

Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Lisboa: Editora Pactor.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18)

1. Indicações

1.1. Dimensões avaliadas

O *Brief Symptom Inventory* 18 (BSI-18) é um instrumento de rastreio do mal-estar (no original em inglês *distress*) psicológico composto por 18 itens, organizados em três subescalas (i.e., Somatização, Depressão e Ansiedade), cada uma constituída por seis itens. A Somatização avalia o mal-estar associado a manifestações dos sistemas regulados automaticamente (e.g., cardiovascular, gastrointestinal). A Depressão foca os sintomas nucleares das perturbações depressivas (e.g., humor disfórico, anedonia, desesperança, ideação suicida). Por fim, a Ansiedade inclui sintomas indicativos de estados de pânico (e.g., nervosismo, tensão, agitação motora, apreensão). O somatório dos 18 itens permite obter o Índice de Gravidade Global (IGG), que corresponde ao nível geral de mal-estar psicológico do indivíduo. Os respondentes devem avaliar a intensidade (de 0 - *Nada* a 4 - *Extremamente*) com que, nos últimos sete dias, experienciaram 18 manifestações de sintomatologia psicopatológica (Derogatis, 2001).

1.2. Populações-alvo

Como anteriormente indicado, o BSI-18 é um instrumento de rastreio do mal-estar psicológico, sendo aplicável a indivíduos da população em geral e clínica, com qualquer tipo de patologia. O BSI-18 destina-se a indivíduos adultos (idade igual ou superior a 18 anos).

O BSI-18 pode ser aplicado através das modalidades de autorrelato ou apoiado pelo entrevistador. A sua aplicação requer que o indivíduo tenha capacidade para compreender as perguntas que constituem o instrumento. Uma atenção particular deverá ser dada aos indivíduos

idosos. Neste caso, o entrevistador deve garantir que estes compreenderam as instruções e que têm capacidade para preencher o instrumento.

2. História

O BSI-18 é a medida mais breve e recente, de uma série de instrumentos desenvolvidos por Derogatis para avaliar a sintomatologia psicopatológica. O BSI-18 é composto por 18 itens, retirados de dois inventários mais longos desenvolvidos por este autor: o *Brief Symptom Inventory* (BSI, com 53 itens; Derogatis, 1993) e a *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R, com 90 itens; Derogatis, 1994), que avaliam nove dimensões de sintomatologia psicopatológica: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. As correlações elevadas que se verificaram entre as pontuações obtidas no BSI-18 e na SCL-90-R, numa amostra da população geral ($r = 0.91-0.96$) (Derogatis, 2001) e numa amostra de doentes com perturbações do humor ($r = 0.94-0.97$) (Prinz et al., 2013), bem como entre o BSI-18 e o BSI ($r = 0.98$), numa amostra de grávidas (Sheikh et al., 2006), atestam que o BSI-18 é tão eficaz como os mais longos (BSI e SCL-90-R) na avaliação da sintomatologia psicopatológica.

3. Fundamentação teórica

O rastreio do mal-estar psicológico pode ter importantes implicações na diminuição de custos e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, ao permitir a identificação e intervenção precoces nas perturbações psiquiátricas (Derogatis, 2001). Pelo facto de muitas delas não serem corretamente diagnosticadas no âmbito dos cuidados de saúde primários, este autor desenvolveu o BSI-18, que avalia a psicossintomatologia experienciada pelo indivíduo nos últimos sete dias. Contrariamente às versões longas, que avaliam nove dimensões de sintomatologia psicopatológica, o BSI-18 tem a vantagem de ser uma medida de rastreio fácil de preencher e cotar, avaliando os três sintomas psicopatológicos mais frequentes (Wiesner et al., 2010). Com efeito, na seleção das subescalas a incluir no BSI-18, Derogatis (2001) teve em

conta que a maioria das perturbações psiquiátricas na população geral e clínica é de natureza ansiosa e/ou depressiva e que as perturbações psiquiátricas menos prevalentes (e.g., esquizofrenia) se associam com frequência a sintomas de natureza depressiva, ansiosa e somatoforme.

Em 2001, Derogatis explorou a estrutura fatorial do BSI-18 numa amostra da população geral, tendo encontrado uma estrutura de quatro fatores: enquanto as subescalas Somatização e Depressão se organizaram nos seis itens teoricamente associados a cada uma delas, a subescala Ansiedade dividiu-se em dois fatores, um representando a ansiedade e um segundo representando a sintomatologia de pânico, constituindo, a nível conceptual, um componente da ansiedade clínica. Embora reconhecendo que, para efeitos de diagnóstico, a sintomatologia de pânico pode constituir um fenómeno clínico específico, Derogatis defendeu a utilização da estrutura trifatorial originalmente proposta, atendendo ao objetivo do BSI-18 (i.e., constituir um instrumento de rastreio do mal-estar psicológico).

