

# **Avaliação Psicológica e Psiquiatria Clínica: conceitos fundamentais e princípios para o uso de instrumentos psicométricos no contexto clínico**

## **Objectivos Pedagógicos**

1. Compreender os requisitos necessários na selecção de um instrumento psicométrico para uso clínico;
2. Conhecer o âmbito de aplicação da avaliação psicométrica no contexto clínico em psiquiatria;
3. Ter um conhecimento genérico do tipo de instrumentos usados na avaliação diagnóstica, sintomática, cognitiva, da personalidade e funcionalidade.

## **Introdução**

A avaliação psicológica consiste num processo orientado para o conhecimento, compreensão e formulação de um juízo acerca de uma outra pessoa, com vista à identificação das características distintivas do seu funcionamento psicológico (Simões, 1993).

O processo de avaliação deve recorrer idealmente a várias fontes de informação, devido à especificidade situacional e à variabilidade temporal do comportamento. Por outro lado, torna-se necessário o recurso a vários métodos de avaliação (entrevistas, escalas de avaliação, inventários, questionários, testes psicológicos) no sentido de assegurar informação mais diversificada e relevante, aumentando a capacidade de compreender o problema (Simões, 1994).

Os instrumentos de avaliação psicológica podem ter diferentes propósitos (Hall, 2009), sendo os mais relevantes no âmbito da prática clínica psiquiátrica os seguintes:

- a) avaliação inicial de um doente, auxiliando o processo de diagnóstico diferencial e de quantificação da gravidade do problema clínico;

- b) selecção de doentes para determinadas estratégias de tratamento e/ou reabilitação;
- c) monitorização dos efeitos do tratamento.

Este capítulo pretende abordar apenas questões relacionadas com as necessidades de avaliação psicológica no contexto clínico com indivíduos adultos, que poderão ser divididas nos seguintes tópicos:

- 1) Conceitos psicométricos fundamentais
- 2) Entrevistas diagnósticas
- 3) Instrumentos de avaliação de sintomas
- 4) Avaliação cognitiva e neuropsicológica
- 5) Avaliação da personalidade
- 6) Avaliação da funcionalidade

### **1. Conceitos psicométricos fundamentais**

Os testes psicométricos procuram medir o grau em que um sujeito possui determinada característica ou traço psicológico. Esta quantidade corresponde ao *score real*. O *score* obtido a partir de um dado teste é o *score observado*. Assume-se que o *score observado* é função de dois valores: o *score real* mais uma certa quantidade de erro, uma vez que nenhum teste é perfeito. A distribuição dos *scores observados* apresenta uma média e um desvio-padrão. A média é o *score real* e ao desvio-padrão é chamado erro padrão da medida, sendo que um bom teste deve manter este último o mais próximo possível de zero.

Estes aspectos estão relacionados com uma das características psicométricas dos instrumentos de avaliação psicológica: a fiabilidade, garantia ou precisão de um teste. A fiabilidade integra diversas dimensões:

- 1. Fiabilidade teste-reteste: estabilidade das informações obtidas no contexto de duas aplicações distintas de um mesmo instrumento de avaliação, expresso sob a forma de um coeficiente de correlação;
- 2. Consistência interna: grau em que um item se correlaciona com os restantes itens do teste (correlação intra-classe);

3. Acordo inter-cotadores: probabilidade de dois avaliadores darem o mesmo *score* a uma dada resposta ou avaliarem um determinado comportamento da mesma forma;
4. Fiabilidade forma-paralela: grau em que duas versões equivalentes de um teste conduzem ao mesmo resultado;
5. Fiabilidade *split-half*: se um teste não pode ser repetido e não existem formas paralelas, poderá ser dividido em duas partes que serão correlacionadas entre si;

Outra característica psicométrica a ter em atenção ao considerar a escolha de um instrumento de avaliação psicológica é a validade do teste. A validade consiste no grau em que um teste mede aquilo que é suposto medir. É considerada a partir de vários aspectos, entre os quais:

1. Validade concorrente: remete para a correlação entre a informação relativa a um mesmo sujeito obtida a partir de diferentes instrumentos de avaliação;
2. Validade preditiva: em que medida as conclusões da avaliação predizem comportamentos futuros;
3. Validade de constructo: em que medida um teste mede um constructo específico (Gilbody et al., 2006).

Por último, há que considerar a validade ecológica, isto é, a medida em que um resultado num teste prediz o funcionamento na vida real. Neste sentido, convém atender a um conjunto de ameaças à validade ecológica como sejam: o tipo e o conteúdo do teste, o tipo de interação que se estabelece com o examinador, bem como factores confundentes de várias ordens (motivação, fadiga, ansiedade de desempenho) (Powell, 2009).

O processo de construção, validação e aferição dos instrumentos psicométricos deve obedecer a um conjunto de práticas que asseguram uma boa caracterização das propriedades psicométricas dos testes, de forma a que sua aplicação no contexto clínico possa ser útil. Ao administrar uma prova, o clínico deve ter treino específico na sua utilização e ser conhecedor da história do desenvolvimento e natureza do conceito em estudo. É fundamental tomar conhecimento das características da

amostra de standardização, de como administrar o teste de forma a minimizar a variabilidade associada à aplicação, como cotar o teste e quais as suas propriedades psicométricas. É, ainda, conveniente atender a aspectos relacionados com a possibilidade de o teste não ser aplicável a determinados grupos (Powell, 2009).

## **2. Entrevistas diagnósticas**

As entrevistas diagnósticas estruturadas e semi-estruturadas em psiquiatria desenvolveram-se em simultâneo com as classificações internacionais. Estes instrumentos são utilizados, na prática clínica e com fins de investigação, com o objectivo de aumentar a fiabilidade do diagnóstico. O seu uso no contexto clínico pode auxiliar o processo de diagnóstico diferencial, ao sistematizar a recolha de informação clínica relevante. Apresenta, porém, uma desvantagem prática importante, que se prende com o consumo de tempo.

