador.
- Keysers, C., & Gazzola, V. (2009). Expanding the mirror: vicarious activity for actions, emotions, and sensations. *Current Opinion in Neurobiology*, 19(6), 666–671. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2009.10.006>

- Kraft, N. H., & Keeley, J. W. (2015). Sign versus Symptom. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1–3. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp145>
- Leme, V. B. R., del Prette, Z. A. P., Koller, S. H., & del Prette, A. (2015). Habilidades sociais e o modelo bioecológico do desenvolvimento humano: análise e perspectivas. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 181–193. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015aop001>
- Lengua, L. J., & Stormshak, E. A. (2000). Gender, gender roles, and personality: Gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex roles*, 43(11), 787–820. <https://doi.org/10.1023/A:1011096604861>
- Levitan, M., Rangé, B., & Nardi, A. E. (2008). Habilidades sociais na agorafobia e fobia social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(1), 95–99. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722008000100011>
- Lordelo, E. D. R. (2002). Interação social e responsividade em ambientes doméstico e de creche: cultura e desenvolvimento. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(2), 343–350. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2002000200015>
- Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. *Braga: Psiquilíbrios Edições*.
- Mathes, B. M., Morabito, D. M., & Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Current Psychiatry Reports*, 21(5). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1–33. <https://doi.org/10.1007/BF01321377>
- Mondell, S., & Tyler, F. B. (1981). Child Psychosocial Competence and Its Measurement. *Journal of Pediatric Psychology*, 6(2), 145–154. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/6.2.145>
- Carina Peixoto, A., Bernardett Santos, C., & F. Meneses, R. (2018). Habilidades sociais na promoção de saúde: preditoras da saúde mental e sexual. *Psicologia, Saúde & Doença*, 19(1), 11–17. <https://doi.org/10.15309/18psd190103>
- Pereira, A. and Patrício, T., 2020. *Guia Prático de Utilização do SPSS*. 8th ed. Lisboa: Edições Sílabo, pp.114-115.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2012). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25(3), 439–454. <https://doi.org/10.14417/ap.456>
- Silva, A. C., & Rudge, A. M. (2017). Construindo a noção de sintoma: articulações entre psicanálise e pragmática. *Psicologia USP*, 28(2), 224–229. <https://doi.org/10.1590/0103-656420160051>

- Soares, D. J. M., Soares, T. E. A., & Emiliano, P. C. (2019). Uma aplicação do teorema central do limite. *Brazilian Journal of Development*, 5(12), 32165–32173. <https://doi.org/10.34117/bjdv5n12-293>
- Souza, F. D., & Rodrigues, M. M. P. (2002). A segregação sexual na interação de crianças de 8 e 9 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 489–496. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000300004>
- Stansfeld, S., Head, J., & Rasul, F. (2004). Occupation and mental health: secondary analyses of the ONS Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110.
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., ... & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*, 55(3), 137-144.
- Teixeira, M. O. L. (2019). Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(2), 540–560. <https://doi.org/10.12957/epp.2019.44288>
- Vietta, E. P., & Bueno, S. M. V. (1987). Sintomas existenciais versus sintomas psicopatológicos: um problema de rotulagem psiquiátrica - inquérito sobre a vivência de profissionais da saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 40(1), 53–59. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671987000100010>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (2nd ed., pp. 21-24). Lisboa: Edições Sílabo.
- Wagner, M. F., Oliveira, M. S. & Caballo, V. (2011). Treinamento de habilidades sociais e sua aplicabilidade na prática clínica. In I. Andretta & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental*. (pp. 537-552). Casa do Psicólogo.

Anexos

Anexos I – Análise Estatística

Tabela 1 – Análise da Normalidade da variável Sintomatologia Psicopatológica

	Testes de Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Sintomatologia_psicopatologica	,160	90	,000	,894	90	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 2 – Análise da Normalidade da variável Habilidades sociais

	Testes de Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Habilidades_sociais	,125	90	,001	,963	90	,012

a. Correlação de Significância de Lilliefors