A estrutura fatorial do BSI-18 tem sido testada em diversos estudos, por via exploratória e confirmatória. Em relação à última, globalmente, ao comparar os modelos de três e quatro fatores, alguns estudos não têm mostrado diferenças nos seus níveis de ajustamento (Durá et al., 2006; Recklitis et al., 2006; Wang et al., 2013; Wiesner et al., 2010) ou têm identificado o modelo teórico de três fatores como melhor (Galdón et al., 2008; Houghton et al., 2012). Em ambos os casos, a preferência recai no modelo teórico de três fatores, com base na parcimónia (Durá et al., 2006; Galdón et al., 2008; Recklitis et al., 2006; Wang et al., 2013; Wiesner et al., 2010), na facilidade de interpretação (Recklitis et al., 2006), na consistência interna das subescalas (Durá et al., 2006) e na significância prática dos três fatores, atendendo ao facto de o BSI-18 não ter por objetivo distinguir os subtipos de ansiedade (Durá et al., 2006; Recklitis et al., 2006; Wang et al., 2013).

A fiabilidade do BSI-18, tendo por base a consistência interna das subescalas e do total, tem sido atestada em inúmeros estudos, com amostras diversificadas ao nível do estado de saúde física e mental, como por exemplo amostras não clínicas (Spitzer et al., 2011), doentes

oncológicos (Galdón et al., 2008; Zabora et al., 2001), sobreviventes de doença oncológica (Recklitis et al., 2006; Recklitis & Rodriguez, 2007), doentes com patologia cardíaca e/ou disfunção renal (Khalil et al., 2011), doentes psiquiátricos (Andreu et al., 2008; Franke et al., 2011; Spitzer et al., 2011), entre outras. Também ao nível da estabilidade temporal, o BSI-18 tem apresentado resultados muito satisfatórios (Andreu et al., 2008; Houghton et al., 2012; Meachen et al., 2008; Spitzer et al., 2011). Não obstante estes dados, o BSI-18 mostrou também ser um instrumento com sensibilidade à mudança, verificando-se uma diminuição significativa das pontuações de um grupo de doentes psiquiátricos, avaliados antes e após o tratamento psicológico (Andreu et al., 2008).

A validade do BSI-18 tem também sido demonstrada de diferentes formas. Vários estudos mostraram correlações significativas e elevadas entre o BSI-18 e medidas que avaliam constructos com os quais se espera que a sintomatologia psicopatológica esteja relacionada, como a sintomatologia ansiosa (Andreu et al., 2008; Spitzer et al., 2011) e depressiva (Andreu et al., 2008; Khalil et al., 2011; Meachen et al., 2008; Spitzer et al., 2011), o afeto negativo (Meachen et al., 2008), o mal-estar (Houghton et al., 2012) e o bem-estar (Houghton et al., 2012). Existem também dados que sugerem validade discriminante do BSI-18, mostrando a existência de correlações baixas com constructos como o nível de dependência funcional e o grau de incapacidade motora, cognitiva e psicossocial (Meachen et al., 2008).

Face ao exposto, os dados oferecidos por diferentes estudos têm sustentado a fiabilidade e validade do BSI-18, tornando-o num instrumento cuja utilização pode ser vantajosa quando se pretende fazer um rastreio rápido e eficaz da psicossintomatologia.

4. Estudos realizados em Portugal

4.1. Data e objetivos

O estudo de validação da versão em português europeu do BSI-18 foi realizado por investigadores da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de

Coimbra (Nazaré, Pereira, & Canavarro, 2015). O processo de validação do BSI-18 iniciou-se em 2008, na altura em que foram feitos os primeiros contactos com a Pearson, tendo a recolha de amostra decorrido entre março de 2010 e março de 2011. Importa referir que, à data da realização deste estudo, já se encontravam devidamente validadas as versões portuguesas das medidas que estiveram na base do desenvolvimento do BSI-18: o BSI (Canavarro, 1999, 2007) e a SCL-90-R (Baptista, 1993).

4.2. Amostra e metodologia

Tendo em conta a especificidade das variáveis avaliadas, os estudos do BSI-18 realizaram-se na população em geral e na população clínica. A amostra foi composta por 325 participantes, subdivididos em dois grupos: um comunitário ($n = 184$) e um clínico ($n = 141$). No que respeita ao grupo comunitário, os participantes tinham uma idade média de 37.86 anos ($DP = 15.38$) e, em média, 12.22 anos de escolaridade ($DP = 4.44$). Eram maioritariamente do sexo feminino ($n = 104$; 56.5%), solteiros ($n = 86$; 46.7%) ou casados/unidos de facto ($n = 84$; 44.7%), empregados ($n = 111$; 60.3%) ou estudantes ($n = 56$; 30.4%) e sem história de perturbações psiquiátricas ($n = 152$; 85.4%).