Na entrevista estruturada, o entrevistador treinado formula questões de acordo com um guião previamente definido. A entrevista semi-estruturada concede ao entrevistador a liberdade de definir a ordem das questões a colocar, que são habitualmente abertas ou semiabertas. A administração das entrevistas semi-estruturadas deve ser realizada apenas por técnicos qualificados (psiquiatras ou psicólogos clínicos) treinados, uma vez que a interpretação das respostas depende de um bom juízo clínico e de um conhecimento sólido de psicopatologia.

Em Portugal, foi recentemente desenvolvida uma entrevista diagnóstica semi-estruturada pelo Grupo de Estudos de Genética Psiquiátrica da FMUC – EP-GENE (Pereira et al., 2013). A sua construção baseou-se na *Diagnostic Interview for Genetic Studies* (DIGS; Nurnberger et al., 1994) e na *Diagnostic Interview for Psychoses and Affective Disorders* (DI-PAD). Esta entrevista permite a recolha de informação relativa à presença e curso de psicopatologia e ao funcionamento do examinando, enfatizando a informação relevante para o estudo das perturbações psicóticas e afectivas.

A Tabela 1 enuncia uma selecção de entrevistas diagnósticas estruturadas e semi-estruturadas utilizadas em psiquiatria, com potencial relevância na prática clínica.

**Tabela 1 – Entrevistas estruturadas e semiestruturadas em Psiquiatria**

<b>Entrevistas diagnósticas estruturadas</b>
<i>Diagnostic Interview Schedule (DIS-IV)</i>
<i>Composite International Diagnostic Interview (CIDI)</i>
Versão Portuguesa <i>World Mental Health Survey Initiative</i> da CIDI (WMH-CIDI)
Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)
<b>Entrevistas diagnósticas semiestruturadas para as perturbações do eixo I do DSM</b>
<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)</i>
<i>Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID-I)</i>
<i>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)</i>
<b>Entrevistas diagnósticas semiestruturadas para as perturbações de personalidade</b>
<i>Structured Interview for DSM IV Personality (SIDP-IV)</i>
<i>Personality Assessment Schedule (PAS)</i>
<i>Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)</i>
<i>International Personality Disorders Examination (IPDE)</i>
<i>Diagnostic Interview for DSM IV Personality Disorders (DIPD-IV)</i>
<i>Diagnostic Interview for Borderline (DIB-R)</i>

### **3. Instrumentos de avaliação sintomática**

Após a formulação diagnóstica, diversas escalas ou questionários podem ser utilizados na avaliação sintomática de pessoas com diferentes síndromes clínicos psiquiátricos. Geralmente o uso destes instrumentos é apenas adequado na população clínica para a qual foram criados, sendo úteis na monitorização dos resultados da implementação de um plano terapêutico. Nas tabelas 2 a 6 são apresentados alguns dos instrumentos mais citados na literatura psiquiátrica e/ou com estudos para a população portuguesa, nas principais áreas de aplicação clínica de instrumentos psicométricos de avaliação sintomática.

**Tabela 2 – Escalas e Questionários para uso na população gerontopsiquiátrica**

<b>Autor(es)</b>	<b>Instrumento</b>
Cummings et al. (1994)	Neuropsychiatric Inventory (NPI) **
Kertesz et al. (2000)	Frontal Behavioral Inventory (FBI) (versão portuguesa de Baeta et al., 2007)
Alexopoulos et al. (1988)	Cornell Scale for Depression in Dementia**
Yesavage et al. (1983)	Geriatric Depression Scale (GDS) (versão portuguesa de Simões et al., 2010)
Pachana et al. (2007)	Geriatric Anxiety Inventory (GAI) (versão portuguesa de Ribeiro et al., 2011)

\*\* *instrumentos com tradução portuguesa.*

**Tabela 6 – Escalas de avaliação para a Mania**

<b>Autor(es)</b>	<b>Instrumento</b>
Young et al. (1978)	Young Mania Rating Scale
Bech et al. (1978)	Bech-Rafaelsen Rating Scale for Mania
Altman et al. (1994)	Clinician Administered Rating Scale for Mania (CARS-M)

**Tabela 3 – Escalas e questionários para a Depressão**

<b>Autor(es)</b>	<b>Instrumento</b>
Hamilton (1960)	Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
Montgomery & Åsberg (1979)	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)
Brochado, F. (2012)	Beck Depression Inventory – II (BDI-II)
Vaz-Serra, A. (1994)	Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)
Zigmond & Snaith (1983)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (versão portuguesa de Pais-Ribeiro, 2007)
Radloff, 1977	Center for Epidemiologic studies – Depression Scale (CES-D) (versão portuguesa de Gonçalves & Fagulha, 2006)
Pereira et al. (2010)	Postpartum Depression Screening Scale

**Tabela 4 – Escalas e questionários para a Ansiedade**

<b>Autor(es)</b>	<b>Instrumento</b>
Zigmond & Snaith (1983)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (versão portuguesa de Pais-Ribeiro, 2007)
Spielberger et al. (1983)	Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (versão portuguesa de Silva, 2003)
Goodman et al. (1989a,b)	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
Beck et al. (1988)	Beck Anxiety Inventory (BAI)
Hamilton (1959)	Hamilton Anxiety Scale (HAS)

**Tabela 5 – Escalas de avaliação para as Perturbações Psicóticas**

<b>Autor(es)</b>	<b>Instrumento</b>
Overall & Gorham (1962)	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (versão portuguesa de Gusmão et al., 1996)
Kay et al. (1987)	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)
Andreasen (1982)	Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)
Andreasen (1984)	Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)

#### **4. Avaliação Cognitiva e Neuropsicológica**

No âmbito da Psiquiatria Clínica, a avaliação cognitiva/neuropsicológica tem especial utilidade clínica em três contextos principais: na avaliação diagnóstica complementar dos síndromes demenciais e outras perturbações neuropsiquiátricas, permitindo identificar a presença e delinear o perfil de défices neuropsicológicos, auxiliando o processo de diagnóstico diferencial; na formulação de planos de reabilitação de pessoas com esquizofrenia, ao delinear o perfil de disfunção cognitiva do indivíduo e na avaliação de pessoas com atraso no desenvolvimento cognitivo, precisando o grau de défice intelectual.

