

ABÍLIO JOSÉ MAPILELE

AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES SINTOMÁTICAS DE
PSICOPATOLOGIA, ATRAVÉS DO SCL-90-R, EM
PROFISSIONAIS DA SEGURANÇA E ORDEM PÚBLICA –
(MEMBROS DA PRM)



UNIVERSIDADE POLITÉCNICA
ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO, CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

MAPUTO, 2011

ABÍLIO JOSÉ MAPILELE

AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES SINTOMÁTICAS DE PSICOPATOLOGIA
ATRAVÉS DO SCL-90-R EM PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA E ORDEM
PÚBLICA – (MEMBROS DA PR.M) – ÓRGÃO: COMANDO DA PRM DA CIDADE
DE MAPUTO

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA
ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO, CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

Maputo, 2011

ABÍLIO JOSÉ MAPILELE

AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES SINTOMÁTICAS DE PSICOPATOLOGIA ATRAVÉS DO SCL-90-R EM PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA E ORDEM PÚBLICA – (MEMBROS DA PR.M) – ÓRGÃO: COMANDO DA PRM DA CIDADE DE MAPUTO

FERNANDO RIBEIRO

Parecer do Tutor:

A presente Monografia apresentada, ao Curso Superior de Psicologia da Escola Superior de Gestão, Ciência e Tecnologia da Universidade Politécnica, como resultado do trabalho de pesquisa para a culminação do curso de Psicologia do Trabalho e das Organizações, segue os princípios e metodologia inerentes a uma pesquisa de natureza científica exigidos pela Instituição para este nível de formação académica, pelo que considero, o trabalho habilitado para ser defendido perante um júri nomeado para o efeito.

“Trabalho de Projecto apresentado à Universidade Politécnica, como parte dos requisitos de graduação para a obtenção do grau de Licenciado em Psicologia das Organizações e do Trabalho.”

RESUMO

Este estudo teve como objectivo avaliar as dimensões sintomáticas de psicopatologia através do SCL-90-R em profissionais de Segurança e Ordem Pública (agentes da PRM) quando em exercício de actividades. A pesquisa abrangeu o universo de 96 Membros da P.R.M. em serviço em quatro Esquadras da Cidade de Maputo, tendo-se aplicado o “SCL-90-R, Questionário de 90 Sintomas”, modelo teórico de L.R. Derogatis. A média dos resultados do estudo não revela a existência de qualquer patologia tendo em conta, por exemplo, que “um percentil 80 em SOM indica que esta pessoa mostra uma sintomatologia somática maior que 80% da amostra geral”. Neste contexto, as dimensões com percentis mais altos são SOM com 65pc e FOB com 65pc. De acordo com as médias obtidas em cada dimensão a situação apresenta-se da forma seguinte: Somatização (SOM) possui de médias 0,73 (65pc) nos homens e 0,72 (55pc) nas mulheres; Obsessão-compulsão tem de médias 0,87 (50pc) nos homens e 0,91 (45pc) nas mulheres; Sensibilidade interpessoal (INT) com médias de 0,70 (45pc) nos homens e 0,80 (50pc) nas mulheres; Depressão (DEP) possui de médias 0,61 (45pc) nos homens e 0,79 (50pc) nas mulheres; Ansiedade (ANS) tem de médias 0,64 (55pc) nos homens e 0,65 (52,5pc) nas mulheres; Hostilidade (HOS) tem de médias 0,42 (55pc) nos homens e 0,48 (50pc) nas mulheres; Ansiedade fóbica (FOB) possui de médias 0,50 (65pc) nos homens e 0,52 (60pc) nas mulheres; Ideação paranóide (PAR) tem de médias 0,98 (55pc) nos homens e 0,79 (50pc) nas mulheres; Psicoticismo tem de médias nos homens 0,58 (55pc) e nas mulheres 0,46 (55pc); Índice sintomático geral (GSI) tem de médias 0,67 (55pc) nos homens e 0,66 (50pc) nas mulheres; Total de sintomas positivos (PST) possui médias de 37,16 (45pc) nos homens e 35,38 (35pc) nas mulheres e o Índice de Distress de sintomas positivos (PSDI) tem de médias 1,54 (65pc) nos homens e 1,61 (60pc) nas mulheres. Como se pode notar os resultados gerais não revelam quaisquer discrepâncias comparados à amostra dos homens e das mulheres. Portanto, os 96 guardas em média não mostram quaisquer patologias, contudo, existem 45 casos identificados com problemas psicopatológicos, como poderá se ver no decurso da explanação deste trabalho.

Palavras Chave: SCL-90-R, Psicopatologia, Somatização, Obsessão-compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide, Psicoticismo, Escalas Adicionais, Stress, Saúde e segurança no local de trabalho, Qualidade de vida no trabalho, PRM, Comando, Esquadra, Subunidade, Segurança e Ordem Pública.

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the symptomatic dimensions of psychopathology through SCL-90-R within Public Security and Safety practitioners (Republic of Mozambique Police Officers) in the performance of their duties. The research covered a total of 96 Members of PRM on duty in four Police Stations of Maputo City and “SCL-90-R, 90 Symptoms Questionnaire”, L.R. Derogatis theoretical model were applied. The average of the outcome of the study does not reveal the existence of any pathology taking into account, for instance, that “an 80 percent in SOM indicates that this person shows a symptomatology higher than 80% of the overall sample”. In this context, the dimensions with a higher percentage are SOM with 65 pc and FOB with 65pc. According to the averages achieved in each dimension the situation presents itself as follows: Somatization (SOM) has 0,73 (65pc) averages in males and 0,72 (55pc) in females; Obsession Compulsion has 0,87 averages (50pc) in males and 0,91 (45pc) in females; interpersonal Sensitivity (INT) with 0,70 averages (45pc) in males and 0,80 (50pc) in females; Depression (DEP) has 0,61 (45pc) averages in males and 0,79 (50pc) in females; Anxiety (ANS) has 0,64 (55pc) averages in males and 0,65 (52,5pc) in females; Hostilities (HOS) has 0,42 (55pc) averages in males and 0,48 (50pc) in females; Phobic anxiety (FOB) has 0,50 (65pc) averages in males and 0,52 (60pc) in females; Paranoide ideation (PAR) has 0,98 (55pc) averages in males and 0,79 (50pc) in females; Psychotism has 0,58 (55pc) averages in males and 0,46 (55pc) in females; General Symptomatic Index (GSI) has 0,67 (55pc) averages in males and 0,66 (50pc) in females; the total Positive Symptoms (PST) has 37,16 (45pc) averages in males and 35,38 (35pc) in females and the Distress Index of Positive Symptoms (PSDI) has 1,54 (65pc) averages in males and 1,61 (60pc) in females. As it can be noted the overall results do not reveal any discrepancies as compared to samples of males and females. Therefore, the 96 constables in average do not show any pathology but there are 45 cases identified with psychopathological problems, as it will be demonstrated along the explanation of this work.

Keywords: SCL-90-R, Psychopathology, Somatization, Obsession-compulsion, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic anxiety, Paranoid ideation, Psychoticism, Additional Scales, Stress, Occupational Health and Safety, Occupational quality of life, PRM, Command, Police Station, Subunit, Public Security and Safety.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha esposa Yolanda Angelina Uchaque Timana que, tanto amor e carinho, me tem dado nos momentos mais brilhantes e nos mais difíceis da minha vida bem como por ter suportado as contingências originadas pela formação.

Aos meus filhos José, Calisto, Nelson Ivan e Washake bem como à minha sobrinha Linda X. Mapilele, que souberam suportar a aparente ausência do pai e tio durante o período de cinco anos da faculdade e pela força que me deram nos momentos de maiores dificuldades.

A todos que me apoiaram ao longo da pesquisa e produção, dedico o “AMOR” que, como diz António Monteiro dos Santos, “vai além das fronteiras do ego”.

AGRADECIMENTOS

O homem é um ser social por excelência que, para viabilizar os seus interesses, precisa de outros parceiros. Nesta base, tenho de agradecer à Direcção do Comando da PRM da Cidade de Maputo, na pessoa do senhor José Weng San – 1º Adjunto do Comissário da Polícia, por ter aceite o pedido de realização da pesquisa e da aplicação do “SCL-90-R, Questionário de 90 sintomas” aos efectivos da PRM em quatro Esquadras da Cidade de Maputo.

Agradeço, ainda, ao Dr. Fernando Ribeiro, pela paciência e dedicação na orientação da elaboração deste trabalho que, certamente, constitui um subsídio para a detecção e despiste de sujeitos que necessitam de atenção profissional especializada.

E a todos que, directa ou indirectamente, me ajudaram.

LISTA DE TABELAS

Páginas

TABELA 1	Agentes da PRM por sexo.....	42
TABELA 2	Idade Média dos Agentes.....	42
TABELA 3	Distribuição dos Agentes pelos Grupos Etários.....	42
TABELA 4	Distribuição dos Agentes pelas Esquadras.....	43
TABELA 5	Data de Aplicação.....	43
TABELA 6	Representação dos resultados de cada indicador de sintomas em cada item do “SCL-90-R”	44
TABELA 7	Casos com elevados índices de sintomas psicopatológicos.....	45
TABELA 8	Médias em percentagens de casos em todos indicadores de sintomas.....	46
TABELA 9	Valores Médios de Sintomas discretos na população alvo.....	48
TABELA 10	Valores Médios Globais por Dimensão (Total, Homens e Mulheres).....	49
TABELA 11	Resultados da Dimensão Somatização.....	50
TABELA 12	Resultados da Dimensão Obsessão-compulsão.....	51
TABELA 13	Resultados da Dimensão Sensibilidade Interpessoal.....	51
TABELA 14	Resultados da Dimensão Depressão.....	52
TABELA 15	Resultados da Dimensão Ansiedade.....	53
TABELA 16	Resultados da Dimensão Hostilidade.....	53
TABELA 17	Resultados da Dimensão Ansiedade fóbica.....	54
TABELA 18	Resultados da Dimensão Ideação paranóide.....	54
TABELA 19	Resultados da Dimensão Psicoticismo.....	55
TABELA 20	Resultados de Escalas Adicionais.....	56

LISTA DE QUADROS

	Páginas
QUADRO 1 Diagrama Representativo das Principais Fontes de Estresse no Trabalho.....	3
QUADRO 2 Organograma do Comando da PRM-Cidade de Maputo (anexo 4).....	75
QUADRO 3 Elementos que podem indiciar o excesso de Trabalho.....	6
QUADRO 4 Diagrama ilustrativo dos vários níveis de sinalização do stress.....	15
QUADRO 5 Diagrama representativo dos factores individuais e organizacionais na promoção da saúde.....	23
QUADRO 6 Factores Pessoais que influenciam o comportamento gerador de acidentes.....	26
QUADRO 7 Procedimentos para a realização da pesquisa.....	39

ABREVIATURAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BSI	Brief Symptom Inventory
DRH	Departamento de Recursos Humanos
EOPRM	Estatuto Orgânico da Polícia da República de Moçambique
GSI	Índice Sintomático Geral
HCM	Hospital Central de Maputo
HSCL	Hopkins Symptom Checklist
HIV	Virus da imunodeficiência humana
ISPU	Instituto Superior Politécnico e Universitário
LAM	Linhas Aéreas de Moçambique
OGBL	(sigla não decifrada no material lido)
OMS	Organização Mundial da Saúde
pc	percentil
PRM	Polícia da República de Moçambique
PST	Total de Sintomas Positivos, também chamado Total de Respostas Positivas
PSDI	Índice de Distress de Sintomas Positivos
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RH	Recursos humanos
SCL-90-R	Symptom Checklist 90 Revised
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TI	Total dos inquiridos que responderam no item
TOC	Transtorno Obsessivo-compulsivo
TVM	Televisão de Moçambique

ANEXOS

Páginas

ANEXO 1 - Pedido de Autorização para a realização da pesquisa.....	69
ANEXO 2 – Credencial N° 463/02-04/DPF-CM/2010.....	70
ANEXO 3 – Informação Sobre a Alteração do Instrumento de Pesquisa.....	71
ANEXO 4 – Organograma do Comando da PRM da Cidade de Maputo.....	72
ANEXO 5 – SCL-90-R / Questionário de 90 Sintomas.....	73/75
ANEXO 6 – Folha de respostas.....	76
ANEXO 7 – Folha de Cotação.....	77
ANEXO 8 – Perfil.....	78
ANEXO 9 – Tabela de Normas da População Geral Moçambicana – Homens.....	79
ANEXO 10 – Tabela de Normas da População Geral Moçambicana – Mulheres.....	80
ANEXO 11 - Tabela geral de casos com Pontuação Directa e respectivos percentis.....	81/83

INDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1	Problema de Investigação	1
1.2	Justificativa	5
1.3	Objectivos	7
1.4	Estrutura do Trabalho	7
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
2.1	As Origens Socioculturais dos sintomas multidimensionais de psicopatologia	9
2.2	Conceitos das dimensões psicopatológicas retratadas por “SCL-90-R”	10
2.2.1	Somatização.....	10
2.2.2	Obsessão-compulsão.....	11
2.2.3	Sensibilidade interpessoal.....	11
2.2.4	Depressão.....	12
2.2.5	Ansiedade.....	12
2.2.6	Hostilidade.....	13
2.2.7	Ansiedade fóbica.....	13
2.2.8	Ideação paranóide.....	13
2.2.9	Psicoticismo.....	14
2.2.10	Escala adicional.....	14
2.2.11	Stress.....	14
2.3	Os estudos da avaliação de sintomas de psicopatologia com base no modelo conceptual de Leonard R. Derogatis (2008)	16
2.3.1	Vantagens dos Questionários Auto-aplicados.....	18
2.3.2	Inconvenientes dos Questionários Auto-aplicados.....	19
2.4	Fontes dos sintomas multidimensionais de psicopatologia no local de trabalho	21
2.5	Algumas consequências negativas dos sintomas	22
2.6	A saúde e segurança no local de trabalho	22
2.6.1	A saúde no local de trabalho.....	22
2.6.2	Segurança do Trabalho.....	24
2.7	A Qualidade de Vida no Trabalho	26
2.8	A importância da consciência social das organizações em relação aos sintomas multidimensionais de psicopatologia no local de trabalho	28
2.9	Estudos Internacionais	30
2.10	Estudos em Moçambique	33
3	METODOLOGIA	35
3.1	Desenho e Métodos de investigação	35
3.2	Modelo Conceptual de referência escolhido para esta pesquisa	35
3.3	População	35
3.4	Instrumentos de recolha de dados	36
3.5	Procedimentos	39
3.6	Dificuldades encontradas ao longo do trabalho	40
4	RESULTADOS	42
4.1	Perfil dos agentes da PRM inquiridos	42
4.2	Resultados das dimensões de psicopatologia	43
4.2.1	Somatização.....	50
4.2.2	Obsessão-compulsão.....	50

4.2.3	Sensibilidade interpessoal	51
4.2.4	Depressão	52
4.2.5	Ansiedade.....	52
4.2.6	Hostilidade	53
4.2.7	Ansiedade fóbica.....	54
4.2.8	Ideação paranóide	54
4.2.9	Psicoticismo	55
4.2.10	Escalas adicionais	56
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
5.1	A nível global	57
5.2	A nível dimensional	58
5.3	A nível de sintomas discretos.....	59
6	CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	61
6.1	Conclusões.....	61
6.2	Sugestões/Recomendações	63

1. INTRODUÇÃO

1.1 Problema de Investigação

A avaliação das dimensões sintomáticas de psicopatologia em profissionais de segurança e ordem pública, com particular destaque para membros da PRM que exercem a actividade de patrulha, constitui uma premissa para compreender o impacto psicológico causado pelo exercício de funções e por excesso de trabalho, em especial nesta camada de profissionais pois, é frequente falar-se de uma maneira generalizada do stress no local de trabalho, na família e não só. A generalização das várias dimensões de psicopatologia e outros índices de mal-estar em “stress” vem acompanhando a evolução histórica da humanidade, na qual contribuem vários factores como: a evolução tecnológica, a agilidade dos meios electrónicos de comunicação, a implosão dos sistemas de significação, o recrudescimento da violência e da criminalidade, as vivências agitadas dos últimos tempos, em especial nos meios urbanos. Estes e outros factores, propiciam grandes mudanças na forma de pensar e agir rápido no homem. Sem dúvida, estas mudanças exigem e/ou permitem muitas vezes o aumento do desempenho do trabalhador e da eficiência nas suas actividades e, conseqüentemente, o aumento na competitividade entre as organizações. Por esta razão, o homem contemporâneo vê-se obrigado a aderir de forma quase normal e activa às imensas modificações com as quais se depara com o desenrolar do tempo na sociedade e no seu ambiente de trabalho.