Os participantes do grupo clínico tinham uma idade média de 39.48 anos ($DP = 12.24$) e, em média, 11.68 anos de escolaridade ($DP = 4.98$). Eram, na maioria, do sexo feminino ($n = 75$; 53.2%), casados/unidos de facto ($n = 61$; 43.9%) ou solteiros ($n = 52$; 37.4%), empregados ($n = 78$; 55.7%), desempregados ($n = 28$; 20%) ou reformados ($n = 18$; 12.9%). Relativamente ao diagnóstico, 61 (45.9%) tinham perturbações de humor, 32 (24.1%) perturbações de ansiedade, 13 (9.8%) perturbações psicóticas, 11 (8.3%) perturbações de humor e de ansiedade, 4 (3%) perturbações de personalidade e 12 (9%) reportavam outras perturbações. No que se prende com o acompanhamento atual, a maioria ($n = 78$; 57.4%) reportou ter acompanhamento psicológico e psiquiátrico, 43 (31.6%) referiram ter apenas acompanhamento psiquiátrico e 15 (11%) referiram ter só acompanhamento psicológico.

Instrumentos

A bateria de avaliação foi constituída por, para além do BSI-18, uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos e três questionários de autorresposta. A ficha de dados incluiu perguntas referentes a variáveis sociodemográficas (i.e., sexo, idade, estado civil, anos de escolaridade e situação profissional) e clínicas (i.e., história de perturbações psiquiátricas, diagnóstico, acompanhamento atual e regime de tratamento). Com vista aos estudos de validade convergente e discriminante, os questionários de autorrelato utilizados foram os seguintes: Inventário Depressivo de Beck (BDI; Beck et al., 1961; versão portuguesa (VP): Vaz Serra & Abreu, 1973); Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung (EAAZ; Zung, 1971; VP: Ponciano, Vaz Serra, & Relvas, 1982); e o Brief COPE (VP: Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Procedimentos

A primeira etapa consistiu no pedido de autorização à Pearson, detentora dos direitos de autor da versão original do BSI-18, para a utilização, tradução e adaptação deste instrumento para a população portuguesa. Em seguida, procedeu-se à tradução do questionário, de acordo com o método proposto por Hill e Hill (2005). Assim, o questionário começou por ser traduzido para português por duas pessoas, originando uma versão que foi posteriormente traduzida para inglês por uma terceira pessoa, fluente na língua inglesa. Na etapa seguinte, as duas versões em inglês (a original e a resultante da retroversão) foram comparadas e, perante a inexistência de diferenças entre ambas que resultassem numa mudança de significado dos itens, a tradução portuguesa foi mantida.

O grupo clínico incluiu indivíduos com diagnósticos psiquiátricos atualmente a receber acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, com 18 anos ou mais e capacidade para ler e escrever. Este grupo foi constituído por utentes da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, tendo o estudo sido aprovado pelas respetivas Comissões de Ética. O grupo comunitário foi constituído por indivíduos que acederam a preencher os instrumentos de autorrelato, com 18 anos ou mais e

capacidade para ler e escrever. Para ambos os grupos, a distribuição dos questionários ocorreu pessoalmente, sendo os indivíduos abordados diretamente e convidadas a participar no estudo. Todos foram informadas dos objetivos do trabalho, tendo-lhes sido assegurada a confidencialidade e garantido o anonimato das respostas aos questionários. Os indivíduos que aceitaram colaborar na investigação assinaram um documento de consentimento informado. A apresentação dos questionários não obedeceu a qualquer ordem particular e foi igual para todos os participantes (ou seja, ficha de dados sociodemográficos e clínicos, BSI-18, IDB, EAAZ e Brief COPE). Cerca de quatro semanas depois do preenchimento do protocolo, alguns participantes foram novamente contactados, tendo-lhes sido solicitado que respondessem de novo ao BSI-18, de modo a obter os dados necessários à avaliação da sua estabilidade temporal.