A avaliação neuropsicológica é uma forma de avaliação psicológica que procura identificar em que medida diferentes áreas de funcionamento cerebral podem encontrar-se comprometidas ou disponíveis. Os testes neuropsicológicos partem do pressuposto de que existe uma relação entre comportamentos/desempenhos e o funcionamento cerebral. A partir dos dados obtidos por este tipo de testes, é possível avaliar a integridade estrutural e funcional dos sistemas cerebrais (Rourke e Adams, 1984). Na prática clínica, usam-se baterias de testes cuja composição é diferente de acordo com a finalidade, mas que compreendem provas que medem desempenhos em vários domínios do funcionamento cognitivo.



## **Testes de funcionamento cognitivo e neuropsicológico**

### **Funcionamento Intelectual Geral**

A Escala de Avaliação da Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III, 2008a; WAIS-IV, Wechsler, 2009a) é a mais frequentemente utilizada na avaliação da função intelectual geral. Pode ser utilizada dos 16 anos em diante e permite calcular o QI da escala completa (QIEC), para além de discriminar desempenhos em termos verbais (QI verbal) e em termos de realização (QI realização). Uma diminuição muito acentuada no QI verbal (QIV) remete para a possibilidade de comprometimento no hemisfério esquerdo; valores baixos do QI de realização (QIR) sugerem a possibilidade de comprometimento à direita. Esta escala identifica o padrão de inteligência e é, muitas vezes, o ponto de partida para a avaliação neuropsicológica. De facto, a avaliação neuropsicológica permite identificar áreas fortes e áreas fracas em funções psicológicas específicas (memória, percepção, linguagem, atenção) e só deve ser efectuada se o sujeito apresentar um padrão de inteligência médio ou normal. Considera-se que o QIV é a melhor estimativa da aptidão intelectual do sujeito. Quando a diferença entre o QIV e o QIR é reduzida, a melhor estimativa é o QIEC (QI global).

A pontuação do teste de Vocabulário da WAIS e o *National Adult Reading Test* (NART; Nelson & Willison, 1991) são também utilizadas como medidas do funcionamento intelectual geral pré-mórbido. No nosso país, dispomos actualmente do Teste de Leitura de Palavras Irregulares (TeLPI; Alves, 2013) que permite a estimação da inteligência pré-mórbida.

O Teste das Matrizes Progressivas de Raven (Raven, 1994) mede o raciocínio não verbal e pode ser considerado um índice de inteligência geral. Existem 3 versões, sendo que apenas uma (Matrizes Progressivas Forma Avançada) se destina à população com mais de 18 anos.

Dois instrumentos de *screening* muito úteis do ponto de vista clínico e igualmente disponíveis para a população portuguesa são o *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), cujas normas têm vindo a ser aperfeiçoadas tendo em atenção variáveis como a idade, escolaridade e definição de pontos de corte (Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas, et al., 2012),

e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Nasreddine et al., 2005; Freitas et al., 2011).

### **Velocidade de Processamento**

A velocidade de processamento tem sido medida através do recurso a várias tarefas neuropsicológicas, das quais as mais importantes são o *Trail Making Test Part A* (TMT-A; Cavaco et al., 2013), o *Digit Symbol Substitution Test* (DSST) e *Symbol Digit Modalities Test*. Os desempenhos nestes dois últimos testes podem ser considerados equivalentes, dada a alta correlação nos desempenhos na população normal (Lezak et al., 2012). Alguns subcomponentes do Teste de Stroop (Palavra e Cor) e do *Hayling Sentence Completion Test* (Parte A), também permitem inferir o desempenho nesta dimensão cognitiva.

### **Atenção e Concentração**

É possível afirmar que os processos atencionais são a porta de entrada para a aprendizagem, memória e outros processos cognitivos superiores. A atenção é um conceito complexo, que engloba múltiplos e distintos processos. A capacidade para detectar um estímulo que ocorre raramente é a forma de atenção frequentemente referida como vigilância ou atenção sustentada (Marques-Teixeira, 2005). Existem alguns testes utilizados especificamente para avaliar o processamento atencional. O *Continuous Performance Test* (CPT; Rosvold et al., 1956) avalia, primariamente, a atenção sustentada, tendo surgido ao longo dos anos diferentes versões alternativas que medem, de um modo geral, o desempenho na mesma dimensão neurocognitiva.

### **Memória**

A memória, em sentido amplo, é a capacidade de adquirir, reter e utilizar o conhecimento e as competências. Não é uma função unitária, podendo ser descritas diversas formas de memória e um grande número de processos relacionados com a codificação, retenção e evocação mnésica. Assim, podem ser descritos diversos padrões de disfunção mnésica. Em relação à memória de longo-termo, é consensual a classificação em 1) memória declarativa e 2) memória não declarativa. A primeira engloba não apenas a memória episódica (memória para acontecimentos), como também a memória semântica (memória para factos), enquanto a segunda engloba o condicionamento clássico simples, a aprendizagem não associativa e a memória

processual. Estes sistemas são independentes, apesar de interagirem de várias maneiras (Marques-Teixeira, 2005).