Como é óbvio, um elemento chave para o sucesso funcional das organizações é o capital humano, porque só dele depende a estabilidade e desenvolvimento das organizações. É dentro deste contexto, que elas devem providenciar, sempre que possível, condições mínimas para que o trabalhador se sinta satisfeito e motivado no seu local de trabalho.

Hans Selye citado por Do Rio (1998, p.5) diz que, *“Toda vez que alguém sente alguma coisa desagradável, na falta de uma palavra melhor diz que está sob stress.”* Contudo, é provável que, alguma psicopatologia ou algum mal-estar, esteja a abater-se sobre esse indivíduo.

Segundo Rodrigo Pires do Rio (1998, p.103), “o *stress* é uma espécie de fardo histórico que nos foi legado. Vivemos uma realidade desequilibrada em todos os níveis: social, biológico, psicológico, espiritual.”

Por sua vez, Chiavenato, I. (1999, p. 103) para enquadrar as várias reacções que ocorrem numa pessoa, conceptuou o **estresse** como:

Um conjunto de reacções físicas, químicas e mentais de uma pessoa a estímulos ou estressores no ambiente. É uma condição dinâmica, na qual uma pessoa é confrontada com uma oportunidade, restrição ou demanda relacionada com o que ela deseja. O autoritarismo do chefe, a desconfiança, a pressão das exigências e cobranças, o cumprimento do horário de trabalho, a chateza e monotonia de certas tarefas, o moral baixo dos colegas, a falta de perspectiva de progresso profissional e a insatisfação pessoal não só derrubam o bom humor das pessoas, como também provocam um impacto psicológico no trabalho. O estresse é a soma das perturbações orgânicas e psíquicas provocadas por diversos agentes agressores como trauma, emoções fortes, fadiga, exposição a situações conflituosas e problemáticas. Certos factores relacionados com o trabalho, como sobrecarga de actividade, pressão de tempo ou relações problemáticas com chefes ou clientes provocam reacções como nervosismo, inquietude, tensão, etc. alguns problemas humanos, como dependência de álcool e abuso de drogas, muitas vezes são decorrentes do estresse no trabalho ou na família.

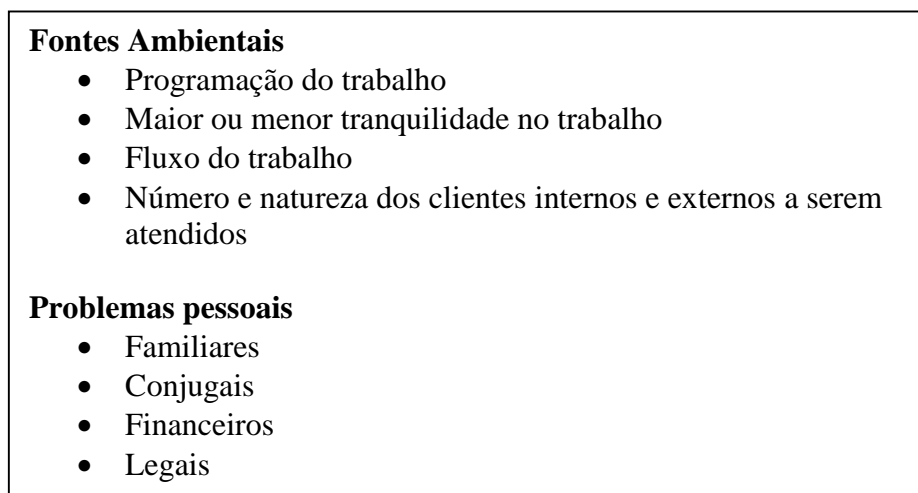
A qualidade de vida reflecte a percepção qualitativa que cada um tem de si mesmo sobre a saúde e o nível de bem-estar individual, a relação entre as duas é automática. É impossível pensarmos em uma sem a outra. A presença da doença, da dor e do mal-estar físico ou psíquico compromete radicalmente a Qualidade de Vida. (do Rio, R.P., 1998, p.114)

Segundo Chiavenato I. (1999, p.378), “...existem duas fontes principais de estresse no trabalho: ambiental e pessoal. Primeiro: uma variedade de factores externos e ambientais podem conduzir ao estresse no trabalho. Incluem a programação do trabalho, segurança no trabalho, fluxo do trabalho e o número e natureza dos clientes internos e externos a serem atendidos.” Segundo: “Além do trabalho, problemas pessoais, familiares, conjugais, financeiros e legais ajudam a aumentar o estresse dos funcionários.”

A avaliação das dimensões sintomáticas de psicopatologia através do SCL-90-R vai permitir a verificação das condições psicológicas que esses profissionais enfrentam no exercício competente da sua função e vai permitir aferir a qualidade de saúde no local de trabalho, que é dependente de hábitos saudáveis, como é o caso das condições ambientais no local de trabalho (figura 1), as quais especificam o comportamento do indivíduo. Os indivíduos sentem-se saudáveis quando recebem suporte e apoio externo. E as empresas ou instituições, para que tenham um maior desempenho e uma qualidade de saúde aceitável, devem apostar no desenvolvimento de programas de promoção da saúde no local de trabalho.

Quadro nº 1

Diagrama representativo das principais fontes de estresse no trabalho



Fonte: Chiavenato (1999) - adaptado a partir do texto

Para que o sucesso empresarial e a satisfação dos trabalhadores nas organizações seja alcançado, as empresas devem garantir e acompanhar a evolução tecnológica do trabalho e as funções que são atribuídas aos indivíduos na organização ao longo do tempo (Lacomblez e Colaboradores, 1996). O trabalho neste contexto, é analisado como um processo onde o trabalhador é actor principal, entrando com as suas capacidades, iniciativas e criatividade. O trabalhador valoriza a sua experiência profissional no trabalho e as respectivas competências, para a sua auto-avaliação no emprego.

O Comando da PRM-Cidade de Maputo, objecto do presente estudo, é um órgão de implantação territorial, equiparado a um Comando Provincial da PRM, que funciona na directa dependência do Comando-Geral, tem a sua sede na Cidade de Maputo localizada entre a esquina

da Avenida Ho Chi Min e Rua John Issa e compreende o Comandante da Cidade e os Directores, com competências de: Comandar, dirigir e chefiar a PRM; analisar o estado de segurança e ordem públicas; garantir a coordenação com outras instituições dentro do limite de jurisdição da Cidade de Maputo.

O artigo 23 do Estatuto Orgânico da PRM (EOPRM), aprovado pelo Decreto nº 27/99 de 24 de Maio, estabelece a composição orgânica do Comando da PRM-Cidade, para a realização das suas atribuições e competências, como ilustra o organograma (quadro 2, anexo 4).

O Comando, como órgão de direcção, com funções administrativas e operacionais, congrega subunidades de tutela, como: Comandos Distritais Urbanos; Esquadras da PRM e Postos Policiais.

Os Comandos Distritais Urbanos são órgãos de implantação territorial que funcionam na directa dependência do Comandante da PRM-Cidade e têm sede nas respectivas sedes de cada Distrito Urbano. (artigo 33 do EOPRM).

As Esquadras são órgãos de natureza operacional criadas em função da situação operativa policial com objectivo de dar resposta imediata às preocupações de prevenção, investigação e combate à criminalidade...As Esquadras são criadas nos grandes centros de aglomeração populacional, nomeadamente nas cidades. (artigo 34 do EOPRM).

Os Postos Policiais são órgãos de implantação territorial que funcionam nos Postos Administrativos na dependência directa dos Comandos Distritais Urbanos. Eles poderão ser criados nas zonas urbanas e em centros industriais, comerciais e sociais se se verificar que, o nível das exigências operacionais, não justificam a criação de uma Esquadra. (artigo 35 do EOPRM)

O Comando da PRM-Cidade sendo uma instituição paramilitar, do governo, que garante a protecção dos cidadãos e seus bens, tem se confrontado, por vezes, com os fora da lei e outros

cidadãos de conduta duvidosa e suspeita, situação que pode afectar o estado psíquico dos membros da PRM no exercício das funções.

Não há registo institucional, de um trabalho científico atinente à avaliação das dimensões sintomáticas de psicopatologia em profissionais de segurança e ordem pública no exercício da sua actividade, apesar de se ter consciência de que, o capital humano, é o promotor do desenvolvimento e sucesso das organizações. Esta é a razão pela qual o presente estudo, coloca como problema: **Qual o impacto das dimensões sintomáticas de psicopatologia, avaliadas pelo SCL-90-R, que decorre do exercício de funções de manutenção da segurança e ordem pública pelos agentes (patrulheiros) da PRM nas Esquadras da Cidade de Maputo?**

Portanto, o presente trabalho pretende identificar e avaliar as dimensões sintomáticas de psicopatologia e os índices globais de mal-estar, retratadas pelo SCL-90-R, em profissionais da segurança e ordem Pública, tendo em conta que em missões de patrulhamento para a prevenção e combate ao crime eles não só estão expostos a variadíssimas situações que podem afectar o seu estado psicológico como estas podem influenciar o seu desempenho.

1.2 Justificativa

A avaliação das dimensões sintomáticas de psicopatologia é um tema pouco abordado e estudado a nível do País apesar de haver um crescente número de pessoas que sofrem de problemas cardiovasculares que podem estar associados ao exercício de funções. Segundo Dr. Paulo Ivo Garrido, ex-Ministro de Saúde do nosso país numa das suas intervenções, disse entrarem por mês, nos serviços de urgência do HCM, cerca de noventa pacientes com problemas de AVC's dos quais metade morre nos primeiros trintas dias. (TVM, 2010)

O presente trabalho constitui um desafio e quiçá uma contribuição na área de pesquisa sobre factores que podem indiciar o excesso de trabalho, contidos nas dimensões sintomáticas de psicopatologia e índices globais de mal-estar que, o “SCL-90-R”, aprecia, designadamente: Somatização, Obsessão-compulsão, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ansiedade,

Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide e Psicoticismo bem como a Escala adicional. (Leonard R. Derogatis, 2008)

O estudo tenciona provocar um debate em volta do tema, por forma a ter-se noção do impacto psicológico derivado do exercício de funções numa instituição como a PRM. Este estudo é importante porque permite aferir os elementos que podem constituir indícios de excesso de trabalho, como os ilustrados no quadro conceptual que se segue.

Quadro nº 3 - Elementos que podem indiciar o excesso de trabalho

CORPO	SENSAÇÃO	PENSAMENTO	ATITUDE
Falta de apetite	Nervosismo	Dificuldade em se concentrar	Comer de forma irregular
Cansaço crónico	Irritação	Erros frequentes	Aumento do consumo de álcool
Dores de cabeça	Medos	Sonhar durante o dia	Fumar mais
Dores de costas	Insatisfação	Rodeado em pensamentos	Zangar-se
Transpiração	Apatia	Vazio na cabeça	Retrair-se
Dores musculares	Vazio interior	Bloqueio mental	Menos movimentos
Problemas de digestão	contrariedade	Pesadelos	Tremer, ranger os dentes
Insónias			Falar depressa, interromper

Fonte: Chantal De Mesmaeker

O quadro acima, apesar de ser um mapa conceptual por não possuir indicadores numéricos é relativo às noções mentais abstractas, foi editado pela OGBL (sigla não decifrada no material lido) e Liga Luxemburguesa de higiene mental com apoio do Ministério da Saúde. O título do artigo é “Reduzir o stress” e, como se pode notar, o quadro faz um resumo dos elementos que podem indiciar o excesso de trabalho, podendo ser, também, fontes de stress.

Ao debruçar sobre o tema “avaliação das dimensões sintomáticas de psicopatologia através do SCL-90-R” em agentes da PRM em órgãos de natureza operacional como é o caso das “Esquadras”, o pesquisador espera, contribuir para uma melhor reflexão sobre os riscos bem como outros factores que podem influenciar negativamente os membros deste órgão de soberania, quando em exercício da sua actividade laboral. O estudo reveste-se de particular relevância para a PRM porque vai permitir que a Instituição tenha noção do estado psicopatológico dos agentes.

Espera-se, também, que esta pesquisa possa dar um contributo para que pessoas interessadas incluindo os gestores da PRM conheçam o impacto psicológico gerado pelo exercício de funções em agentes da PRM, em especial patrulheiros, sabido que “*uma pessoa é vulnerável diante de um ou mais estímulos quando ela os percebe como pressões e reage com stress diante deles.*” (Rio, 1998, p.15). Só conhecendo, pode-se aliviar as pressões e melhorar as condições de saúde dos agentes da lei e ordem no local de trabalho.