4.3. Resultados relativos à precisão

Consistência interna

Para análise da consistência interna foram calculadas, em primeiro lugar, estatísticas descritivas (i.e., média, desvio-padrão, assimetria e curtose), no sentido de avaliar a distribuição das respostas às subescalas e itens do BSI-18. No Quadro 1, apresentam-se as características distribucionais, consistência interna e estabilidade temporal das subescalas e do total do BSI-18, separadamente para os grupos clínico e comunitário. Em termos gerais, no grupo clínico, os valores médios das subescalas e do total aproximaram-se dos valores centrais possíveis para estas variáveis. Os valores de assimetria e curtose, atendendo ao critério de 1 que Meyers, Gamst e Guarino (2013) designam como liberal, revelaram-se adequados. Em contraste, o mesmo não se verificou no grupo comunitário, o que é compreensível, dadas as características deste grupo, bem como a natureza dos construtos avaliados pelo BSI-18. No que respeita aos itens, os resultados obtidos seguiram o mesmo padrão do registado para as diferentes subescalas e total, com os valores do grupo clínico a revelarem-se nos intervalos desejáveis (Carretero-Dios & Pérez, 2005; DeVellis, 2011).

Para averiguar a precisão dos dados, procedemos também à análise da consistência interna das subescalas e do total do BSI-18, através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Para ambos os grupos, os valores do alfa de Cronbach das três subescalas e do total foram muito bons (DeVellis, 2011), sendo iguais ou superiores a 0.80 (ver Quadro 01). Todos os valores do alfa de Cronbach excluindo cada item (dados não apresentados) se situaram ligeiramente abaixo ou corresponderam exatamente ao valor do alfa total, pelo que contribuem para a consistência interna do instrumento. As correlações item-total, no grupo clínico, as correlações item-total variaram entre 0.45 (item 1) e 0.78 (item 14); no grupo comunitário, variaram entre 0.51 (item 7) e 0.76 (item 8).

Estabilidade temporal

A estabilidade temporal do BSI-18 também se mostrou adequada, dado que, entre as duas administrações do instrumento, se verificaram associações moderadas a altas para as subescalas e para o total (à exceção da subescala Somatização, no grupo clínico, cuja intensidade da associação foi baixa, ainda que estatisticamente significativa; ver Quadro 1).

Quadro 1. Características distribucionais, consistência interna e estabilidade temporal do BSI-18

	<i>M</i> (Min-Max)	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose	Alfa de Cronbach	Estabilidade temporal ^a
<i>Grupo clínico</i>						
SOM	6.06 (0-23)	4.92	0.86	0.44	0.80	0.36*
DEP	10.26 (0-24)	6.70	0.29	-1.03	0.89	0.58***
ANS	9.94 (0-24)	6.18	0.38	-0.67	0.87	0.53***
IGG	26.26 (0-71)	15.94	0.54	-0.47	0.93	0.54***
<i>Grupo comunitário</i>						
SOM	3.66 (0-19)	4.05	1.33	1.53	0.80	0.63***
DEP	4.04 (0-22)	4.52	1.53	2.37	0.86	0.79***
ANS	4.90 (0-21)	4.10	0.95	0.75	0.80	0.70***
IGG	12.59 (0-51)	11.20	1.17	0.92	0.92	0.78***

Nota. SOM = Somatização; DEP = Depressão; ANS = Ansiedade; IGG = Índice de Gravidade Global.

^a Grupo clínico: $n = 47$. Grupo comunitário: $n = 30$.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

4.4. Resultados relativos à validade

Validade de constructo

A validade de constructo do BSI-18 foi avaliada através de uma análise fatorial confirmatória (AFC) com o objetivo de testar o modelo unidimensional, o modelo de três dimensões (modelo teórico) e o modelo de quatro dimensões identificado em diversas análises exploratórias. De forma a avaliar a adequabilidade dos modelos aos dados da amostra, e tendo em conta os critérios apresentados por Marôco (2010), foram considerados os seguintes índices: o χ^2 (o nível de significância associado deverá ser > 0.05), a razão entre o χ^2 e os graus de liberdade ($\chi^2/\text{g.l.}$; cujo valor deverá situar-se entre 2 e 5), o *Comparative Fit Index* (CFI; este valor deverá ser ≥ 0.90) e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; este valor deverá ser < 0.10).

Considerando os critérios mencionados, os valores do modelo unidimensional não corresponderam ao desejável [$\chi^2 = 680.86$, g.l. = 135, $\chi^2/\text{g.l.} = 5.04$, $p < 0.001$; CFI = 0.84; RMSEA = .11 (90% CI 0.10–0.12)]. Os modelos de três [$\chi^2 = 469.25$, g.l. = 132, $\chi^2/\text{g.l.} = 3.56$, $p < 0.001$; CFI = 0.90; RMSEA = 0.09 (90% CI 0.08–0.10)] e quatro dimensões [$\chi^2 = 460.30$, g.l. = 131, $\chi^2/\text{g.l.} = 3.57$, $p < 0.001$; CFI = 0.90; RMSEA = 0.09 (90% CI 0.09–0.09)] apresentaram indicadores de ajustamento satisfatórios, os quais não variaram entre os modelos de primeira e de segunda ordem (i.e., incluindo um fator de segunda ordem correspondente ao nível de mal-estar psicológico geral) testados, com exceção do valor do χ^2 . O facto de o nível de significância deste índice não ser desejável pode decorrer da sua elevada sensibilidade ao tamanho da amostra (Marôco, 2010). O modelo de quatro dimensões apresentou indicadores de ajustamento significativamente mais satisfatórios do que o de três dimensões ($\chi^2_{\text{dif}} = 8.95$, Δ g.l.