A avaliação da memória episódica verbal tem utilizado diferentes versões de listas de palavras – *California Verbal Learning Test* (CVLT; Delis et al., 1987), *Auditory Verbal Learning Test* (AVLT; Rey, 1964a), *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT; Rey, 1964b), assim como testes da *Wechsler Memory Scale*, nas suas diferentes formas (WMS-III, Wechsler, 2008b; WMS-IV, Wechsler, 2009b).

Os testes de memória visual incluem tarefas da *Wechsler Memory Scale* (e.g., Faces – reconhecimento imediato e diferido) ou da *Cambridge Neuropsychological Test Battery* (CANTAB) (e.g., *Pattern Recognition Memory* e *Spatial Recognition Memory*) (Robbins et al., 1994), bem como a Figura Complexa de Rey-Osterrieth (Rey, 1941; Osterrieth, 1944) e o Teste de Retenção Visual de Benton (Benton, 1974).

O conceito de *memória de trabalho* implica a capacidade de manter na consciência, por um tempo limitado, um determinado número de representações visuais ou auditivas. Este tipo de processo neurocognitivo, como “*manter em mente*” um número de telefone, pode ser avaliado com várias tarefas *span*, nas quais os sujeitos evocam ou reconhecem uma lista serial de dígitos, letras ou formas apresentadas anteriormente (Marques-Teixeira, 2005).

### **Funções Executivas**

As funções executivas encontram-se implicadas em atividades indutivas, dedutivas, na integração estratégica e planeamento, pressupondo capacidade de raciocínio, antecipação, mudanças conceptuais e de resolução de problemas (Goodwin & Jamison, 2007). De acordo com Marques-Teixeira (2005) o funcionamento executivo inclui a planificação, organização e a execução de comportamentos complexos dirigidos para um fim; a auto-consciência; a flexibilidade face à mudança contextual; a persistência numa tarefa ou a manutenção de uma resposta apesar da distração e a resolução criativa de problemas. O funcionamento executivo corresponde, assim, a um constructo multidimensional, frequentemente implicado nas perturbações psiquiátricas. Envolve uma variedade de processos com impacto no comportamento por diferentes vias, medidos com diferentes provas neuropsicológicas, com recurso, em particular, a tarefas de inibição de resposta e de flexibilidade cognitiva. Tarefas cognitivas que testem diferentes componentes do funcionamento executivo, com diferentes circuitos neurais subjacentes, são

necessárias para separar alguns destes processos. Por exemplo, o *Stroop Colour and Word Test* (SCWT; Golden, 1978) é utilizado para medir a capacidade de inibição de resposta e a interferência, embora contenha um importante componente atencional e de velocidade psicomotora. Também o *Hailing Sentence Completion Test* (HSCT) corresponde ao processo de controlo inibitório, suportado pelo Córtex Pré-Frontal Ventral (CPFV). Por outro lado, um teste frequentemente incluído na avaliação desta função é o *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST; Heaton, 1981) utilizado para medir a mudança de enquadramento conceptual e a formação de conceitos. O *Trail Making Test* Parte B (TMT-B) também mede a capacidade executiva de mudança contextual de tarefas, dependente da actividade do córtex pré-frontal dorsolateral. Testes de estratégia e planeamento, como a Torre de Londres (Shallice, 1982), envolvem, igualmente, um componente de controlo inibitório. A Fluência Verbal é outra dimensão geralmente incluída nas funções executivas, sendo o *Controlled Oral Word Association Test* (COWAT) (Spreen & Strauss, 1998) um dos testes frequentemente utilizados.

### **Linguagem**

São duas as baterias mais frequentemente utilizadas na avaliação dos défices de linguagem: *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (Goodglass e Kaplan, 1983) e *Western Aphasia Battery* (Kertesz, 1982). Testes breves de *screening* são também aplicados, nomeadamente o *Boston Naming Test* (Kaplan et al., 1983), o *Graded Naming Test* (McKenna e Warrington, 1983) e o *Token Test* (McNeil e Prescott, 1978). Outro teste relevante na avaliação das capacidades de leitura e escrita é o *Wechsler Objective Reading Dimensions Test* (Wechsler, 1993).

Podem ser encontradas informações adicionais sobre testes neuropsicológicos nos seguintes manuais: *Lezak's Neuropsychological Assessment* (Lezak et al., 2012) e *Strauss's Compendium of Neuropsychological Tests* (Strauss et al., 2006).

## **5. Avaliação Psicométrica da Personalidade**

Apesar de ser possível, para um clínico experiente, realizar uma avaliação válida da personalidade com base nos dados obtidos a partir da história clínica, da narrativa biográfica do indivíduo e em certos elementos do exame do estado mental, o recurso

complementar a testes psicométricos da personalidade tem várias vantagens potenciais: ajuda o clínico a refinar as suas avaliações clínicas, ao usar instrumentos que permitem comparações com dados normativos da população em geral; proporciona uma forma sistemática de recolha da informação em diferentes dimensões da personalidade e possibilita uma comunicação mais precisa entre clínicos, ao fornecer um conjunto de termos que descrevem as múltiplas dimensões relevantes deste constructo.

Podemos considerar que existem dois pressupostos relativamente ao uso de questionários/inventários de personalidade:

1. o sujeito que é objecto de avaliação é quem está em melhor posição para comunicar informações relevantes acerca de si mesmo;
2. o sujeito é capaz de comunicar informação objectiva e rigorosa relativamente a sentimentos, pensamentos e preferências;

Na verdade, aquilo que o sujeito comunica pode ser decomposto em diversos aspectos: aquilo que o sujeito é na realidade (pensamentos, comportamentos, valores), o auto-conhecimento que possui e aquilo que deseja comunicar acerca de si próprio, isto é, como faz a gestão das impressões, que tipo de estratégias de auto-apresentação utiliza.