1.3 Objectivos

O principal objectivo deste trabalho é avaliar as dimensões sintomáticas de psicopatologia através do SCL-90-R em profissionais de segurança e ordem pública no exercício de funções nas Esquadras da Cidade de Maputo. Especificamente pretende-se, com o estudo:

- Identificar e caracterizar o perfil sócio-demográfico dos agentes da PRM;
- Analisar e descrever as nove dimensões sintomáticas de psicopatologia e os três índices globais de mal-estar nos membros da PRM;
- Saber até que ponto os factores sintomáticos das dimensões apreciadas pelo SCL-90-R afectam a população alvo, isto é, os agentes da PRM em missões operativas.

1.4 Estrutura do Trabalho

Este trabalho é constituído por seis capítulos, sendo: O **capítulo I**, a **introdução**, na qual se procede à contextualização do tema, a apresentação da importância da pesquisa, respectivos objectivos e estrutura do trabalho. O **capítulo II**, apresenta a **fundamentação teórica** bem como a descrição dos principais conceitos das dimensões sintomáticas de psicopatologia abordados no

“SCL-90-R, Questionário dos 90 Sintomas”. O **capítulo III** – refere-se à **metodologia** utilizada na condução deste estudo; caracteriza o tipo de pesquisa, a estratégia e o método seguido bem como o instrumento usado na recolha de dados; faz uma resumida explicação sobre os procedimentos aplicados na colecta e tratamento dos dados. O **capítulo IV** – faz uma **apresentação dos principais resultados** do estudo, em função dos objectivos previamente definidos. No **capítulo V** - faz-se a **discussão dos resultados**, confrontando os principais achados do estudo com as teorias, modelo e outros estudos apresentados no referencial teórico do trabalho e o **capítulo VI** – Apresenta as **conclusões** da pesquisa e algumas sugestões/recomendações de intervenção para os gestores da PRM, bem como sugere as linhas para as futuras investigações dentro da instituição e faz, ainda, uma resenha sobre as dificuldades encontradas na realização do estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 As Origens Socioculturais dos sintomas multidimensionais de psicopatologia

Cada um de nós se desenvolve em íntima relação com a(s) sociedade(s) e cultura(s) na(s) qual(is) está inserido. Essa relação tem importância sobre o nosso modo de ser, nas atitudes, na visão do mundo, no movimento do corpo. O aprendizado da língua define, dentre outras coisas, símbolos básicos para a compreensão da vida, possibilidades de expressão das emoções e dos pensamentos, até mesmo, padrões de posicionamento e movimentação dos músculos responsáveis pela fala. (do Rio, 1998, p.33)

Hall citado por do Rio (1998, p.33) diz que “pessoas de culturas diferentes não apenas falam línguas diversas mas o que talvez é mais importante, *habitam em diferentes mundos sensoriais*”. Ele se refere aos filtros culturais da percepção e peneiramento dos dados sensoriais, que estão condicionado culturalmente, pois admite alguns e elimina outros dados.

Por sua vez, Erich Fromm acredita que a percepção depende de uma ordenação da experiência em função de um sistema conceptual, que opera como um filtro socialmente condicionado. Ele denomina *carácter social* ao “núcleo da estrutura do carácter compartilhada pela maioria dos indivíduos da mesma cultura, *diversamente* do carácter individual, que é diferente em cada um dos indivíduos pertencentes à mesma cultura”. Essa dimensão do ser humano se aproxima daquilo que Hall chama de *eu no nível da cultura* (Hall, 1989, p. 169), responsável por padrões de comportamento semi-institivos, modelados culturalmente. (do Rio, 1998, p. 33 e 34)

Para Ernst Cassirer diz que o ser humano não pode apreender a realidade directamente: “O homem vive num universo simbólico. Linguagem, mito, arte e religião são parte desse universo. Constituem os diversos fios que tecem a rede simbólica, a complicada trama da experiência humana”. Tais “fios” são tecidos através da relação entre cada indivíduo e a vida sociocultural. No entender de Paul Tillich, “o ser humano inclui sua relação com as significações. Ele é humano só por compreender e moldar a realidade de acordo com significações e valores”, que encontra através da sua relação com cultura. E, segundo Becker:

“Todos os nossos significados são introduzidos em nós vindos de fora, de nossas relações com os outros.” (do Rio, 1998, p. 34)

A maneira como a cultura se dispõe nas diversas sociedades, a forma de funcionamento dessas sociedades, as novas extensões do ser humano (megalópoles, videogames, carros, computadores, fax, televisão, etc.) interferem radicalmente na percepção que cada pessoa tem do mundo, dos outros e de si mesma. Hall considera errado imaginarmos que os seres humanos sejam completamente independentes de suas extensões: “a relação do homem com suas extensões constitui simplesmente uma continuação, sob uma forma especializada, da relação dos organismos em geral com seu meio ambiente.” (do Rio, 1998, p. 34)

Segundo do Rio (1998), “cada época histórica tem seus benefícios e cobra seus preços. Um dos preços mais característicos desta nossa época de grande turbulência sociocultural é o *stress*”. Se se pode considerar que, as dimensões (Somatização, Obsessão-compulsão, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide, Psicoticismo e a Escala adicional) afloradas por Derogatis no “SCL-90-R”, provocam um estado emocional desagradável, então estaremos perante elementos que podem indiciar o excesso de trabalho e de acordo com Hans Selye pode-se estar perante situações de stress.

2.2 Conceitos das dimensões psicopatológicas retratadas por “SCL-90-R”

2.2.1 Somatização

Segundo Emanuel Pestana e Ana Páscoa (2002), **Somatização** é um “mecanismo psicológico pelo qual os *afectos* característicos de um *conflito inconsciente são investidos*, «traduzidos» num sintoma orgânico, na «linguagem do corpo».”

De acordo com Olga Inês Tessari (Agosto de 2007), **Doenças psicossomáticas** são manifestações orgânicas que podem ser provocadas ou cujos sintomas podem ser agravados por problemas mentais ou emocionais. É um processo pelo qual a pessoa «transfere» para o organismo a carga emocional que decorre de algum problema que está vivendo. A consequência, muitas vezes, é o surgimento de uma doença ou o agravamento de uma já existente.

Para José Atílio Bombana (1993) **Somatização** corresponde a uma tendência de experimentar e de comunicar distúrbios e sintomas somáticos não explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles. É usualmente assumido essa tendência que se manifesta em resposta a stress psicossocial originado por situações e factos da vida particularmente importantes para o indivíduo.

2.2.2 *Obsessão-compulsão*

O chamado **Transtorno Obsessivo-Compulsivo** (“TOC”) é uma doença em que o indivíduo apresenta obsessões e compulsões, ou seja sofre de idéias e/ou comportamentos que podem parecer absurdas ou ridículas para a própria pessoa e para os outros e mesmo assim são incontroláveis, repetitivas e persistentes. A pessoa é dominada por pensamentos desagradáveis que podem possuir conteúdo sexual, trágico, entre outros que são difíceis de afastar de sua mente. O TOC é considerado o quarto diagnóstico mais frequente na população. (http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_obsessivo-compulsivo)

A obsessão-compulsão caracteriza-se pela presença de ideias, de imagens ou impulsos recorrentes não desejados, invasores que parecem sem sentido, estranhos, indecentes ou aterradores (obsessões) e, ao mesmo tempo, uma urgência ou uma compulsão para fazer algo que liberte da incomodidade causada pela obsessão. (Manualmerck.net)

As pessoas com perturbação obsessivo-compulsiva sentem-se impulsionadas a efectuar rituais repetitivos, com um propósito e intencionais. Os rituais utilizados para controlar uma obsessão incluem lavar-se ou limpar-se para se libertar da contaminação, verificações repetitivas para suprimir as dúvidas, guardar as coisas para que não se percam entre outros actos.

2.2.3 *Sensibilidade interpessoal*

Segundo Jean Decety e C. Daniel Baston do editorial Social (acessado em 30/04/2010) para a neurociência, **Sensibilidade interpessoal** se refere à capacidade de perceber e responder com cuidado para os estados internos (exemplo: cognitivos, afectivos, motivacionais) do outro, compreender os antecedentes dos estados, e prever eventos subsequentes que irá resultar. Se

refere à exactidão e/ou adequação das percepções, julgamentos e respostas que temos com relação ao outro.

Para Pestana e Páscoa (2002), a **sensibilidade** é a “capacidade de captar estímulos do próprio corpo ou do exterior e de os interceptar e experimentar sob a forma de *sensações* e *percepções*.” Os mesmos autores, referem que em *psicometria* a **sensibilidade** “designa a qualidade que deve possuir um teste que lhe permite discriminar os indivíduos nas características que pretende avaliar.”

2.2.4 *Depressão*

Depressão é a “polarização do humor e dos afectos no pólo da tristeza, com baixa auto-estima e sentimentos de desvalorização pessoal. A depressão é patológica quando se torna exagerada e desproporcionada à situação desencadeante.” (Pestana e Páscoa, 2002)

Os sintomas, geralmente associados ao quadro depressivo são o humor persistentemente rebaixado, apresentando-se como tristeza, angústia ou sensação de vazio; ou diminuição do interesse e prazer em actividades que antes eram prazerosas. Outros sintomas de depressão incluem: Ansiedade; afastamento de amigos ou pessoas; cansaço e perda de energia; falta de vontade de realizar uma determinada tarefa que progressivamente se alastra ou pode alastrar a muitas outras actividades. (Pestana e Páscoa, 2002)

2.2.5 *Ansiedade*

Ansiedade, ânsia ou nervosismo é uma característica biológica do ser humano, que antecede momentos de perigo real ou imaginário, marcada por sensações corporais desagradáveis, tais como sensação de vazio no estômago, coração batendo rápido, medo intenso, aperto no tórax. As pessoas ansiosas têm um vasto número de sintomas, alguns que resultam de aumento da estimulação do sistema nervoso vegetativo ou autónomo, que controla o *reflexo ataque-fuga*. Outros são *somatizações*, ou seja, os doentes convertem a ansiedade em problemas físicos, incluindo dores de cabeça, distúrbios intestinais e tensão muscular. (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Ansiedade>).

2.2.6 *Hostilidade*

Hostilidade é um sentimento que o ser humano tem e representa um tipo de violência emocional e rivalidade, por parte de uma pessoa, um grupo de pessoas grandes ou um grupo de pessoas pequenas. A Hostilidade pode significar a passagem da violência emocional a uma agressão física. Para o caso vertente refere-se a pensamentos, sentimentos e condutas próprios de estados de agressividade, ira, irritabilidade, raiva e ressentimento. (Derogatis, L.R., 2008)

2.2.7 *Ansiedade fóbica*

É um grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam actualmente nenhum perigo real. Estas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor. As preocupações do sujeito podem estar centradas sobre sintomas individuais tais como palpitações ou uma impressão de desmaio e, frequentemente, se associam com medo de morrer, perda do autocontrole ou de ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória. (http://virtualpsy.locaweb.com.br/cid_janela.php?cod=11)

A **ansiedade fóbica** é, frequentemente, associada a uma depressão. Para determinar se convém fazer dois diagnósticos (ansiedade fóbica e episódio depressivo) ou um só (ansiedade fóbica ou episódio depressivo), é preciso levar em conta a ordem de ocorrência dos transtornos e as medidas terapêuticas que são consideradas no momento do exame. (http://virtualpsy.locaweb.com.br/cid_janela.php?cod=11)

2.2.8 *Ideação paranóide*

Esta dimensão sintomática recolhe distintos aspectos da conduta paranóide, considerada como resposta a um transtorno da ideação. Inclui características próprias do pensamento projectivo, como suspeição, centralismo auto-referencial e ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo da perda de autonomia e necessidade de controlo. (Derogatis, L.R., 2008)

2.2.9 *Psicoticismo*

Esta dimensão configura um espectro psicótico que se estende desde a esquizoidia e a esquizotípias leves até à psicose florida. Na população geral, ela está relacionada com sentimentos de alienação social que com psicose clinicamente manifesta. (Derogatis, L. R., 2008)

2.2.10 *Escala adicional*

São considerados como escalas adicionais porque o seu peso factorial em diferentes sub-escalas não permite atribuí-los a nenhuma delas em particular. Sob ponto de vista estritamente psicométrico, podem ser eliminados, mas a sua relevância clínica é tão grande que foram conservados. Considera-se ainda que sejam indicadores da gravidade do estado do sujeito, não constituem uma dimensão sintomática específica. No entanto, ainda que aceitando que os critérios psicométricos, não permitam atribuí-los a nenhuma dimensão em particular, para um clínico normal constituem um claro referente de depressão melancólica. (Derogatis, L. R., 2008)

2.2.11 *Stress*

Stress é um “estado emocional desagradável (*frustração, ansiedade, depressão* e intensas reacções neurovegetativas) resultante de uma situação de perigo iminente que ameaça o organismo e os seus mecanismos homeostáticos”. O termo stress foi introduzido pelo fisiologista canadiano H.Selye para caracterizar o que chamou de Síndrome Geral de Adaptação ou reacção de alarme. (Pestana e Páscoa, 2002, p. 207)

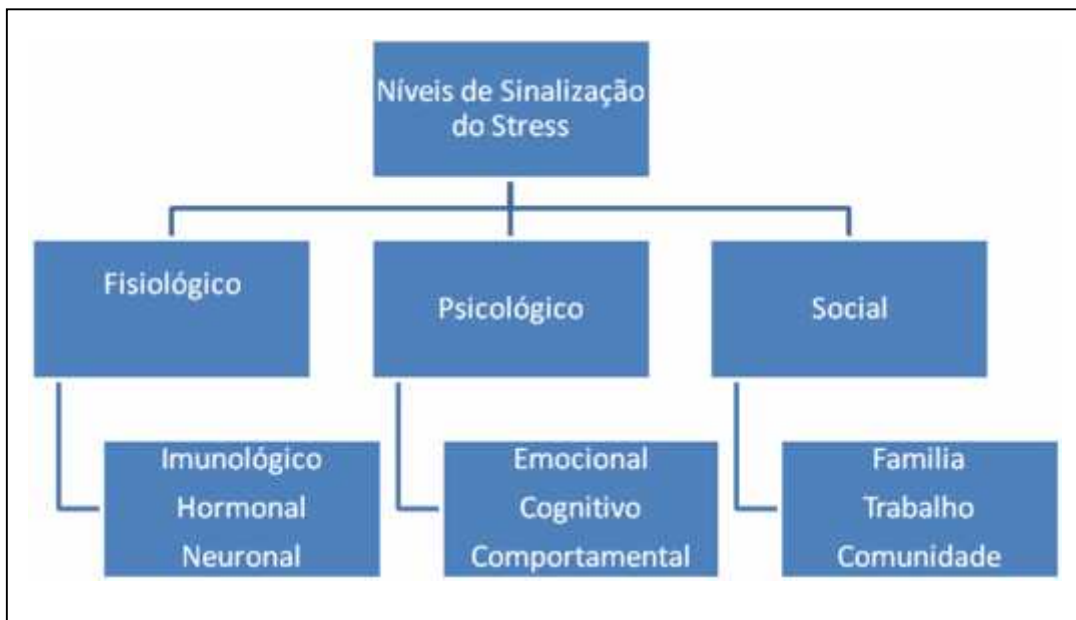
Segundo Chiavenato (1999, p. 377) **stress** é um conjunto de reacções físicas, químicas e mentais de uma pessoa a estímulos ou estressores no ambiente. É uma condição dinâmica, na qual uma pessoa é confrontada com uma oportunidade, restrição ou demanda relacionada com o que ela deseja.