= 1, $p < 0.01$). Subscrevendo a decisão de Derogatis (2001), adotámos o modelo de três dimensões.

Suportando a validade de constructo, as correlações positivas e estatisticamente significativas (todas $p < .001$) entre as subescalas e o total indicaram que estes avaliam o mesmo constructo (cf. Quadro 2). Globalmente, no grupo clínico, as correlações variaram entre 0.63 (entre a Somatização e a Depressão) e 0.92 (entre a Ansiedade e o IGG). No grupo comunitário, as correlações variaram entre 0.64 (entre a Somatização e a Depressão) e 0.90 (entre a Depressão e o IGG).

Validade convergente

Para avaliar a validade convergente, foram calculadas as correlações entre o BSI-18, o BDI e a EAAZ. Estas revelaram-se estatisticamente significativas ($p < 0.001$) e com uma força moderada, mostrando que os constructos se encontram associados (cf. Quadro 2).

Quadro 2. Validade de constructo e convergente do BSI-18

BSI 18	BSI 18				BDI	EAAZ
	SOM	DEP	ANS	IGG	Total	Total
<i>Grupo clínico</i>						
SOM	-	0.63***	0.73***	0.86***	0.41***	0.62***
DEP		-	0.74***	0.90***	0.64***	0.54***
ANS			-	0.92***	0.52***	0.55***
IGG				-	0.60***	0.63***
<i>Grupo comunitário</i>						
SOM	-	0.64***	0.65***	0.86***	0.43***	0.61***
DEP		-	0.72***	0.90***	0.55***	0.51***
ANS			-	0.89***	0.49***	0.65***
IGG				-	0.55***	0.66***

Nota. SOM = Somatização; DEP = Depressão; ANS = Ansiedade; IGG = Índice de Gravidade Global.

*** $p < 0.001$.

Validade discriminante

Para avaliar a validade discriminante, foram calculadas as correlações entre as subescalas e o total do BSI-18 e as dimensões avaliadas pelo Brief COPE. As correlações foram maioritariamente não significativas ou, quando significativas, de intensidade muito baixa ou baixa (Pestana & Gageiro, 2005), de acordo com o que é esperado de um instrumento que mede um constructo diferente (ver Quadro 3). Note-se que, para o grupo clínico, quatro correlações apresentaram uma intensidade moderada ($r > 0.40$).

Quadro 3. Validade discriminante do BSI-18

	Brief COPE													
	CA	P	USI	USSE	R	RP	AC	A	ES	N	AD	DC	US	H
<i>Grupo clínico</i>														
SOM	-0.11	-0.01	0.19*	0.17*	0.03	-0.10	0.28**	0.13	0.05	0.17*	-0.01	0.24**	-0.01	-0.03
DEP	-0.36***	-0.07	0.16	0.19*	0.03	-0.29**	0.48***	-0.08	-0.03	0.10	-0.22**	0.43***	0.07	-0.28**
ANS	-0.22*	0.03	0.19*	0.19*	-0.07	-0.21*	0.41***	0.01	0.03	0.10	-0.07	0.34***	0.02	-0.21*
IGG	-0.27**	-0.02	0.20*	0.21*	0.01	-0.23**	0.45***	0.01	0.01	0.13	-0.13	0.39***	0.04	-0.21*
<i>Grupo comunitário</i>														
SOM	-0.17*	-0.12	-0.05	-0.07	0.09	-0.10	0.22**	-0.05	0.06	0.20**	0.15*	0.18*	0.16*	-0.03
DEP	-0.25**	-0.20**	-0.10	-0.05	0.10	-0.14	0.32***	-0.00	0.10	0.16*	0.05	0.20**	0.16*	-0.12
ANS	-0.16*	-0.14	0.01	0.03	0.15*	-0.12	0.27***	-0.02	0.22**	0.24**	0.09	0.13	0.19*	-0.07
IGG	-0.22**	-0.17*	-0.06	-0.03	0.13	-0.14	0.31***	-0.03	0.14	0.22**	0.11	0.19**	0.19*	-0.08