Uma vasta quantidade de testes psicométricos pode ser utilizada para descrever os traços de personalidade, tornando-se útil para o clínico compreender as relações entre as medidas alternativas. De seguida, iremos deter-nos sobre a descrição dos seguintes instrumentos de avaliação da personalidade normal e da personalidade patológica:

1. Inventário de Personalidade NEO Revisto;
2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI;
3. Millon Clinical Multiaxial Inventory – MCMI-III;
4. Inventário de Temperamento e Carácter de Cloninger.

#### Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R; Costa e McCrae, 1992)

O modelo subjacente a este instrumento (modelo dos cinco fatores) é uma representação dimensional da estrutura da personalidade. Em conjunto, as cinco escalas dos domínios (N: Neuroticismo; E: Extroversão; O: Abertura à Experiência; A: Amabilidade e C: Conscienciosidade) e as trinta escalas das facetas (ver Quadro 1) permitem uma avaliação compreensiva da personalidade adulta “normal” em

diferentes contextos. Destina-se a ser utilizado com sujeitos de 17 ou mais anos. A sua administração pode ser individual ou colectiva e a duração da aplicação é de aproximadamente 45 minutos (Lima e Simões, 2000)

<b>Domínios</b>		
<b>N: Neuroticismo</b> <b>E: Extroversão</b> <b>O: Abertura à Experiência</b> <b>A: Amabilidade</b> <b>C: Conscienciosidade</b>		
<b>Facetas do Neuroticismo</b>	<b>Facetas da Abertura à Experiência</b>	<b>Facetas da Extroversão</b>
N1: Ansiedade N2: Hostilidade N3: Depressão N4: Auto-consciência N5: Impulsividade N6: Vulnerabilidade	O1: Fantasia O2: Estética O3: Sentimentos O4: Ações O5: Ideias O6: Valores	E1: Acolhimento caloroso E2: Gregariedade E3: Assertividade E4: Atividade E5: Procura de Excitação E6: Emoções Positivas
<b>Facetas da Amabilidade</b>		<b>Facetas da Conscienciosidade</b>
A1: Confiança A2: Retidão A3: Altruísmo A4: Complacência A5: Modéstia A6: Sensibilidade		C1: Competência C2: Ordem C3: Obediência ao dever C4: Esforço de realização C5: Auto-disciplina C6: Deliberação

**Quadro 1: Domínios e facetas avaliadas pelo NEO-PI-R**

### Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI

O MMPI (Hathaway & McKinley, 1943), é um instrumento de auto-relato destinado a avaliar traços de personalidade e psicopatologia. Actualmente encontra-se disponível em duas formas: MMPI-2, composto por 567 questões verdadeiro/falso, e MMPI-2-RF que contém 338 itens verdadeiro/falso. Trata-se de um instrumento composto por 10 escalas clínicas que avaliam 10 dimensões patológicas do comportamento humano (Hipocondria, Depressão, Histeria, Desvio Psicopático, Masculinidade/Feminilidade, Paranóia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomania, Introversão/Extroversão) e quatro escalas de validade que avaliam a atitude geral do sujeito perante o teste e a medida em que responde de forma verdadeira e precisa.

### Millon Clinical Multiaxial Inventory – MCMI-III

A crítica mais frequente ao modelo dos Cinco Factores é a não existência de uma teoria explícita sobre a personalidade. O modelo de Millon implica um processo multifactorial em que o padrão de personalidade normal se define como a capacidade do sujeito para se relacionar, conhecer e interagir com o meio de forma flexível, de forma a que os seus comportamentos e percepções aumentem as gratificações pessoais. Pelo contrário, a dimensão patológica do padrão de personalidade implica uma inflexibilidade adaptativa do sujeito, manifesta na utilização rígida ou pobre de estratégias alternativas na relação com os outros e na incapacidade de adaptação aos acontecimentos, tendendo a modificar o meio para que este não exija comportamentos não existentes no seu reportório. Um segundo componente estrutural da personalidade patológica é a tendência para organizar padrões comportamentais repetitivos que constituem os diferentes protótipos de personalidades patológicas. No seu modelo para explicar a origem e a construção da personalidade, Millon identifica três polaridades evolutivas (dor-prazer; actividade-passividade; si mesmo-outros) que actuam como organizadores das experiências de aprendizagem interpessoal.

A proposta de Millon deu origem ao desenho de diversos instrumentos, entre eles o Millon Clinical Multiaxial Inventory – MCMI-III (Millon, 1997b). Trata-se de uma prova apropriada para a utilização com adultos examinados e/ou tratados em contextos clínicos e não na população geral. Este instrumento é composto por 3 itens que medem acontecimentos altamente improváveis, designadamente para detectar respostas aleatórias e confusão (índices de validade) e por índices modificados que se agregam em três escalas: Escala X (revelação), Escala Y (desejabilidade) e Escala Z (depreciação). A Escala X avalia a quantidade de auto-revelação e a vontade de admitir sintomas e problemas; a Escala Y mede a tendência dos examinados para responderem a itens que sugerem uma apresentação muito favorável e sem problemas; a Escala Z avalia a tendência dos examinados para responder a itens acentuando, sublinhando e exagerando problemas e sintomas. Este instrumento é, ainda, composto por escalas clínicas de padrões de personalidade: esquizóide, evitante, depressivo, dependente, histriónico, narcísico, anti-social, agressivo, compulsivo, passivo-agressivo, derrotista/auto-destrutivo. Encontramos também escalas de personalidade patológica grave: esquizotípico, borderline e paranóide. Outros dois conjuntos de escalas integram este instrumento: escalas de síndromas clínicos (perturbação ansiosa,

perturbação somática, perturbação maníaca, perturbação distímica, dependência do álcool, dependência de drogas e perturbação de stress pós-traumático) e escalas de síndromas graves (perturbação do pensamento, depressão major, perturbação alucinatória).