Para Ângelo Reis (2007), o **stress** é um tipo particular de relação entre a pessoa e o seu meio, marcada pela percepção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de “coping” e que podem pôr em perigo o bem-estar do indivíduo. O stress decorre da discrepância

entre o que o indivíduo sente que lhe é exigido e a percepção dos recursos que ele tem para lidar com a situação. De um modo geral, pode se localizar em vários níveis. (vide quadro 4)

Quadro nº 4

Diagrama ilustrativo dos vários níveis de sinalização do stress



Fonte: Reis (2007) – Adaptado

O *stress* é um fenómeno biológico e social que afecta inevitavelmente todas as pessoas. Segundo investigador Selye, o stress é negativo quando a pessoa está perante uma dificuldade que causa sofrimento ao indivíduo podendo provocar doença e pode ser positivo, quando ajuda a superar dificuldades, aumentando as capacidades constituindo assim um factor de desenvolvimento. Daí que pode ser considerado uma “potência de oportunidade mas também a iminência de risco”. Se o stress define-se na relação do homem com o mundo, ele pode manifestar-se em todas as áreas da sua vida. (Reis, A., 2007)

Do Rio (1998) diz que, “cada um de nós está sujeito a uma infinidade de estímulos que vêm do nosso próprio corpo, da nossa vida psíquica, do mundo externo” (p. 5) e refere ainda que “tais estímulos chamamos de *pressões*”. (p. 4) Para este autor (p. 5), “*pressões* são estímulos com potência capaz de produzir o stress em nós.”

Neste contexto, o exercício da profissão policial leva os seus agentes, diariamente, a enfrentarem contingências de muito desgaste psicológico, pois precisam estar sempre prontos a proteger a sociedade, atentos para perceber qualquer situação de perigo e para agir de forma preventiva sem perderem o controle da situação. Segundo Lipp (1996a), os indivíduos que se enquadram em ocupações de exposição a situações de grande perigo são chamados de grupo de risco para aquisição do *stress*. Mediante essa observação, pode-se dizer que os agentes da polícia fazem parte desse grupo de risco ao *stress*, pois desempenham uma profissão em que, a qualquer momento, pode surgir uma situação de perigo contra a própria vida. (<http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php>)

Do Rio (1998, p.17), descreve o *stress agudo* como sendo aquele que possibilita os desempenhos dos atletas ou de pessoas comuns em situações de “luta ou fuga”. O aumento de produção e do consumo de energia pode-se elevar enormemente e chegar-se a carregar pesos ou saltar distâncias e alturas que jamais se imaginaria ser possível. Esse conjunto de reações psicofísicas tem sido o principal sistema de sobrevivência do ser humano, ao longo de vários milênios em que enfrentou situações naturais adversas que exigiam respostas vigorosas.

2.3 Os estudos da avaliação de sintomas de psicopatologia com base no modelo conceptual de Leonard R. Derogatis (2008)

A Unidade de Investigação em Psicometria Clínica da Universidade Johns Hopkins desenvolveu o SCL-90 a partir do seu precursor, o HSCL (*Hopkins Symptom Checklist*), uma escala auto-aplicada de avaliação de sintomas que foi submetida a várias revisões profundas e a numerosas alterações mínimas. Um protótipo do HSCL constituiu a “Escala de Mal-Estar” (*Discomfort scale*) desenvolvida por Parloff et al. (1954) baseada no *Cornell Medical Index* (Wilder, 1948), assim como numa escala modificada por Lorr (1952), de 12 itens. A “Escala de Mal-Estar” destinada a avaliar as mudanças em pacientes sob tratamento psicoterápico, consistia num questionário auto-aplicado de 41 itens com uma escala de resposta de 4 pontos. Os itens estavam relacionados, principalmente, com queixas somáticas e, em menor grau, com queixas psíquicas que o paciente podia ter experimentado na semana anterior à avaliação e que eram avaliadas segundo o transtorno que causavam ao paciente. Esta “Escala de Mal-Estar” foi

modificada mais tarde por Frank et al. (1957), e evoluiu até converter-se na versão de 58 itens do HSCL. (Derogatis, L.R., 2008)

A aplicação do HSCL para avaliar psicopatologia e sintomatologia psíquica em situações clínicas ordinárias apresenta vários inconvenientes. **Primeiro:** o instrumento não foi desenhado para uso em pacientes individuais, mas como instrumento de investigação colectiva. **Segundo:** os itens constituintes deste instrumento não cobrem todas as dimensões principais de sintomas. **Finalmente,** a escala não dispõe de um instrumento análogo que permita uma co-avaliação fiável do paciente por parte do clínico. Com essas deficiências em mente começou-se o trabalho do desenvolvimento e aperfeiçoamento que culminou no SCL-90. (Derogatis, L.R., 2008)

O mesmo modelo conceptual acima citado refere que:

Alguns dos itens do HSCL foram eliminados e juntaram-se 45 novos itens, que configuram quatro novas dimensões. Todos os itens são avaliados numa escala de resposta de 5 pontos. Os primeiros procedimentos de avaliação estatística revelaram nas sub-escalas altos níveis de consistência interna e elevada validade convergente. A análise factorial demonstrou uma considerável correspondência entre as estruturas factoriais teórica e empírica, assim como uma adequada invariância factorial das sub-escalas em distintas sub-amostras. A apresentação clínica do *Symptoms Checklist*, abreviadamente SCL-90, teve lugar em 1973 num artigo de Derogatis. Em 1977, depois da versão prototípica ter sido aprovada, modificada e validada, seguiu-se a publicação do Manual oficial do SCL-90-R, reeditado em 1983. No entanto, durante certo tempo, muitos investigadores continuaram a utilizar a versão inicial do SCL-90, e em alguns trabalhos não está claro qual foi a versão utilizada. Na realidade, compreende-se bem esta confusão, porque ambas as escalas são muito similares. Somente mudam três itens e permanecem idênticos na versão revista 87 dos 90 itens originais. Sete das nove dimensões sintomáticas não experimentam nenhuma variação nos seus componentes. A dimensão obsessão-compulsão do SCL-90-R contém 9 itens exactamente iguais aos do SCL-90 e só um, o item 3, ainda que continue a referir-se ao mesmo sintoma, muda ligeiramente a sua descrição. Na dimensão ansiedade permanecem sem alteração 8 itens e desaparecem por completo os itens 80 e 86 da versão original, que são substituídos por descrições de sintomas novos. Apesar da grande semelhança, é recomendável utilizar sempre a versão revista, que é a única que dispõe de critérios normativos. Uma versão mais curta do teste, o *Brief Symptom Inventory* (BSI), foi desenvolvida por Derogatis e Melisaratos em 1983. Os seus 53 itens respondem também a escala de 5 pontos, e o

instrumento inclui as mesmas nove dimensões sintomáticas primárias e os mesmos índices gerais ou globais que o SCL-90-R. ambos os instrumentos estão altamente correlacionados e pode-se utilizar a versão mais curta quando a longa for pouco prática.

Hoje em dia, o SCL-90 está a ser utilizado em várias investigações na população geral e em populações clínicas, tanto de pacientes psiquiátricos como de medicina geral e das mais diversas especialidades. Existem traduções e adaptações mais ou menos validadas a diversos idiomas, como o holandês (Arrindell, 1981), o alemão (Hessel, 2001), o hebreu (Roskin, 1983), o Farsi (Siassi, 1982) e o Coreano (Noh, 1992). A primeira versão em espanhol foi elaborada por Guimón e cols. (1983), revista e adaptada mais tarde por González de Rivera e cols. (1990). (Derogatis, L.R., 2008)

O SCL-90-R foi desenhado para ser interpretado em três níveis diferentes de informação: o global, o dimensional e o de sintomas discretos. A informação derivada é distinta, ainda que relacionada deve ser cuidadosamente integrada para permitir um retrato válido do sofrimento psicológico do sujeito.

A avaliação das *dimensões sintomáticas* é uma das principais vantagens ligadas ao uso do SCL-90-R, ao encaminhar a um perfil multidimensional da patologia presente. A medição multidimensional conduz a um contexto sindrómico, que permite interpretar as tendências concretas da expressão psicopatológica. Ainda que o Questionário não tenha atribuições diagnósticas por si, existe uma boa correlação entre os picos nos seus perfis e o diagnóstico psiquiátrico com critérios CIE-10 (De las Cuevas, 1991). (Derogatis, L.R., 2008)

O método da auto-aplicação na quantificação de sintomas tem ganho adeptos ao longo dos tempos, porque, para além da implicação na poupança de tempo e de pessoal, apresenta outras vantagens que complementam o método clássico da entrevista.

2.3.1 Vantagens dos Questionários Auto-aplicados

Fruto dessa difusão foram-se encontrando vantagens neste tipo de instrumentos, tais como as que se referem nos parágrafos seguintes.

- Os questionários auto-aplicados em psicopatologia permitem um acesso rápido a informação difícil de obter por outros meios, complementando assim a informação obtida por um observador externo. A informação procede do sujeito que experimenta directamente o fenómeno, sem interferência do entrevistador que possa forçar, sugestionar ou de alguma forma influenciar na veracidade da resposta.
- Consegue-se uma considerável poupança de tempo profissional, já que tanto a aplicação como a correcção do instrumento pode ser realizada por ajudantes, técnicos ou pessoal de apoio. Além disso, as respostas aos questionários de sintomas auto-aplicados são facilmente acessíveis a métodos automáticos de correcção e interpretação, tanto manuais como informatizados.
- As pontuações obtidas com estes instrumentos têm uma alta “validade incremental”, quer dizer, as maiores pontuações correlacionam com estados psicopatológicos mais graves.
- A aplicação de um sistema escalar a estes questionários permite um certo grau de “objectivação do subjectivo”, quer dizer, uma forma de medir a experiência interna.

2.3.2 Inconvenientes dos Questionários Auto-aplicados

É preciso reconhecer que os métodos auto-aplicados de avaliação também apresentam alguns inconvenientes, que foram revistos extensamente por De las Cuevas et al. (1992). Alguns dos mais relevantes apresentam-se como se segue:

- O efeito halo é um enviesamento da resposta que ocorre quando o sujeito permite que as suas avaliações numa variável influenciem os valores que atribui a outras. Intercorrelações altas nas pontuações de variáveis pertencentes a dimensões distintas sugerem a presença do efeito halo.
- A segunda forma de enviesamento a ter em conta é a indulgência e a sua complementar, a inclemência. Como os seus nomes indicam, são tendências a realizar avaliações mais positivas ou mais negativas do que as reais, quer dizer, engrandecer ou minimizar as respostas nas avaliações.
- A tendência central é um enviesamento consistente em realizar um número maior de avaliações médias ou neutras do que as reais. A tendência extrema é o enviesamento complementar, consistente na tendência de chegar aos extremos da escala. Podemos obter

um índice do grau da tendência central ou extrema comprovando as avaliações médias de cada indivíduo sobre um número de dimensões. Se as medidas globais estão perto do ponto médio da escala, será necessário comprovar a variância das pontuações. A tendência central pode ser em função do indivíduo, da escala de avaliação ou da interação entre ambos.

- A restrição de amplitude é a tendência a restringir as respostas a uma parte particular da escala. É indicada pela existência de pequenas variâncias em dimensões individuais ou por uma alta curtose. O efeito frequência é um enviesamento oposto à restrição da amplitude, consistente com a tendência em usar todas as categorias da escala em igual proporção, ou seja, a usar “todas as alternativas” nas respostas.
- O enviesamento por mudança de resposta é um efeito particularmente importante a ter em conta quando o questionário se utiliza para medir mudanças ao longo de um programa terapêutico.
- O enviesamento por desejabilidade social da resposta num questionário auto-aplicado nem sempre indica um engano ou fraude deliberado já que pode responder a um traço de personalidade, o “efeito fachada”, tendência inconsciente para “colocar-se sempre do lado bom”. Esta tendência ao auto-engano indica uma ausência de vontade para reconhecer ou fazer frente às suas próprias limitações e um defeito nas suas capacidades de introspecção e auto-percepção. Alguns questionários contêm escalas especiais de validade para detectar falsificações e enviesamentos de auto-engano, como a escala F no MMPI. No SCL-90-R, a veracidade das respostas pode inferir-se até certo ponto, pela relação entre os índices globais, cujo cálculo está desenhado de tal maneira que facilita importante informação acerca do estilo de resposta do sujeito. Em particular, o PST (Total de Respostas Positivas) e o PSDI (Índice de Severidade de Sintomas Presentes) podem servir para detectar tanto simuladores conscientes, como sujeitos que, inconscientemente, têm um estilo de resposta “minimizador” ou “aumentador” em geral, um PST menor de 4 é altamente suspeito de negação de sintomas, enquanto que um PST maior de 50 nos homens ou 60 nas mulheres, é altamente suspeito da tendência contrária ao aumento ou exagero da patologia.

Em geral, o SCL-90-R é composto por 90 itens, cada um dos quais descreve uma alteração psicopatológica ou psicossomática concreta. A intensidade do sofrimento causado por cada sintoma é graduado pelo sujeito entrevistado desde 0 (ausente total de incómodos relacionada com o sintoma) até 4 (incómodo máximo). O procedimento de graduação de intensidades ou frequências nas escalas que oferecem várias possibilidades de resposta, conhece-se como “método escalar de Likert”, em honra do psicometrista americano que o inventou, Rensis Likert. Na mais pura conceptualização numérica, as pontuações atribuídas a cada item não podem considerar-se como valores quantitativos, porque é difícil estar seguro de que representam aumentos ao longo de uma variável contínua. Dito de uma outra maneira, não está claro que a diferença entre não ter um sintoma e tê-lo (expressa no teste como uma variação de 0 a 1) seja a mesma que há entre sofrer moderadamente de um sintoma e sofrer de forma grave (diferença expressa com a variação de 2 a 3). A diferença de um ponto é a mesma em ambos os casos, mas a experiência do sujeito seguramente diferente. No entanto, e uma vez feita a clarificação precedente, a aplicação prática do questionário vê-se sumariamente facilitada ao considerá-lo como um instrumento de medidas de variáveis contínuas, o qual permite realizar as operações numéricas necessárias para obter três tipos de variáveis numéricas: os índices globais, as dimensões sintomáticas e o mal-estar subjectivo criado por cada sintoma discreto.