Nota. CA = Coping Ativo. P = Planear. USI = Utilizar Suporte Instrumental. USSE = Utilizar Suporte Social Emocional. R = Religião. RP = Reinterpretação Positiva. AC = Auto-culpabilização. A = Aceitação. ES = Expressão de Sentimentos. N = Negação. AD = Auto-distração. DC = Desinvestimento Comportamental. US = Uso de Substâncias. H = Humor.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

Validade de critério

No âmbito da validade de critério, procedemos ainda à comparação das pontuações nos dois grupos em estudo, de forma a verificar se o instrumento é capaz de distinguir os indivíduos com e sem perturbações psiquiátricas. O BSI-18 mostrou ter capacidade para os diferenciar, visto que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas

(Somatização: $F = 23.21, p < 0.001, \eta^2 = 0.07$; Depressão: $F = 99.78, p < 0.001, \eta^2 = 0.24$; Ansiedade: $F = 78.06, p < 0.001, \eta^2 = 0.20$) e no IGG ($F = 82.35, p < 0.001, \eta^2 = 0.20$), com o grupo clínico a apresentar valores superiores (ver Quadro 1 para uma apreciação das médias e variância dos vários subgrupos).

4.5. Procedimentos de aplicação e cotação

O BSI-18 pode ser aplicado individual ou coletivamente. Apesar de ser um inventário de autorrelato, no momento da sua aplicação, deverá ser reservado um breve período de tempo para o técnico fornecer as instruções gerais antes do preenchimento. Em determinadas situações em que não é possível optar pela metodologia de autorrelato (e.g., dificuldades físicas ou associadas ao nível de instrução do respondente), o entrevistador pode apoiar o preenchimento (e.g., leitura das instruções, explicação da forma de preenchimento e esclarecimento de dúvidas). Em circunstâncias normais, para preencher o BSI-18 são necessários 3 a 5 minutos.

Para obter as pontuações para as três subescalas deverá, somar-se os valores (0-4) obtidos nos seis itens que compõem cada uma delas (Somatização: itens 1, 4, 7, 10, 13 e 16; Depressão: itens 2, 5, 8, 11, 14 e 17; Ansiedade: itens 3, 6, 9, 12, 15 e 18). As fórmulas de cálculo das três subescalas são as seguintes: Somatização ($SOM = BSI18_01 + BSI18_04 + BSI18_07 + BSI18_10 + BSI18_13 + BSI18_16$); Depressão ($DEP = BSI18_02 + BSI18_05 + BSI18_08 + BSI18_11 + BSI18_14 + BSI18_17$); Ansiedade ($SOM = BSI18_03 + BSI18_06 + BSI18_09 + BSI18_12 + BSI18_15 + BSI18_18$). O cálculo do IGG é obtido mediante o somatório de todos os itens do BSI-18. De acordo com o manual do BSI-18 (Derogatis, 2001), em caso de não-resposta aos itens (*missings*), é possível aceitar um protocolo desde que os *missings* não ultrapassem os seis, no total, e que não haja mais de dois *missings* em cada subescala. Para estimar o valor dos *missings*, deve calcular-se a média do valor dos itens respondidos e arredondar-se. As pontuações brutas ou originais (i.e., os resultados obtidos no BSI-18) devem ser convertidas em Resultados T.

5. Interpretação dos resultados

De um modo geral, a interpretação das pontuações do BSI-18 é feita de forma linear, dada a natureza descritiva da informação que este instrumento de avaliação permite obter. Em termos gerais, pontuações mais elevadas correspondem a sintomatologia psicopatológica mais intensa. No entanto, é de assinalar que a forma de leitura dos resultados dependerá do objetivo de utilização do inventário. Do ponto de vista clínico, é igualmente possível uma leitura mais qualitativa dos resultados, sendo que a análise das pontuações obtidas nas três subescalas fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que perturba preponderantemente o indivíduo.

6. Avaliação crítica

6.1. Vantagens e potencialidades

Como já referimos, o BSI-18 permite avaliar três dimensões de sintomas psicopatológicos, apresentando diversas características que tornam a sua utilização vantajosa quando se pretende fazer o rastreio da sintomatologia psicopatológica, com vista a encaminhar os indivíduos para serviços de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico sempre que necessário: o tempo de administração e de cotação é breve; por ser de autorrelato, considera a perceção do indivíduo que experiencia as manifestações de psicossintomatologia, as quais podem estar inacessíveis a observadores externos (Derogatis, 2001), sendo ainda menos dispendioso do que a entrevista clínica. Pelo facto de apresentar sensibilidade à mudança (Andreu et al., 2008), o BSI-18 pode constituir também uma medida de monitorização e de avaliação da intervenção psicológica/ psiquiátrica. A versatilidade do BSI-18 está ainda patente no facto de o instrumento ter demonstrado ser fiável em amostras bastante diversificadas ao nível do estado de saúde física e mental.