O MCMI-III apresenta, à semelhança de todas as provas, vantagens e limitações. Em primeiro lugar, foi desenvolvido a partir de uma teoria clínica compreensiva da psicopatologia (Millon, 1997a). Por outro lado, encontra-se articulado com o formato multi-axial e a terminologia do DSM-IV. Apesar disso, existem limitações que não podem ser ignoradas: a maioria dos itens é cotada na direcção “verdadeiro”, o que facilita respostas de aquiescência e apresenta uma validade convergente reduzida com escalas de avaliação psiquiátrica standardizadas, relativamente à maior parte das suas escalas.

#### Inventário de Temperamento e Carácter de Cloninger

Uma outra alternativa ao modelo dos cinco factores foi construída por Cloninger e colaboradores. Estes autores definiram a personalidade como numa organização única e dinâmica das características que definem um indivíduo e que determina os seus padrões de pensamento, de comportamento e de interacção com o meio. Esta organização dinâmica é constituída por sistemas psicobiológicos individuais que modulam as adaptações ao meio interno e externo, distinguindo-se neste modelo diferentes dimensões do temperamento e do carácter (Cloninger et al., 1993). Os traços de temperamento encontram-se patentes nas respostas emocionais precoces e são relativamente estáveis ao longo da vida. O carácter envolve processos cognitivos elevados desenvolvidos ao longo da vida e que tornam a pessoa capaz de regular as suas emoções, alcançar metas e manter valores (Cloninger, 2009).

Para Cloninger e colaboradores (1993), o temperamento pode ser avaliado em quatro dimensões quantificáveis, medidas pelo Inventário de Temperamento e de Carácter: Evitamento do Dano, Procura de Novidade, Dependência de Recompensa e Persistência. Da mesma forma, os autores consideram a existência de três dimensões do carácter que caracterizam a natureza dos objectivos e dos valores pessoais: auto-transcendência; cooperativismo e auto-direcção.



## 6. Avaliação Funcional

A avaliação da funcionalidade em populações de doentes psiquiátricos tem sido caracterizada pela diversidade de instrumentos de medida utilizados e por alguma confusão semântica e terminológica. Apesar disso, as metodologias de avaliação do funcionamento têm evoluído. Se, inicialmente, a maioria dos estudos utilizava apenas uma medida de funcionamento global, têm surgido mais recentemente instrumentos, baseados na classificação da OMS, e medidas de avaliação multidimensional especificamente concebidos para as diferentes populações clínicas, que avaliam a funcionalidade em diferentes áreas de actividade e participação.

### Instrumentos de Avaliação da Funcionalidade

A ***Social and Occupational Functional Assessment Scale*** (SOFAS) avalia, exclusivamente, o nível da actividade social e laboral do indivíduo, não dependendo directamente da gravidade global dos seus sintomas psicológicos. A actividade social e laboral é considerada num espectro contínuo, que vai de um *nível excelente* a uma *deficiência evidente e completa*. Assim, o entrevistador situa o sujeito num contínuo de 0 a 100, correspondendo 100 a uma actividade superior numa ampla variedade de contextos (Torres, DeFreitas, & Yatham, 2008).

A ***Disability Assessment Schedule II***, da OMS (WHODAS-II), foi desenvolvida para avaliar as limitações nas actividades e as restrições na participação experienciadas por um sujeito, independentemente do diagnóstico médico. Os sujeitos são questionados no sentido de avaliarem o nível de dificuldade experienciado, tendo em consideração a forma como habitualmente realizam a actividade, incluindo o uso de serviços assistenciais e/ou a ajuda de uma pessoa. Esta escala permite avaliar o impacto no funcionamento em seis domínios diferentes: compreensão e comunicação, mobilidade, cuidados pessoais, relacionamento interpessoal, actividades diárias (actividades familiares e domésticas; actividades profissionais) e, por último, participação na sociedade. A avaliação das dificuldades nos diferentes domínios é feita com base numa escala que vai de *nenhuma dificuldade* até *dificuldade extrema/não consegue fazer*. Estão disponíveis diversas versões da WHODAS-II: administradas pelo entrevistador, auto-resposta e para aplicação a informadores (World Health Organization, 2000).

A *Personal and Social Performance Scale* (PSP) (Brissos et al., 2011) é um instrumento utilizado na avaliação da funcionalidade de doentes com esquizofrenia. A avaliação é feita pelo clínico e a pontuação é atribuída em 4 áreas principais: A) actividades socialmente úteis, incluindo trabalho e estudo; B) relacionamentos pessoais e sociais; C) auto-cuidado; D) comportamentos agressivos. A funcionalidade é avaliada numa escala de 0 a 100, tendo em consideração as dificuldades avaliadas nas áreas mencionadas.

A *Functional Assessment Short Test* (FAST) (Rosa, 2007) foi desenvolvida com o objectivo de avaliar dificuldades no funcionamento em doentes com Perturbação Bipolar. A sua estrutura permite detectar mudanças ocorridas num mesmo paciente em diferentes estados de humor (depressão, mania ou eutimia) ou causadas por diferentes tratamentos. A escala é composta por 24 itens que avaliam seis áreas específicas de funcionamento: autonomia, trabalho, funcionamento cognitivo, finanças, relações interpessoais e lazer. A FAST deve ser administrada pelo clínico que avalia as limitações que o doente apresenta, tendo em conta o funcionamento normal esperado para uma pessoa do mesmo sexo, idade e nível sócio-cultural. É um instrumento que requer um curto período de tempo de administração (3 a 6 minutos).