O marco temporal coberto pelas perguntas do questionário restringe-se à experiência recente, quer dizer, espera-se do sujeito a avaliação dos incómodos ocasionados por cada sintoma durante os dias imediatamente anteriores à entrevista, incluindo esse mesmo dia.

2.4 Fontes dos sintomas multidimensionais de psicopatologia no local de trabalho

As fontes dos sintomas multidimensionais de psicopatologia podem ser os mesmos que Chiavenato (1999) indica como fontes ou factores de stress, (vide página 2 deste trabalho).

Portanto, o ambiente de trabalho pode ser uma fonte importante de *stress*, como são os casos de contingências do trabalho policial. Esses profissionais tendem a apresentar nível elevado de *stress* por estarem sempre expostos ao perigo, à agressão e à violência, necessitando de intervir em situações problemáticas de muita tensão e por estarem em constantes contactos

interpessoais intensos (ROMANO, 1996). Adiciona-se a essas contingências, as normas e regras rígidas e punitivas dessa profissão. (Edital Fuvest, 2003)

2.5 Algumas consequências negativas dos sintomas

Os chamados **sintomas psicossomáticos** são directamente produzidos por stress como são os casos: dor da nuca, lombalgia, dores musculares em geral, dor de cabeça, tonturas, irritações da pele, azia, prisão do ventre, diarréia, sensação de falta de ar, palpitações cardíacas, e outros. Como alguns destes sintomas reduzem a resistência orgânica, predispõem o organismo a infecções respiratórias, intestinais, da pele e outras. (do Rio, 1998, p.19)

O HIV, diabetes, hipertensão arterial e tantas outras doenças são directamente influenciadas pelo estado de ansiedade, a depressão e os diversos distúrbios do funcionamento mental estão intimamente relacionados com o stress. (do Rio, 1998, p.19)

Uma organização tem como função responder às necessidades da sociedade com a produção de bens ou serviços e recebe em contrapartida uma compensação monetária, por isso, as pessoas esperam da organização, na qual estão inseridas, a satisfação das suas necessidades. E, muitas são as vezes em que o relacionamento entre as organizações e os trabalhadores é conflituoso, devido às diversas exigências impostas pelas tarefas repetitivas, destrutivas e isoladas, levando a que o trabalhador se sinta frustrado e desinteressado para com o trabalho. (Chiavenato, 2000)

2.6 A saúde e segurança no local de trabalho

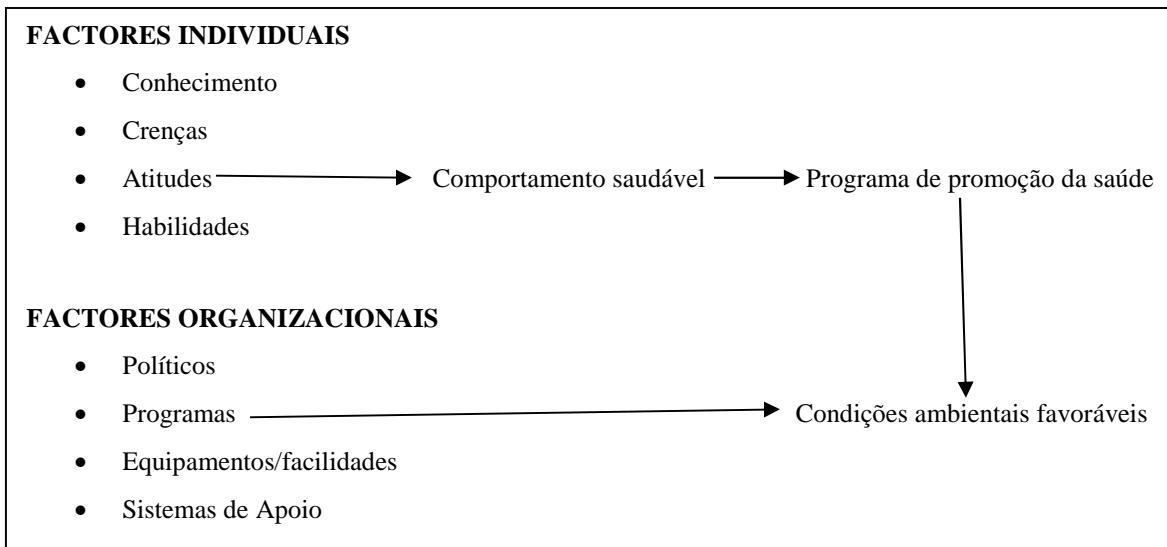
2.6.1 A saúde no local de trabalho

Silva e De Marchi (1997) referem que, o bem-estar e a saúde das pessoas, é indispensável no local de trabalho por ser lá onde elas passam a maior parte do seu tempo, e por ser, também, através do trabalho que as pessoas realizam grande parte das suas aspirações individuais.

A saúde no local de trabalho é dependente de vários factores como: hábitos saudáveis e condições ambientais aceitáveis (quadro 5). Portanto, para que as empresas tenham maior desempenho e desenvolvimento devem apostar na gestão de programas de promoção de saúde no local de trabalho. Silva e De Marchi (1997)

Quadro nº 5

Diagrama representativo dos factores individuais e organizacionais na promoção da saúde



Fonte: Silva e De Marchi (1997)

Para que o sucesso empresarial e a satisfação dos trabalhadores nas organizações seja atingido, as empresas devem garantir e acompanhar a evolução tecnológica do trabalho e as funções que são atribuídas aos indivíduos na organização ao longo do tempo. (Lacomblez e Colaboradores, 1996). O trabalho aqui é visto como um processo onde o trabalhador é actor principal, por dispor de capacidades, iniciativas e criatividade. Ele valoriza a sua experiência profissional e as respectivas competências, para a sua auto-avaliação no trabalho.

A qualidade de vida no trabalho tem repercussões significativas no equilíbrio sócio-económico e afectivo que podem beneficiar ou não as pessoas. O trabalho é para muitos uma das actividades fundamentais na existência humana. É a actividade que permite as pessoas produzir os bens e serviços indispensáveis e necessários para a vida, assim como promover o sistema de relações que constituem a sociedade. (Lucas, M., 2008)

Segundo Chiavenato (2006) a gestão da qualidade em uma organização depende fundamentalmente da otimização do potencial humano. E isto, depende de quão bem se sentem as pessoas trabalhando dentro dessa organização. Por outro lado refere que: “*a administração de riscos envolve identificação, análise e gerenciamento das condições potenciais do infotúnio. O risco é uma ocorrência imprevisível, mas provável*”.

A promoção do bem-estar psíquico e social e os esforços para desenvolver a prevenção das perturbações mentais e preparar os trabalhadores para controlar o stress enfrenta dificuldades acrescidas quando em causa estão grupos vulneráveis a riscos, a pobreza, a violência, ao alcoolismo e outras situações a que o stress não é estranho. (Reis, A., 2007)

O impacto das alterações da saúde mental não pode continuar a ser subestimado, tanto mais que, na sociedade moderna, com padrões elevados de competitividade, adopção das modernas tecnologias que exigem mais rigor, eficácia e altos níveis de competência, as exigências de eficiência e produção tornam mais relevantes as suas potenciais consequências. Se a globalização e novas modalidades de empregabilidade originam mais casos de disfunção é previsível que a actual modernidade passe no futuro a desenvolver condições agravantes dos quadros de incompatibilidade entre as capacidades dos trabalhadores bem como as exigências e especificidades das tarefas a que aqueles quererão e deverão dar respostas. (Reis, A., 2007)

Em geral, negligencia-se a qualidade de vida no trabalho apesar de esta contribuir para um maior desempenho, e conseqüentemente, maior produção e qualidade total. (Fernandes, 1996)

2.6.2 Segurança do Trabalho

Chiavenato (1999) define **segurança do trabalho** como um “conjunto de normas técnicas, educacionais, médicas e psicológicas usadas para prevenir acidentes, seja instruindo/convencendo pessoas da implementação de práticas preventivas.” Na sua obra de (2006), define **segurança do trabalho** como um “conjunto de medidas técnicas, educacionais, médicas e psicológicas utilizadas para prevenir acidentes seja eliminando condições inseguras do

ambiente, seja instruindo ou convencendo as pessoas da utilização de *práticas preventivas*. Ela é indispensável ao desempenho satisfatório do trabalho.”

Segundo Chiavenato (2006), os serviços de segurança têm a finalidade de estabelecer normas e procedimentos, colocando em prática os recursos possíveis para a prevenção de acidentes e controlar os resultados obtidos. Muitos serviços de segurança não obtêm resultados, e até mesmo fracassam porque não estão apoiados em directrizes básicas delineadas e compreendidas pela direcção da “instituição” ou porque não foram devidamente desenvolvidos em seus vários aspectos.

Nesse contexto Chiavenato (2006) dá importância na aplicação dos princípios seguintes:

1. *Apoio activo da administração*: compreende a manutenção de um programa de segurança completo e intensivo; medidas para melhorar as condições de trabalho.
2. *Manutenção de pessoal dedicado exclusivamente à segurança*.
3. *Instruções de segurança para cada actividade*:
 - a) Instruções a funcionários novatos.
 - b) Execução do Programa de Segurança por intermédio da supervisão.
 - c) Integração de todos os funcionários no espírito de segurança.
 - d) Extensão do Programa de segurança fora da companhia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), e outros autores citados por Chiavenato (2006) neste parágrafo, define acidente como “um facto não premeditado do qual resulta dano considerável”. O National safety Council define acidente como “uma ocorrência numa série de factos que, em geral e sem intenção, produz lesão corporal, morte ou dano material”. Baptista realça que “essas definições caracterizam-se por considerar o acidente como um facto súbito, inesperado, imprevisto (embora algumas vezes previsível) e não premeditado ou desejado; e, ainda, como causador de dano considerável, embora não especifique se se trata de dano económico (prejuízo material) ou de dano físico às pessoas (sofrimento, invalidez ou morte).”

Chiavenato (2006), refere ainda que, quando as habilidades perceptivas são equivalentes às habilidades motoras, o empregado é geralmente mais seguro. Mas quando o nível perceptivo é

mais baixo do que o nível motor, o empregado predispõe-se cada vez mais a acidentes à medida que a diferença aumenta. Um trabalhador cuja reacção é mais rápida do que sua capacidade de percepção tende a ter mais acidentes e, logicamente, mais predisposto ao stress.

Quadro nº 6

Factores Pessoais que influenciam o comportamento gerador de acidentes

Características Pessoais	Predisposição e hábitos não-desejáveis	Tipos de comportamentos específicos	Incidências de comportamentos acidentais
<ul style="list-style-type: none"> . Personalidade . Inteligência . Motivação . Habilidades sensoriais . Habilidades motoras . Experiência 	<ul style="list-style-type: none"> . Atitudes e práticas não-desejáveis . Falta de habilidades específicas . Tendência a assumir riscos 	<ul style="list-style-type: none"> . Falta de atenção . Esquecimento . Desconcentração . Dificuldades em obedecer regras e procedimentos . Desempenho inadequado . Excessiva exposição a riscos 	<ul style="list-style-type: none"> . Probabilidade de comportamentos individuais geradores de acidentes

Fonte: Chiavenato (2006)

Segundo Chiavenato (2006) todo programa de prevenção de acidentes focaliza duas actividades básicas: eliminar as condições inseguras e reduzir os actos inseguros.

2.7 A Qualidade de Vida no Trabalho

Rodrigues (2002), por volta da década 50, na Inglaterra, Eric Trust e Col estudavam o modelo macro para agrupar o conjunto de indivíduo/trabalho/organização com a denominação de QVT desenvolveram estudos que originaram abordagens sócio-técnicas relativas à organização do trabalho, tendo como ponto de partida a satisfação do trabalhador no local de trabalho.

Hoje em dia as organizações têm-se preocupado com a satisfação do trabalhador no desempenho das suas funções, como factor preponderante da produtividade. Para Rodrigues (2002), qualidade de vida no trabalho é vista como um dos problemas comportamentais da organização baseando-se nas necessidades que o trabalhador busca na organização. Desta forma, qualidade de vida no trabalho é a junção de diversas tarefas com dimensões básicas e não dependentes da tarefa, mas possíveis de criar motivações e satisfações à vários níveis para além de permitir que os indivíduos tenham condutas que fazem parte das normas na organização.

A QVT visa tornar os cargos eficazes, dinâmicos, produtivos e satisfatórios de forma a alcançarem o desenvolvimento organizacional e humano. A tecnologia da qualidade de vida no trabalho faz com que as organizações aumentem o grau de satisfação dos trabalhadores, incrementando a produtividade organizacional com a participação dos trabalhadores. (Oliveira, 2004) Contudo, a qualidade de vida no trabalho tem também uma dimensão de gerar humanismo, responsabilidade e autonomia a nível do cargo permitindo que a organização faça o retorno do desempenho do trabalhador. (Fernandes, 1996)

Segundo Lucas, M. (2008), é através do trabalho eficiente e produtivo que, as sociedades, vão melhorando a qualidade de vida organizacional e social, e encontrarem as necessárias satisfações para a vida pessoal, familiar e social. Dado o tempo de permanência das pessoas no local de trabalho, deve-se ter consciência das implicações e conseqüências que esta representa nas suas vidas.

Ford, um continuador das teorias de Taylor, defendia que um dos aspectos essenciais para o desenvolvimento do trabalho são os aspectos físicos com compartimentos limpos e em boas condições de frio. Procurou também dar importância ao trabalhador e no aumento da produção. Este método, apesar de criar um desgaste físico do trabalhador, permitiu que a tarefa fosse valorizada pelo trabalhador. (Rodrigues, 2002; Ferreira, Neves e Caetano, 2001) Deste modo, já naquela época os princípios de Taylor proporcionavam ao trabalhador melhores condições de qualidade de vida no trabalho.

Neste contexto, as diversas abordagens teóricas sobre a qualidade de vida no trabalho demonstram uma preocupação com os aspectos internos da organização, especialmente com o desenho do cargo e as condições físicas do ambiente de trabalho. Nesta situação, o homem tende a ser focado apenas como um ser produtivo, deixando de lado o ser humano total, que interage não só com o ambiente organizacional mas, também, com o ambiente externo que abrange, entre outros aspectos, a família, os amigos, e as actividades de cultura, lazer e religião.