As características psicométricas do BSI-18 aqui apresentadas oferecem segurança na sua utilização, atestando-o como um bom questionário de avaliação de sintomas do foro

psicopatológico. Como também foi demonstrado pelos resultados, o BSI-18 é um bom instrumento de rastreio da saúde mental, permitindo distinguir os indivíduos que apresentam perturbações emocionais dos que não as apresentam. No entanto, a utilização exclusiva do inventário não permite a formulação de um diagnóstico.

Em síntese, o BSI-18 constitui um questionário passível de ser utilizado em contextos clínicos e de investigação, sempre que se pretenda que a avaliação seja rápida e quando o foco dos profissionais incide nas manifestações mais prevalentes das perturbações psicológicas (Derogatis, 2001). É ainda de notar que, por já ter sido adaptado para diversas línguas, a utilização deste instrumento possibilita comparações com dados de diferentes países e culturas.

6.2. Limitações

No sentido do exposto no ponto anterior, parece-nos que o maior inconveniente da utilização do BSI-18, à semelhança do apontado para as versões longas que lhe deram origem (Canavaro, 2007), não se prende com o inventário em si, mas com eventuais interpretações abusivas dos seus resultados. Um avaliador menos esclarecido poderá sentir-se tentado a considerar os resultados não como indicadores de sintomatologia, mas como fundamentos únicos para um diagnóstico. Neste sentido, é fundamental o recurso a meios de avaliação complementares (e.g., Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do Eixo I do Perturbações do Eixo I do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV – SCID-I), caso se pretenda estabelecer um diagnóstico psiquiátrico.

6.3. Desenvolvimento e estudos futuros

Na linha do exposto anteriormente, atendendo a que o nível de mal-estar psicológico pode influenciar as características estruturais da escala (Meijer, de Vries, & van Bruggen, 2011), considera-se importante que, em estudos futuros com amostras de maior dimensão, se avalie a invariância da estrutura do BSI-18 tendo em conta a intensidade da psicossintomatologia (i.e., comparando o grupo comunitário com o grupo clínico). De igual

forma, consideramos relevante proceder, futuramente, ao estudo de algumas características psicométricas do BSI-18 não avaliadas no presente trabalho, incluindo a sensibilidade à mudança, o valor preditivo positivo (proporção de indivíduos com resultados verdadeiramente positivos – tanto no teste em avaliação como no *gold standard* – entre os diagnosticados como positivos) e o valor preditivo negativo (proporção de indivíduos com resultados verdadeiramente negativos entre os diagnosticados como negativos. Por fim, salienta-se a importância de constituir uma amostra representativa da população, para que se possam calcular os valores estandardizados e estabelecer normas do BSI-18 para a população Portuguesa.

7. Bibliografia fundamental

- Andreu, Y., Galdón, M. J., Durá, E., Ferrando, M., Murgui, S., García, A., & Ibáñez, E. (2008). Psychometric properties of the Brief Symptoms Inventory-18 (BSI-18) in a Spanish sample of outpatients with psychiatric disorders. *Psicothema*, 20, 844-850.
- Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Porto: Porto.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO-APPOR.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III, pp. 305-330). Coimbra: Quarteto Editora.

- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI) administration, scoring, and procedures manual* (3.^a ed.). Minneapolis, MN: Pearson.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) administration, scoring, and procedures manual* (3.^a ed.). Minneapolis, MN: Pearson.
- Derogatis, L. R. (2001). *BSI 18 – Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: Pearson.
- DeVellis, R. F. (2011). *Scale development: Theory and applications* (3.^a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Durá, E., Andreu, Y., Galdón, M. J., Ferrando, M., Murgui, S., Poveda, R., & Jimenez, Y. (2006). Psychological assessment of patients with temporomandibular disorders: Confirmatory analysis of the dimensional structure of the Brief Symptoms Inventory 18. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 365-370. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.013
- Franke, G. H., Ankerhold, A., Haase, M., Jäger, S., Tögel, C., Ulrich, C., & Frommer, J. (2011). The usefulness of the Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) in psychotherapeutic patients. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61, 82-86. doi:10.1055/s-0030-1270518
- Galdón, M. J., Durá, E., Andreu, Y., Ferrando, M., Murgui, S., Pérez, S., & Ibañez, E. (2008). Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory-18 in a Spanish breast cancer sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 533-539. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.05.009
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Houghton, F., Keane, N., Murphy, N., Houghton, S., Dunne, C., Lewis, C. A., & Breslin, M. J. (2012). The Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18): Norms for an Irish third-level college sample. *The Irish Journal of Psychology*, 33, 43-62. doi:10.1080/03033910.2012.672247