O **Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos** (IAFAI; Sousa et al., 2008) é aplicável a adultos e idosos, bem como aos cuidadores. Este instrumento permite obter uma avaliação funcional geral a partir da análise das actividades básicas de vida diária (alimentação, vestir, higiene e controlo dos esfíncteres, mobilidade e transferências), das actividades instrumentais familiares de vida diária (conversação e uso do telefone; preparar refeições; cuidar da casa; segurança em casa) e das actividades instrumentais avançadas de vida diária (compreensão e comunicação; tomada de decisão relativa à saúde; finanças; deslocação e uso de transportes; lazer e relações interpessoais).

## **Conclusão**

A psicometria permitiu o desenvolvimento de instrumentos de avaliação fidedignos e válidos, com utilidade clínica em diferentes domínios de avaliação (diagnóstica, sintomática, cognitiva, da personalidade e funcionalidade) e em várias populações clínicas. Estas provas auxiliam na formulação diagnóstica, na

quantificação da gravidade do quadro clínico e do seu impacto funcional e no processo de tomada de decisão relativa à selecção de estratégias de tratamento e reabilitação.

### Referências Bibliográficas

- Alexopoulos, G.S., Adams, R.C., Young, R.C. et al. (1988). Cornell Scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284.
- Altman, E.G., Hedeker, D.R., Janicak, P.G. et al. (1994). The Clinician-Administered Rating-Scale for Mania (CARS-M) – development, reliability and validity. *Biological Psychiatry*, 36, 124-134.
- Alves, L., Simões, M. R., & Martins, C. (2012). The estimation of premorbid intelligence levels among Portuguese speakers: The Irregular Word Reading Test (TeLPI). *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27(1), 58-68.
- Andreasen, N.C. (1982). The scale for the assessment of negative symptoms (SANS). Iowa: University of Iowa.
- Andreasen, N.C. (1982). The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). Iowa: University of Iowa.
- Baeta, E., Guarda, C., Silvestre, A., & Kertesz, A. (2007). Papel do Inventário de Comportamento Frontal no Diagnóstico Diferencial das Demências. *Sinapse*, 7, 18-22.
- Bech, P., Rafaelsen, O., Kramp, P., Bolwig, T. (1978). The mania rating scale: scale construction and inter-observer agreement. *Neuropharmacology*, 17, 430-431.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., et al. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Benton, A.L. (1974). *Revised Visual Retention Test* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Psychological Corporation.
- Brissos, S., Palhavã, F., Marques, J.G., Mexia, S, Carmo, A.L., Carvalho, M., Dias, C., Franco, J.D., Mendes, R., Zuzarte, P., Carita, A.I., Molodynski, A., & Figueira, M.L. (2012). The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1077-1086
- Brochado, F. (2012). Inventário de Depressão de Beck (BDI-II): Estudos e dados normativos para a população portuguesa. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based norms for the Portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(2), 189-198.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. et al. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-90.
- Cloninger, R. (2009). Assessment of personality. In M.G. Gelder, N.C. Andreasen, J. López-Ibor Jr., & J.R. Geddes (Eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp.78-84). New York: Oxford University Press.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Revised Neo Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual. Odessa, FL: PAR.
- Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K. et al. (1994) The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- Delis, D.C., Kramer, J.H., Kaplan, E., & Ober, B.A. (1987). *The California Verbal Learning Test*. New York: Psychological Corporation.
- Duro, D., Freitas, S., Alves, L., Simões, M. R., & Santana, I. (2012). O Teste do Desenho do Relógio: Influência das variáveis sociodemográficas e de saúde na população portuguesa. *Sinapse*, 12(1), 5-12.

- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L. & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-986.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L. & Santana, I. (2012). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Influence of sociodemographic and health variables. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27(2), 165-175.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Gilbody, S., Stephen, M., & Snaith, P. (2006). Principles of psychological assessment. In C. Freeman, & P. Tyrer (Eds). *Research methods in psychiatry* (3<sup>rd</sup> ed., pp.160-181). London: The Royal College of Psychiatrists.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). *The assessment of aphasia and related disorders* (2<sup>nd</sup> ed.). Lea & Febiger, Philadelphia, PA.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A. et al. (1989a). The Yale-Brown obsessive compulsive scale. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A. et al. (1989b). The Yale-Brown obsessive compulsive scale. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodwin, F.K., & Jamison, K.R. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
- Golden, C.J. (1978). *Stroop Colour and Word Test. A manual for clinical and experimental uses*. Wood Dale, IL: Stoelting.
- Golden, C.J. (2005). *Stroop. Test de Cores y Palabras. Manual*.(4<sup>a</sup> ed.). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2006). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I, 2<sup>a</sup> edição; pp. 37-44). Coimbra: Quarteto.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9.
- Gusmão, R., Talina, M., Xavier, M., Caldas De Almeida, J.M. (1996). *Brief psychiatric rating scale (BPRS). Versão Ampliada Portuguesa* (4.0). Escala, Pontos de Ancoragem e Manual de Administração adaptados.
- Hall, J.N. (2009). Questionnaire, rating, and behavioural methods of assessment. In M.G. Gelder, N.C. Andreasen, J. López-Ibor Jr., & J.R. Geddes (Eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp.94-98). New York: Oxford University Press.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1943). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation.
- Kaplan, E.F., Goodglass, H., & Weintraub, S. (1983). *The Boston Naming Test* (2<sup>nd</sup> ed.). Lea & Febiger, Philadelphia, PA.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Heaton, R.K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Kertesz, A. (1982). *Western aphasia battery*. Psychological Corporation, San Antonio, CA.
- Kertesz, A., Nadkarni, N., Davidson, W., et al. (2000). The Frontal Behavioral Inventory in the differential diagnosis of frontotemporal dementia. *Journal of International Neuropsychological Society*, 6, 460-468.
- Lezak, M.D., Howieson, D.B., Bigler, E.D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5<sup>th</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.