As actuais tendências da Gestão de Recursos Humanos levam-nos a reflectir sobre a pertinência de agregar a concepção actual de QVT, numa abordagem mais ampla, com uma visão integradora dos ambientes interno e externo da organização, para uma efectiva Qualidade de Vida do indivíduo no trabalho e fora dele. Sem dúvida um grande desafio para os gestores e líderes, em particular do sector público e privado em Moçambique.

2.8 A importância da consciência social das organizações em relação aos sintomas multidimensionais de psicopatologia no local de trabalho

Se nós somos seres humanos cuja personalidade se desenvolve e evolui continuamente em relação a vida social, somos também, sensíveis às influências advindas da sociedade. Os estímulos sociais são poderosos agentes de paz e de conflito, mais para uns e menos para outros.

Em função da actual realidade, Porter (1989) refere que “qualquer Organização deve seleccionar tácticas de defesa que tenham credibilidade. As tácticas de defesa diferem muito quanto até que ponto um desafiante irá tomá-las com seriedade”.

Porter (1989), enfatiza ainda que, um líder pode sofrer devido a suposições erradas, ou pontos cegos, na interpretação «da situação operativa». Se ele tem percepções falsas sobre as reais necessidades dos seus «agentes» ou sobre a importância de uma mudança no sector, por exemplo, um desafiante pode ganhar posição e mover-se antes dele.

A percepção, avaliação e expressão das emoções referem-se à precisão dos indivíduos em identificar emoções e conteúdo emocional em si próprios, em outras pessoas e em objectos.

Se tivermos informações adequadas, iniciativas e persistência, podemos nos dedicar a comportamentos e práticas bastante úteis. Isso é fundamental para a manutenção do equilíbrio do nosso organismo. Porém, ações apenas em nível individual contribuem pouco para solucionar questões sociais que, muitas vezes, são fonte principal de produção de stress.

Para Lipp (1996a), as reações do *stress*, além de desencadear sintomas psicológicos, contribuem para a etiologia de doenças graves e modificam significativamente a qualidade de vida individual e grupal. Entre essas doenças, encontram-se hipertensão arterial, úlceras gastroduodenais, câncer, retração de gengivas, depressão, pânico, surtos psicóticos, entre outras.

Os efeitos do stress sobre a saúde são cada vez mais relevantes. Segundo um estudo da Fundação Europeia para as Condições de Vida no Trabalho (Paoli, 1997), a organização do trabalho na Europa sofreu uma importante transformação ao mesmo tempo, a força de trabalho também se foi transformando. (Lucas, M., 2008)

A abordagem psicodinâmica da personalidade deriva da teoria psicanalítica de Freud segundo a qual *“todas as pessoas passam por conflitos inconscientes com origem na infância. O conflito interno é, no início, induzido pela ansiedade que fica associada aos desejos e pensamentos proibidos, geralmente na infância.”* (Gleitman, H.; Fridlund, A. J. e Reisberg, D.; p. 1025, 2003)

Os teóricos da aprendizagem social preocupam-se com várias características cognitivas em que as personalidades podem diferir. Uma delas respeita às crenças que as pessoas têm do controle que podem exercer sobre o mundo que os rodeia. Uma outra refere-se ao seu estilo explicativo característico – as causas a que tendem a atribuir os acontecimentos que lhes sobrevêm. Algum interesse pelo estilo explicativo provém do seu uso na predição da depressão. A tendência para a depressão está correlacionada com uma tendência para atribuir os acontecimentos infelizes a causas internas, gerais e estáveis. (Gleitman, H.; Fridlund, A. J. e Reisberg, D.; p. 968, 2003)

Segundo França (2003), o **indivíduo** é um ser biopsicossocial com capacidades biológicas, psicológicas e sociais que respondem às necessidades da vida. O indivíduo vive de forma multidimensional através de reacções psíquicas aprendidas no meio ambiente por meio de factores biológicos, psicológicos e sociais.

França (2003) diz, ter saúde não significa não estar doente, mas sim o gozar do bem-estar biológico, psicológico e social. A OMS (1986), citado por França (2003), encoraja que se tenha uma visão mais ampla em relação aos factores psicossociais da vida actual principalmente no que tange à cultura da organização de saúde no trabalho.

2.9 Estudos Internacionais

O Relatório Europeu da Saúde elaborado pelo Bureau para a Europa da Organização Mundial de Saúde, considera que o impacto global da saúde no trabalho inclua a influência ocupacional, ambiental, dos estilos de vida e dos determinantes da saúde. Considera ainda que, é necessário introduzir estratégias de controlo do stress e de outros riscos relacionados com o trabalho a fim de melhorar a saúde física e mental dos trabalhadores, para uma maior produtividade. (Reis, A., 2007)

De acordo com Afonso, J.M.R & Gomes, A.R. (2008), no seu trabalho sobre stress ocupacional em profissionais de Segurança Pública: um estudo com Militares da Guarda Nacional Republicana, citando vários autores, referem que:

A actividade profissional das forças de segurança é considerada uma das ocupações mais stressantes do mundo (Dantzer, 1987; Selye, 1984). Os motivos para esta classificação prendem-se com a natureza das funções prestadas onde, para além dos problemas mais comuns a outras ocupações (ex: trabalho por turnos, excesso de horas de trabalho, etc.), estes profissionais têm ainda de enfrentar uma área de pressão específica a esta actividade: o risco de vida para o próprio e para os outros.

A exposição a estas potenciais fontes de tensão tem sido associada a múltiplos problemas, desde a componente mais física (ex: doenças cardiovasculares, elevado colesterol, problemas de estômago, etc.), até uma dimensão mais psicológica, relacionada vulgarmente a desordens mentais e ao “stress” pós-traumático (Abdollahi, 2002; Carlier, Lamberts, & Gersons, 2000; Stephens, Long, & Flett, 1999; Violanti et al., 2006).

O papel das forças policiais nas sociedades ocidentais “não só” tem vindo a sofrer uma significativa transformação, reflectindo as mudanças económicas, sociais e tecnológicas nas comunidades bem como a implementação de modelos sociais e políticas de cariz democrática que se baseiam na defesa dos direitos individuais dos cidadãos (Deschamps, Paganon-Badinier, Marchand, & Merle, 2003) citados por Afonso, J.M.R & Gomes, A.R.

Motter (2001), realizou uma pesquisa quantitativa baseada numa amostra de 52 médicos militares do Hospital Geral de Curitiba, no Brasil. A pesquisa visava avaliar: o stress, a depressão e o comprometimento da qualidade de vida. Os resultados apontaram 36,5% da população com stress, 23% com depressão e 3,9% com boa qualidade de vida ou sucesso.

Lipp e Tanganelli (2002) analisaram o stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho no Brasil, procurando identificar diferenças entre homens e mulheres. O estudo permitiu averiguar o stress ocupacional de Magistrados da Justiça do Trabalho, níveis de qualidade de vida, fontes de stress e estratégias de enfrentamento. Os dados colectados permitiram concluir que 71% dos juízes apresentaram sintomas de stress. Havendo mais mulheres com stress do que homens. A qualidade de vida dos magistrados demonstrou-se comprometida nas áreas sociais, afectivas, profissionais e de saúde. Identificaram-se como “stressores” frequentes a sobrecarga de trabalho e interferência com a família. E, acharam como solução para minimizar a situação familiar o diálogo com o conjugue.

Marques e Paiva (2004) estudaram a qualidade de vida, stress e situação de trabalho de professores de instituições de ensino superior no Brasil, cujo objectivo era identificar diferenças entre professores de duas instituições de ensino superior, sendo: uma pública e outra privada. O estudo sustentou-se numa pesquisa descritiva e comparativa com carácter quantitativo e qualitativo, tendo abrangido uma amostra de 85 docentes dos departamentos de engenharia civil, eléctrica e mecânica em ambas universidades. Os dados demográficos demonstraram haver diferenças em relação à mensalidade e à escolaridade. Contudo os professores do ensino público apresentaram índices de QVT inferiores aos da privada, mas ambos satisfatórios. Em relação à situação do trabalho, constataram-se diferenças nos tipos de dedicação à carreira académica,

participação na pesquisa, ministração de aulas, relacionamento com sindicatos entre outros. Concluiu-se ainda que as mudanças ambientais afectavam, de certo modo, a vida daqueles profissionais, apesar de serem em áreas diferentes.

Moraes, Pereira, Souza e Gusmão (2005) estudaram as implicações do Género na qualidade de vida e “stress” no trabalho da polícia militar do Estado de Minas Gerais, no Brasil. Para isso, trabalharam com uma amostra de 1.152 membros da polícia, extraída de uma população de 7.607, onde o número de mulheres era equivalente a 5,5%. O estudo permitiu verificar que, em relação as características pessoais, existe equiparação entre o sexo masculino e feminino quanto ao grau de competitividade e percepção de influência sobre os factores externos. Em relação ao estilo de vida, sempre com pressa e comportamento tenso, os do sexo feminino obtiveram uma percentagem mais elevada, o que permitiu deduzir que existe diferença de género no trabalho havendo necessidade de redobrar esforços para se alcançar o nível de reconhecimento na sociedade. Contudo, o estudo demonstrou que as mulheres têm um nível de QVT maior que dos homens uma vez sentirem maior satisfação com as características inerentes ao trabalho, enquanto que os homens demonstraram maior satisfação com factores externos.

Afonso, J.M.P. & Gomes, A.R. (2008) no seu trabalho que analisa o “stress” ocupacional em 95 militares da Guarda Nacional Republicana Portuguesa. Referem que: “Para tal, utilizámos um protocolo de avaliação com medidas do “stress” global, “burnout”, “coping” proactivo, comprometimento organizacional, satisfação com a vida e satisfação/realização profissional. Os resultados de “burnout” por dimensão apontaram níveis apreciáveis de exaustão emocional (12%), seguidos do cinismo (10%) e da baixa eficácia profissional (8%). No que refere aos níveis globais de “stress”, verificamos neste estudo uma tendência para a maioria dos participantes (54%) relatarem níveis significativos a muito elevados de pressão, indo assim de encontro aos dados obtidos por Maslach-Pines e Keinan (2006) com polícias fronteiriços israelitas (52%) mas situando-se acima dos dados obtidos por Deschamps et al. (2003) com polícias franceses (33%).”

2.10 Estudos em Moçambique

Em Moçambique são escassos os estudos sobre o impacto psicológico causado pelo exercício de funções principalmente nas instituições governamentais. Contudo, existem alguns estudos realizados em áreas ligadas ao sistema da gestão de QVT como o “stress” ocupacional, comprometimento organizacional, higiene e segurança no trabalho, satisfação no trabalho, clima organizacional entre outras temáticas semelhantes.

Serra (2002), com base numa amostra tirada da população estudantil do ISPU, fez uma pesquisa sobre o “stress”, tendo constatado que os índices mais elevados deste encontram-se nos trabalhadores do sexo masculino, casados, com filhos e com idade superior a 35 anos, que estudam no pós-laboral. O estudo indicou ainda que 70% dos inquiridos disseram que o trabalho constituía um dos agentes mais “stressantes”.

Costa (2005) estudou o “stress” em operários e trabalhadores administrativos da Fábrica Fasol Lda. onde verificou que factores ligados a requisitos de trabalho, como discriminação de tarefas, condições de emprego, autoridade decisória e apoio de chefes e colegas fazem parte dos factores de stress ocupacional. O estudo concluiu ainda que as variáveis sócio-demográficas como: sexo, idade, anos de serviço e turno de trabalho interferiam na percepção dos trabalhadores daquela fábrica sobre os factores que mais contribuíam para o stress ocupacional.

Quehá (2006) fez análise do impacto das condições de higiene e segurança no trabalho sobre o nível de satisfação dos trabalhadores nas Linhas Aéreas de Moçambique (LAM) com uma amostra de 90 trabalhadores. As ilações tiradas do estudo foram de que os trabalhadores estavam satisfeitos com as condições de higiene e segurança no trabalho. Contudo, avaliaram de forma negativa factores como o ruído, a insuficiência de meios de trabalho e o défice de informação sobre medidas de prevenção de doenças profissionais.

Raimundo (2006) avaliou o stress ocupacional usando uma amostra de 101 trabalhadores de sete instituições do sector bancário na cidade de Maputo. A pesquisa revelou que os trabalhadores mostravam-se vulneráveis ao “stress” quando comparados aos grupos de controle

de 99 profissionais de outros sectores de actividade. O estudo revelou também que as características psicossociais do ambiente de trabalho que mais contribuem para elevar o nível de “stress” nos profissionais do sector bancário foram: o nível de exigência ou requisitos de trabalho, principalmente, o ritmo de trabalho muito acelerado; o controle sobre o trabalho; o fraco uso de habilidades próprias; fraca capacidade de iniciativa; o trabalho repetitivo e a fraca autonomia na tomada de decisão relativas ao próprio trabalho.

Torres (2006), fez um estudo dos factores de “stress” ocupacional nos enfermeiros que trabalham com pacientes com o HIV/SIDA, no Hospital Dia da Cidade de Maputo. O estudo concluiu que estes profissionais da saúde apresentavam índices elevado de “stress” devido a factores intra/entre pessoais e externos como: o medo de contágio com virus do HIV, pressão de tempo, muito trabalho e o envolvimento com doentes seropositivos, crianças órfãs e doentes à eminência da morte.

Serra (2006) realizou um estudo comparativo entre o corpo docente de instituições públicas e privadas de Moçambique. O estudo teve como finalidade investigar factores de QVT sobre aspectos biológicos, psicológicos, sociais, organizacionais e sócio-demográficos. No trabalho em alusão analisou as relações possíveis entre factores e a satisfação ou insatisfação de professores universitários de Moçambique. O estudo realizado, numa amostra de 255 professores de 13 instituições de ensino, permitiu visualizar que parte significativa dos professores desconhecia as acções de QVT promovidas pelas suas instituições, défice na gestão dos R.H e sensibilidade por parte dos gestores. O estudo concluiu que os professores do ensino privado estão mais satisfeitos comparativamente aos do ensino público. Pois, estes mostraram-se insatisfeitos com os indicadores como a remuneração adequada, equidade interna, externa, ambiente físico, material e equipamento, ambiente saudável, “stress”, retroinformação, crescimento na carreira, normas e rotinas, papel balanceado no trabalho e responsabilidade social pelos trabalhadores. O estudo visualizou ainda que as variáveis sócio-demográficas: categoria profissional, tipo de contrato e execução da docência interferem no nível de satisfação com a QVT.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho e Métodos de investigação

A presente pesquisa é de natureza quantitativa e descritiva. Procura identificar, apreciar e descrever as dimensões sintomáticas de psicopatologia e os índices globais de mal-estar em profissionais de segurança e ordem pública. O objectivo é contribuir para acções prováveis do Comando no âmbito da verificação do impacto psicológico gerado pelo exercício da função de segurança e ordem pública. De acordo com Gil (1996) e Marconi e Lakatos (2002) este tipo de pesquisa tem como finalidade descrever parte das características quantitativas de determinada população como um todo, em organizações específicas. Em alguns momentos, inclui variáveis e técnicas de amostragem para que o estudo seja representativo. Para este tipo de investigação de acordo com os autores serve-se de questionários estruturados e em algumas ocasiões semi-estruturados como técnica de recolha de dados. Neste caso, recorreu-se ao questionário como instrumento de colecta de informações para responder aos objectivos da pesquisa.