- Khalil, A. A., Hall, L. A., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Frazier, S. A. (2011). The psychometric properties of the Brief Symptom Inventory Depression and Anxiety subscales in patients with heart failure and with or without renal dysfunction. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 419-429. doi:10.1016/j.apnu.2010.12.005
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Meachen, S.-J., Hanks, R. A., Millis, S. R., & Rapport, L. J. (2008). The reliability and validity of the Brief Symptom Inventory_18 in persons with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 958-965. doi:10.1016/j.apmr.2007.12.028
- Meijer, R. R., de Vries, R. M., & van Bruggen, V. (2011). An evaluation of the Brief Symptom Inventory–18 using Item Response Theory: Which items are most strongly related to psychological distress? *Psychological Assessment*, 23, 193-202. doi:10.1037/a0021292
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2013). *Applied multivariate research: Design and interpretation* (2.^a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2015). *Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18)*. Manuscrito submetido para publicação.
- Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 3-15.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ponciano, E., Vaz Serra, A., & Relvas, J. (1982). Aferição da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade, de Zung, numa amostra da população portuguesa: Resultados da aplicação numa amostra da população normal. *Psiquiatria Clínica*, 3, 191-202.
- Prinz, U., Nutzinger, D. O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C., & Andreas, S. (2013). Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry*, 13, 104. doi:10.1186/1471-244X-13-104

- Recklitis, C. J., Parsons, S. K., Shih, M.-C., Mertens, A., Robison, L. L., & Zeltzer, L. (2006). Factor structure of the Brief Symptom Inventory—18 in adult survivors of childhood cancer: Results from the Childhood Cancer Survivor Study. *Psychological Assessment, 18*, 22-32. doi:10.1037/1040-3590.18.1.22
- Recklitis, C. J., & Rodriguez, P. (2007). Screening childhood cancer survivors with the Brief Symptom Inventory-18: Classification agreement with the Symptom Checklist-90-Revised. *Psycho-Oncology, 16*, 429-436. doi:10.1002/pon.1069
- Sheikh, A., Johnson, R., Mulekar, M., Crichley, C., & Scott, P. (2006). Evaluation of the BSI-18 for measurement of psychological distress in pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 193*, S88. doi:10.1016/j.ajog.2005.10.791
- Spitzer, C., Hammer, S., Löwe, B., Grabe, H. J., Barnow, S., Rose, M., ... Franke, G. H. (2011). The short version of the Brief Symptom Inventory (BSI-18): Preliminary psychometric properties of the German translation. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 79*, 517-523. doi:10.1055/s-0031-1281602
- Vaz Serra, A. S., & Abreu, J. L. P. C. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica, XX*, 623-644.
- Wang, J., Kelly, B. C., Liu, T., Zhang, G., & Hao, W. (2013). Factorial structure of the Brief Symptom Inventory (BSI)-18 among Chinese drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 133*, 368-375. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.06.017
- Wiesner, M., Chen, V., Windle, M., Elliott, M. N., Grunbaum, J. A., Kanouse, D. E., & Schuster, M. A. (2010). Factor structure and psychometric properties of the Brief Symptom Inventory—18 in women: A MACS approach to testing for invariance across racial/ethnic groups. *Psychological Assessment, 22*, 912-922. doi:10.1037/a0020704
- Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Jacobsen, P., Curbow, B., Piantadosi, S., Hooker, C., ... Derogatis, L. (2001). A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. *Psychosomatics, 42*, 241-246. doi:10.1176/appi.psy.42.3.241

Zung, W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, *XII*, 371-379. doi:10.1016/S0033-3182(71)71479-0

8. Material

Questionário e outra documentação aplicável fornecida pela Pearson.

9. Edição e distribuição

A versão portuguesa do BSI-18 pode ser disponibilizada mediante pedido à Pearson, que detém os direitos de comercialização: pas.licensing@pearson.com.

10. Contacto com os autores

Maria Cristina Canavarro. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, 3000-115 Coimbra [endereço eletrónico:

mccanavarro@fpce.uc.pt]

Agradecimentos: Este estudo enquadra-se no projeto “Decisões reprodutivas e transição para a parentalidade: Adaptação individual, conjugal e relações pais-filhos”, do grupo de investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde da Unidade de I&D Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo Comportamental. Bárbara Nazaré foi bolsreira de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT; SFRH/BD/43204/2008). Marco Pereira foi bolsreiro de Pós-Doutoramento da FCT (SFRH/BPD/44435/2008).