- Lima, M.P., & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R: Manual Profissional*. Lisboa: Cegoc.
- Marques-Teixeira, J. (2005). *Manual de avaliação da disfunção cognitiva na esquizofrenia*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores, Lda.
- McGuire-Sniecknus, R., McCabe, R., Catty, R. et al. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, 37, 85-95.
- McKenna, P., & Warrington, E.K. (1983). *Graded Naming Test*. NFER-Nelson, Windsor.
- McNeil, M.M., & Prescott, T.E. (1978). *Revised Token Test*. Pro-ed, Austin, TX.
- Millon, T. (Ed.) (1997a). *The Millon inventories: Clinical and personality assessment*. New York: Guilford.
- Millon, T., Millon, C., & Davis, R.D. (1997b). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual* (2<sup>nd</sup> ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1078-1085.
- Montgomery, S.A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C, Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 2(9), 10-16.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V. et al (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of American Geriatric Society*, 53(4), 695-699.
- Nelson, H. E., & Willison, J. (1991). *National Adult Reading Test (NART): Test manual* (2<sup>nd</sup> ed.). London: NFER-Windsor.
- Nurnberger, J.I. Jr., Blehar M.C., Kaufmann C.A., York-Cooler C., Simpson S.G., Harkavy-Friedman J., Severe J.B., Malaspina D., & Reich T. (1994). Diagnostic interview for genetic studies. Rationale, unique features, and training. NIMH Genetics Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 51(11), 849-59.
- Osterrieth, P.A. (1944). Le test de copie d'une figure complexe: Contribution a l'étude de la perception et de la mémoire. *Archives de Psychologie*, 30, 286-356.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., LKoloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12, 225-237.
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748.
- Pereira, A.T., Bos S., Marques M., Maia B.R., Soares M.J., Valente J., Gomes A.A., Macedo A., & Azevedo M.H. (2010). The Portuguese version of the postpartum depression screening scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 31(2), 90-100.
- Pereira A.T., Nogueira V., Valente J., Soares M.J., Madeira N., Azevedo M.H., & Macedo A. (2013). Entrevista Psiquiátrica para Estudos Genéticos (EP-GENE) – Apresentação e descrição geral. *Poster* apresentado no Congresso Nacional de Psiquiatria. Estoril, 31 Outubro a 01 de Novembro, 2013.
- Powell, G.E. (2009). Cognitive assessment. . In M.G. Gelder, N.C. Andreasen, J. López-Ibor Jr., & J.R. Geddes (Eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp.85-94). New York: Oxford University Press.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rey, A. (1964a). L'examen psychologique dans les cas d'encephalopathie traumatique. *Archives de Psychologie*, 28, 286-340.

- Rey, A. (1964b). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Robbins, T.W., James, M., Owen, A.M., Sahakian, B.J., McInness, L., & Rabbit, P. (1994). Cambridge Neuropsychological Test Battery (CANTAB): A factor analytic study of a large sample of normal elderly volunteers. *Dementia*, 5, 266-281.
- Rosa, A.R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M. et al. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 5.
- Rosvold, H.E., Mirsky, A.F., Sarason, I., Bransome, Jr. E.D., & Beck, L.H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 20, 343-350.
- Rourke, B.P., & Adams, K. M., (1984). Quantitative Approaches to the Neuropsychological assessment of children. In R.E. Tarter, & G. Goldstein (Eds.), *Advances in Clinical Neuropsychology* (vol. 2, pp 79-108). New York: Plenum.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences*, 298, 199-209.
- Silva, D. (2003). O inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Simões, M.R. (1993). Heurísticas, enviesamentos e erros inferenciais na mecânica da avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 2 (XI), 253-266.
- Simões, M.R. (1994). Notas em torno da arquitectura da Avaliação Psicológica. *Psychologica*, 11, 7-44.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Andrade, S., Ramalho, E., Martins, J., Martins, M., Araújo, J., Noronha, J., Pinho, M. S., & Vilar, M. (2010). *Geriatric Depression Scale (GDS30): Estudos de validação em grupos de adultos idosos com Declínio Cognitivo Ligeiro e Demência*. VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Associação Portuguesa de Psicologia e Universidade do Minho. Braga.
- Simões, M. R., Firmino, H., Sousa, L. & Pinho, M. S. (2011). *Addenbrooke Cognitive Examination (ACE-R): Portuguese adaptation, validation and norming*. 39th Congress of European Association of Geriatric Psychiatry. Porto.
- Sousa, L. B., Simões, M. R., Pires, L., Vilar, M., & Freitas, S. (2008). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): Manual de administração e cotação*. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L., Luchene, R. et al. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spreen, O. & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
- Strauss, E., Sherman, E.M.S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
- Torres, I.J., DeFreitas, C.M., & Yatham, L.N. (2008). Cognition and functional outcome in bipolar disorder. In J.F. Goldberg & K.E. Burdick (Eds.). *Cognitive dysfunction in bipolar disorder. A guide for clinicians* (pp. 217-234). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Vaz-Serra, A. (1994). IACLIDE: Inventário da Avaliação Clínica da Depressão. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Wechsler, D. (1993). *Wechsler objective reading dimensions: manual*. London: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2008b). *Escala de Memória de Wechsler – III (WMS-III) Manual*. Lisboa: Cegoc.
- Wechsler, D. (2009b). *Wechsler Memory Scale – Fourth Edition*. New York: Psychological Corporation.

- Wechsler, D. (2008a). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – III (WAIS-III) Manual*. Lisboa: Cegoc.
- Wechsler, D. (2009a). *Wechsler Adult Intelligence Scale – IV (WAIS-IV) Manual*. New York: Psychological Corporation.
- World Health Organization. (2000). *WHODAS-II. Training manual: A guide to administration*.
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J.M., Magalhães, P., & Caldas de Almeida, J.M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems* 2013, 7:19 doi:10.1186/1752-4458-7-19.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17(1), 37-49.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E. et al. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.