3.2 Modelo Conceptual de referência escolhido para esta pesquisa

O modelo escolhido como referência para a condução da presente pesquisa é o SCL-90-R (2008) que permite apreciar nove dimensões de carácter individual e outras de cariz ocupacional e organizacional, bem como três índices de mal-estar, seguindo-se deste modo os princípios fornecidos por Leonard R. Derogatis ao propor estes nove domínios e três índices de mal-estar, como sendo os mais adequados para ajudar a compreender os problemas resultantes do exercício de funções em profissionais da segurança e ordem pública. Contudo, neste trabalho não se estuda a relação directa do impacto psicológico mas sim um conjunto de dimensões sintomáticas de sofrimento psíquico e psicossomático, a saber: Somatização, Obsessão-compulsão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide, Psicoticismo e Escalas adicionais.

3.3 População

Do ponto de vista estatístico, uma população ou universo é o conjunto de valores de uma variável sobre a qual se pretende tirar ilações. (Hill, M.M. e Hill, A., 2005, p. 41) e, segundo

Marconi e Lakatos (2002, p. 41) por população ou universo entende-se “o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”. A amostra do universo selecionada para este trabalho foi de 96 agentes da PRM em serviço nas 1ª, 2ª, 14ª e 18ª Esquadras da Cidade de Maputo, com 10, 26, 39 e 21 inquiridos, respectivamente. Por razões de natureza institucional não foi revelado o número total do universo por Esquadra.

3.4 Instrumentos de recolha de dados

O instrumento utilizado para a colecta de dados junto do universo da pesquisa foi o “SCL-90-R *Symptom Checklist-90-R*”, que é um questionário de auto-aplicação, cujo preenchimento é individual e de carácter nominado, traduzido e adaptado ao contexto moçambicano por Maria João Correia (2008), da versão Espanhola de adaptação de J.L.González de Rivera e Cols (2002), que vai em anexo neste trabalho (anexo 5). Este teste é constituído por um questionário de 90 sintomas com problemas e incómodos e deve-se assinalar quais sintomas foram presentes nas últimas semanas incluindo o dia de preenchimento. O questionário atende a questões fechadas e abertas e está dividido em partes, a saber:

- A primeira parte é constituída pelo questionário propriamente dito, no qual constam problemas e incómodos que quase todas as pessoas sofrem alguma vez.
- A segunda (folha de respostas) é constituída por duas partes distintas, sendo uma destinada a colecta de dados demográficos e a outra consiste numa simples lista numerada de sintomas, que o sujeito deve ler no questionário e marcar na folha de respostas os que tiver experimentado e, consta de uma escala de 5 pontos (0-Absolutamente nada a 4-Muito ou extremamente).
- A terceira é a folha de cotação, que agrupa as nove dimensões, três índices de mal-estar e Escalas adicionais congregadas no SCL-90-R de Leonard R. Derogatis, que se podem operacionalizar da forma seguinte:

a) As nove dimensões sintomáticas de psicopatologia e as escalas adicionais

Somatização com um total de 12 itens que visam medir vivências de disfunção corporal incluindo os sintomas relacionados com alterações neurovegetativas em

geral, sobretudo nos sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal e muscular. Constitui o grosso das manifestações psicossomáticas ou funcionais.

Obsessão-compulsão com um total de 10 itens que descrevem condutas, pensamentos e impulsos que o sujeito considera absurdos e indesejados, que geram intensa angústia e que são difíceis de resistir, evitar ou eliminar, para além de outras vivências e fenómenos cognitivos, característicos dos transtornos e personalidades obsessivas.

Sensibilidade interpessoal possui 9 itens, nos quais reúne sentimentos de timidez, vergonha, tendência a sentir-se inferior aos outros, hipersensibilidade às opiniões e atitudes alheias e, em geral, incomodidade e inibição nas relações interpessoais.

Depressão com um total de 13 itens que se refere a sintomas clínicos próprios dos transtornos depressivos. Inclui vivências disfóricas, de desânimo, desesperança, impotência e falta de energia, assim como ideias auto-destrutivas e outras manifestações cognitivas e somáticas características dos estados depressivos.

Ansiedade com 12 itens que se referem, classicamente, às manifestações clínicas da ansiedade, tanto generalizada como aguda (“pânico”). Inclui também sinais gerais de tensão emocional e suas manifestações psicossomáticas.

Hostilidade com 6 itens que descrevem pensamentos, sentimentos e condutas próprias de estados de agressividade, ira, irritabilidade, raiva e ressentimento.

Ansiedade fóbica tem um total de 7 itens que avaliam as distintas variantes da experiência fóbica, entendida como um medo persistente, irracional e desproporcionado de um animal ou pessoa, lugar, objecto ou situação, geralmente complicado por condutas evitativas ou de fuga.

Ideação paranóide possui 6 itens que recolhem distintos aspectos da conduta paranóide, considerada fundamentalmente como resposta a um transtorno da ideação. Inclui características próprias de pensamento projectivo, como suspeição, centralismo auto referencial e ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo da perda de autonomia e necessidade de controlo.

Psicoticismo possui 10 itens que configuram um espectro psicótico que se estende desde a esquizoidia e a esquizotipia leves até à psicose florida. Na população em geral, o psicoticismo está mais relacionado com sentimentos de alienação social que com psicose clinicamente manifesta.

Escalas adicionais, com 7 itens considerados adicionais pelo facto do seu peso factorial em diferentes sub-escalas não permitir a sua atribuição a nenhuma delas em particular. Sob ponto de vista estritamente psicométrico, poderiam ser eliminados, mas a sua relevância clínica é tão grande que foram conservados.

b) Os três índices globais de mal-estar

GSI (Índice sintomático Global) é o indicador numérico simples mais sensível do sofrimento global do sujeito, porque combina informação sobre o número de sintomas e a intensidade do sofrimento.

PSDI (indicador da intensidade sintomática média) representa uma medida pura de intensidade sintomática, pois relativiza o sofrimento global em relação ao número total de sintomas. Indica, ainda, o estilo característico do indivíduo para experimentar o sofrimento psíquico, isto é, informa sobre se o indivíduo maximiza ou minimiza as suas respostas.

PST (total de respostas positivas) revela o número de sintomas que o avaliado diz experimentar em algum grau e contribui para a interpretação do padrão global informando sobre a “amplitude” sintomática do sofrimento do indivíduo. Um PST

menor de quatro é altamente suspeito de negação de sintomas, enquanto que um PST maior de cinquenta nos homens ou sessenta nas mulheres, é altamente suspeito da tendência contrária ao aumento ou exagero da patologia.

- A quarta é constituída pela folha do perfil. Cada caso possui um perfil devidamente preenchido e não juntado ao trabalho para a contenção do volume.

3.5 Procedimentos

A execução do presente trabalho compreendeu diferentes etapas conforme a esquematização feita no quadro 7 que se segue.

Quadro nº 7

Procedimentos para a realização da pesquisa

Ordem de Procedimentos	Procedimentos
1	Escolha do tema e definição dos objectivos do estudo
2	Revisão da literatura sobre o tema
3	Preparação do instrumento de pesquisa
4	Planeamento do processo de recolha de dados
5	Pedido de autorização para a realização da pesquisa no Comando da PRM-Cidade de Maputo (carta e credencial emitidas – anexos 1 e 2)
6	Informação ao Comando da PRM sobre alteração do instrumento de pesquisa, facto que implicou a alteração substancial do tema (anexo 3)
7	Preenchimento e entrega do “Termo de Compromisso” no Registo Académico
8	Revisão da literatura em conformidade com o novo instrumento de pesquisa
9	Recolha de dados no campo (Distribuição dos inquéritos pelos agentes nas Esquadras autorizadas e sua recolha no mesmo dia depois do preenchimento, com excepção da 1ª Esquadra em que a recolha ocorreu 7 dias depois)
10	Tratamento, análise e interpretação de dados
11	Elaboração da Monografia

A pesquisa iniciou com o pedido de autorização ao Comando da PRM, explicando-se os objectivos do estudo e os procedimentos a implementar na recolha e tratamento dos dados. Após

a anuência do Comando, iniciou-se o trabalho de campo, que consistiu no contacto com os Comandantes das sub-unidades de cada local de trabalho autorizado para a recolha de dados. Em seguida, foi marcada uma sessão colectiva para aplicação do teste, em cada local autorizado. Chegado o momento para a recolha de dados, distribuiu-se o questionário que incluía anexa as instruções a serem seguidas no seu preenchimento e a folha de respostas. Em viva voz o inquiridor explicou aos inquiridos os objectivos e implicações da investigação, assegurando-se o carácter voluntário da participação. De salientar que a distribuição e recolha dos questionários foi efectuada no local de trabalho dos profissionais, em dias de parada (formatura geral), para a instrução da força, de modo a não interferir no normal funcionamento da actividade profissional, tendo-se organizado uma sala para o preenchimento do questionário, exceptuando-se uma das subunidades em que se entregou os questionários aos agentes para preencherem e devolverem num prazo de sete dias. Assim, dos 130 questionários distribuídos às Esquadras, equivalentes à amostra escolhida para pesquisa, houve um retorno de cerca de 76,15%, correspondentes a 99 inquiridos, dos quais 96 ou seja 73,85% da amostra seleccionada são válidos. Dos 34 questionários em falta (26,15%), 31 equivalentes a 23,85% não foram devolvidos pelos agentes e 2,30% (3) ficaram inválidos por os inquiridos terem dado mais que uma resposta na mesma questão, incorrendo, deste modo, no efeito frequência que é um enviesamento com a tendência em usar todas as categorias da escala em igual proporção, ou seja, a usar “todas as alternativas” nas respostas. Apesar disso, os questionários recebidos de volta são válidos para efeitos do presente estudo. A correcção de dados e a definição individual do perfil foram feitas manualmente, entrando-se depois nos processos automáticos para as análises descritivas de dados (distribuição e frequência). As diferenças de média foram feitas por meio do pacote estatístico “Statistical Package for the Social Sciences-(SPSS)” e os resultados foram apresentados com base no grupo normativo da população moçambicana. (anexos 9 e 10)

3.6 Dificuldades encontradas ao longo do trabalho

Como se pode notar, dos 130 questionários distribuídos aos agentes da PRM houve retorno de 99 dos quais 96 eram válidos. Em função disso pode-se depreender ter havido de facto dificuldades que se podem circunscrever nas deduções seguintes:

- A não devolução de 31 questionários distribuídos aos agentes da 1ª Esquadra mesmo depois de expirado o tempo estabelecido.
- Os três questionários mal preenchidos, podem ter como fundamento a não compreensão da explicação dada pelo inquiridor.
- A formulação do questionário não observa alguns aspectos de natureza cultural do nosso país, por exemplo, ninguém gosta de falar da sua vida íntima por considerar isso um assunto da esfera privada da própria pessoa, razão porque as questões relativas ao sexo são poucas as pessoas que responderam honestamente.
- As perguntas constantes do questionário, por vezes, não eram entendidas pelos respondentes, a avaliar pela solicitação de explicações durante o preenchimento, para o caso das Esquadras que o fizeram no mesmo dia e sob supervisão directa do inquiridor.
- O facto de não se ter achado algum estudo cujo instrumento de colecta de dados tivesse sido o “SCL-90-R”.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil dos agentes da PRM inquiridos

Conforme ilustra a tabala 1 a maior parte dos membros da PRM inquiridos nas quatro subunidades da Cidade de Maputo são do sexo masculino com 78,1% e as mulheres com 21,9%.

Tabela 1: Agentes da PRM por sexo

		Sexo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminino	21	21,9	21,9	21,9
	masculino	75	78,1	78,1	100,0
Total		96	100,0	100,0	

O estudo mostra que a população laboral da PRM na Cidade de Maputo é jovem com idade média de 32,43 anos, no intervalo de 22 a 66 anos de idade. (tabela 2)

Tabela 2: Idade média dos agentes

N	Valid	96
	Missing	0
Mean		32,43
Std. Deviation		8,646
Minimum		22
Maximum		66

A tabela 3, indica a distribuição dos agentes pelos grupos etários, verificando-se maior concentração nos intervalos de 20 a 40 anos de idade, com total de 79,1% (76) dos inquiridos.

Tabela 3: Distribuição dos agentes pelos grupos etários

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-25	20	20,8	20,8	20,8
	26-30	37	38,5	38,5	59,4
	31-40	19	19,8	19,8	79,2
	41-45	9	9,4	9,4	88,5
	46-50	8	8,3	8,3	96,9
	+51	3	3,1	3,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

A tabela 4, abaixo, indica a forma como a amostra utilizada está distribuída pelas sub-unidades, sendo a 14ª Esquadra com maior número agentes (40,6%).

Tabela 4: Distribuição dos agentes pelas Esquadras

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1ª Esquadra	10	10,4	10,4	10,4
	2ª Esquadra	26	27,1	27,1	37,5
	14ª Esquadra	39	40,6	40,6	78,1
	18ª Esquadra	21	21,9	21,9	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

A tabela 5, abaixo, indica o período de aplicação dos questionários. No dia 5 de Maio aplicou-se mais testes por se ter trabalhado em duas Esquadras.

Tabela 5: Data de aplicação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30.04.2010	7	7,3	7,3	7,3
	01.05.2010	3	3,1	3,1	10,4
	05.05.2010	65	67,7	67,7	78,1
	06.05.2010	21	21,9	21,9	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

4.2 Resultados das dimensões de psicopatologia

Conforme aclarado inicialmente, o objectivo deste trabalho é procurar verificar se o exercício da função de segurança e ordem públicas pelos agentes tem alguma relação com os sintomas de psicopatologia retratados no “SCL-90-R”. A tabela que se segue apresenta o número total dos agentes que responderam em cada indicador de gravidade dos sintomas, cuja significação é a seguinte: “0=Absolutamente nada; 1=Um pouco; 2=Moderadamente; 3=Bastante e 4=Muito ou extremamente”; o “item” é uma referência numérica do problema ou incómodo retratado pelo SCL-90-R” (anexo 5) e o “TI” é o número total dos agentes que deram respostas em cada item.

A nível global, a tabela 6, indica que os itens (negrito) 1; 10; 11; 18; 30; 31; 34; 38; 39; 42; 45; 46; 50; 54; 64; 65; 71; 73; 76; 80; 83 e 89, equivalentes a 24,44%, (22) possuem maior número de casos nos dois indicadores de maior gravidade. Salientar que, 3,33% (3) dos 90

sintomas e incómodos retratados pelo SCL-90-R não foram assinalados uma única vez nos indicadores “3” e “4”, nomeadamente nos itens seguintes: “16-Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem”, “25-Medo de sair de casa sozinho” e “49- Calafrios, sentir calor ou frio de repente”.

Tabela 6: Representação dos resultados de cada indicador de sintomas em cada item do SCL-90-R

Item	Indicadores de sintomas						Item	Indicadores de sintomas						Item	Indicadores de sintomas					
	0	1	2	3	4	TI		0	1	2	3	4	TI		0	1	2	3	4	TI
1	17	47	16	10	5	95	31	38	39	8	2	8	95	61	44	31	12	6	3	93
2	36	31	20	0	5	92	32	68	17	8	1	1	95	62	75	13	4	1	1	94
3	67	12	6	6	1	92	33	33	46	7	4	3	93	63	68	21	4	1	0	94
4	74	11	4	0	3	92	34	51	23	9	5	6	94	64	31	36	14	7	7	95
5	63	20	4	1	3	92	35	51	32	5	3	3	94	65	57	19	6	7	3	92
6	54	25	9	4	2	94	36	39	37	11	5	2	94	66	53	27	7	6	2	95
7	55	26	7	4	3	95	37	45	35	10	2	2	94	67	86	5	3	0	1	96
8	71	14	4	3	2	94	38	22	31	12	12	13	90	68	72	17	3	2	1	95
9	50	35	4	3	1	93	39	34	33	18	7	4	96	69	62	27	3	0	2	94
10	45	20	10	13	8	96	40	59	23	10	3	1	96	70	72	16	3	1	2	94
11	34	34	15	6	7	96	41	50	25	12	4	4	95	71	34	19	11	15	16	95
12	62	18	8	4	4	96	42	29	37	14	11	4	95	72	80	10	4	1	1	96
13	64	16	9	4	2	95	43	39	31	14	7	2	93	73	53	26	3	7	7	96
14	44	30	13	8	0	95	44	41	32	12	3	5	93	74	73	12	4	4	1	94
15	85	8	0	0	1	94	45	14	33	11	15	18	91	75	63	27	2	3	1	96
16	85	9	1	0	0	95	46	49	20	14	9	3	95	76	34	36	12	5	8	95
17	71	17	5	0	1	94	47	77	13	5	0	1	96	77	76	15	3	1	1	96
18	15	30	22	13	12	96	48	76	12	7	1	0	96	78	75	16	0	2	2	95
19	41	39	10	4	1	95	49	57	30	8	0	0	95	79	73	13	6	1	2	95
20	73	10	5	1	6	95	50	41	28	15	4	7	96	80	29	36	12	8	9	94
21	67	16	9	2	2	96	51	74	15	4	1	1	95	81	84	4	1	2	1	92
22	81	12	2	0	1	96	52	36	44	8	5	3	96	82	64	17	5	2	6	96
23	64	21	4	0	3	92	53	66	18	4	4	3	95	83	33	32	14	8	7	94
24	73	17	1	2	1	94	54	51	18	14	5	6	94	84	54	23	8	3	3	91
25	79	12	3	0	0	94	55	56	27	7	0	3	93	85	45	36	7	2	4	94
26	57	30	5	0	3	95	56	43	33	12	5	3	96	86	63	22	5	3	2	95
27	49	23	14	4	5	95	57	53	26	9	3	3	94	87	36	43	10	3	3	95
28	67	12	9	3	1	92	58	55	25	12	2	1	95	88	64	21	4	1	3	93
29	58	25	4	2	5	94	59	67	18	4	3	2	94	89	44	36	3	6	5	94
30	43	30	12	4	6	95	60	47	29	12	3	2	93	90	53	23	11	3	4	94

Tabela 7: Casos com elevados índices de sintomas psicopatológicos (ver página seguinte)

CASOS		SOM		OBS		INT		DEP		ANS		HOS		FOB		PAR		PSI		GSI		PST		PSDI	
		PD	pc	PD	pc	PD	Pc	PD	pc	PD	Pc	PD	pc	PD	pc	PD	Pc	PD	pc	PD	pc	PD	pc	PD	pc
03	M	1,75	97	2,3	97	3,44	99	2,0	97	2,5	99	0,67	75	1,43	95	3,0	99	2,8	99	2,23	99	72	95	2,79	99
04	M											0,83	80			2,0	90								
06	F			2,1	90	1,78	85	1,46	80	1,7	90	2,8	99	1,29	90	2,83	99	1,8	95					2,68	97
07	M			1,6	85	2,11	95			1,4	90	1,0	85	1,57	97	1,5	80	1,3	85	1,26	90			2,03	90
08*	M											0,83	80			2,0	90								
11	M	1,58	95	1,4	80	1,56	85	1,31	85	1,8	95	1,17	90	1,43	95	1,67	85	1,4	90	1,49	90	89	99		
12	M	1,75	97	1,7	85																				
15	M	1,5	95	1,9	90					1,1	80	1,17	90	1,29	95	1,67	85	1,5	90	1,3	90	82	99		
17	F			1,6	85																				
18	M	1,83	97											0,86	85					1,09	80	52	70	1,89	80
20	M	2,0	97	1,5	80	1,89	90	1,85	95	1,7	95	1,5	95	1,71	97	1,83	85			1,66	95	79	97	1,89	80
21	M															2,0	90	1,0	80					1,82	80
22	M							1,31	85							1,8	85	2,1	97					2,24	95
23	M													0,86	85										
30	M			1,44	80													1,1	80						
31	M	1,25	90																					1,76	80
32	M	1,83	97	2,0	90			1,31	85	1,8	95	0,83	80	1,57	97	2,17	90			1,47	90	66	90	2,00	80
34	M	2,33	97	2,0	95					1,6	95					1,67	85			1,22	85			2,03	85
38	F			2,0	90	1,78	90					1,0	80	1,8	97			1,0	80					2,20	85
42	M	1,33	90													1,67	85							2,37	95
43	M	1,17	85					1,18	80	1,2	85	1,17	90	1,14	90			1,1	80	1,13	85	87	99		
46	F	1,5	85					2,08	90																
48	M																							1,88	80
50	M	1,75	95	1,4	80	1,56	85	2,38	99	2,1	97	1,0	85			1,83	90	1,2	85	1,76	97	61	85	2,59	97
56	F	1,58	90													2,0	90								
57	M	1,33	90			1,44	85	1,23	80	1,5	90	1,0	85	1,0	90	2,0	90			1,04	80			1,77	80
62	M	1,25	85							1,1	80			0,86	85					0,98	80	58	80		
63	M	1,67	95	2,3	97	1,8	90			1,9	97	1,83	97	1,71	97			1,7	95	1,77	95			3,46	99
64	M			1,56	85			1,17	80	1,56	95	1,33	90	1,33	95	1,5	80			1,1	85			2,36	95
65	M			1,44	80															0,59	80				
71	M	1,0	80											1,0	90										
72	F			2,0	90	1,5	80																		
74	M	1,33	90																						
75*	M	1,75	97	1,4	80	1,56	85	2,38	99	1,7	95	1,0	85					25	1,28	90	52	70	2,22	90	
76	F													1,0	85										
77	F							1,88	80	1,67	90							1,0	80						
79	F					1,56	85					1,33	90	1,4	90	1,6	85								
81	F					1,56	85			1,22	80	1,33	85									61	80		
82	M																							1,99	85
83	M					1,33	80																		
85	M											1,2	90			1,67	85							1,8	80
92	M	1,67	95																						
93	M													1,0	90										
94	M	1,17	85																						
96	M	1,17	85	1,6	85			1,17	80	1,7	95					1,83	90			1,03	80			1,82	80

No cômputo geral, a tabela 7 indica os casos com elevados índices de sintomas psicopatológicos, que são 46,88% (45) dos 96 casos.

Tabela 8: Médias em % de casos em todos indicadores de sintomas por cada item

Item	Dim	0	1	2	3	4	Item	Dim	0	1	2	3	4
1	SOM	17,7	49,0	16,7	10,4	5,2	46	OBS	51,0	20,8	14,6	9,4	3,1
2	ANS	37,5	32,3	20,8	0	5,2	47	FOB	80,2	13,5	5,2	0	1,0
3	OBS	69,8	12,5	6,3	6,3	1,0	48	SOM	79,2	12,5	7,3	1,0	0
4	SOM	77,1	11,5	4,2	0	3,1	49	SOM	59,4	31,3	8,3	0	0
5	DEP	65,6	20,8	4,2	1,0	3,1	50	FOB	42,7	29,2	15,6	4,2	7,3
6	INT	56,3	26,0	9,4	4,2	2,1	51	OBS	77,1	15,6	4,2	1,0	1,0
7	PSI	57,3	27,1	7,3	4,2	3,1	52	SOM	37,5	45,8	8,3	5,2	3,1
8	PAR	74,0	14,6	4,2	3,1	2,1	53	SOM	68,8	18,8	4,2	4,2	3,1
9	OBS	52,1	36,5	4,2	3,1	1,0	54	DEP	53,1	18,8	14,6	5,2	6,3
10	OBS	46,9	20,8	10,4	13,5	8,3	55	OBS	58,3	28,1	7,3	0	3,1
11	HOS	35,4	35,4	15,6	6,3	7,3	56	SOM	44,8	34,4	12,5	5,2	3,1
12	SOM	64,6	18,8	8,3	4,2	4,2	57	ANS	55,2	27,1	9,4	3,1	3,1
13	FOB	66,7	16,7	9,4	4,2	2,1	58	SOM	57,3	26,0	12,5	2,1	1,0
14	DEP	45,8	31,3	13,5	8,3	0	59	ADI	69,8	18,8	4,2	3,1	2,1
15	DEP	88,5	8,3	0	0	1,0	60	ADI	49,0	30,2	12,5	3,1	2,1
16	PSI	88,5	9,4	1,0	0	0	61	INT	45,8	32,3	12,5	6,3	3,1
17	ANS	74,0	17,7	5,2	0	1,0	62	PSI	78,1	13,5	4,2	1,0	1,0
18	PAR	15,6	31,3	22,9	13,5	12,5	63	HOS	70,8	21,9	4,2	1,0	0
19	ADI	42,7	40,6	10,4	4,2	1,0	64	ADI	32,3	37,5	14,6	7,3	7,3
20	DEP	76,0	10,4	5,2	1,0	6,3	65	OBS	59,4	19,8	6,3	7,3	3,1
21	INT	69,8	16,7	9,4	2,1	2,1	66	ADI	55,2	28,1	7,3	6,3	2,1
22	DEP	84,4	12,5	2,1	0	1,0	67	HOS	89,6	5,2	3,1	0	1,0
23	ANS	66,7	21,9	4,2	0	3,1	68	PAR	75,0	17,7	3,1	2,1	1,0
24	HOS	76,0	17,7	1,0	2,1	1,0	69	INT	64,6	28,1	3,1	0	2,1
25	FOB	82,3	12,5	3,1	0	0	70	FOB	75,0	16,7	3,1	1,0	2,1
26	DEP	59,4	31,3	5,2	0	3,1	71	DEP	35,4	19,8	11,5	15,6	16,7
27	SOM	51,0	24,0	14,6	4,2	5,2	72	ANS	83,3	10,4	4,2	1,0	1,0
28	OBS	69,8	12,5	9,4	3,1	1,0	73	INT	55,2	27,1	3,1	7,3	7,3
29	DEP	60,4	26,0	4,2	2,1	5,2	74	HOS	76,0	12,5	4,2	4,2	1,0
30	DEP	44,8	31,3	12,5	4,2	6,3	75	FOB	65,6	28,1	2,1	3,1	1,0
31	DEP	39,6	40,6	8,3	2,1	8,3	76	PAR	35,4	37,5	12,5	5,2	8,3
32	DEP	70,8	17,7	8,3	1,0	1,0	77	PSI	79,2	15,6	3,1	1,0	1,0
33	ANS	34,4	47,9	7,3	4,2	3,1	78	ANS	78,1	16,7	0	2,1	2,1
34	INT	53,1	24,0	9,4	5,2	6,3	79	DEP	76,0	13,5	6,3	1,0	2,1
35	PSI	53,1	33,3	5,2	3,1	3,1	80	ANS	30,2	37,5	12,5	8,3	9,4
36	INT	40,6	38,5	11,5	5,2	2,1	81	HOS	87,5	4,2	1,0	2,1	1,0
37	INT	46,9	36,5	10,4	2,1	2,1	82	FOB	66,7	17,7	5,2	2,1	6,3
38	OBS	22,9	32,3	12,5	12,5	13,5	83	PAR	34,4	33,3	14,6	8,3	7,3
39	ANS	35,4	34,4	18,8	7,3	4,2	84	PSI	59,3	25,3	8,8	3,3	3,3
40	SOM	61,5	24,0	10,4	3,1	1,0	85	PSI	46,9	37,5	7,3	2,1	4,2
41	INT	52,1	26,0	12,5	4,2	4,2	86	ANS	65,6	22,9	5,2	3,1	2,1
42	SOM	30,2	38,5	14,6	11,5	4,2	87	PSI	37,5	44,8	10,4	3,1	3,1
43	PAR	40,6	32,3	14,6	7,3	2,1	88	PSI	66,7	21,9	4,2	1,0	3,1
44	ADI	42,7	33,3	12,5	3,1	5,2	89	ADI	45,8	37,5	3,1	6,3	5,2
45	OBS	14,6	34,4	11,5	15,6	18,8	90	PSI	55,2	24,0	11,5	3,1	4,2

A tabela 8, atrás referida, fornece as médias em percentagens dos casos em todos indicadores de sintomas por cada item. O anexo 11 (tabela geral de casos com pontuação directa e respectivos percentis), demonstra que dos 96 casos em estudo, 46,88% (45) revelaram elevados níveis de sintomas de psicopatologia como ilustram os casos 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 30, 31, 32, 34, 38, 42, 43, 46, 48, 50, 56, 57, 62, 63, 64, 65, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 79, 81, 82, 83, 85, 92, 93, 94 e 96 (resumidos na tabela 7 atrás citada).

Para verificar em que sintomas existem diferenças significativas entre homens e mulheres foi realizado um teste “t”. Em resultado deste teste, os dados da tabela 9, demonstram que são superiores nos homens, os seguintes itens:

- Sintoma 5 - “Perda de desejo ou de prazer sexual” (pc 0,001);
- Os sintomas: 22 - “Sensação de estar preso ou encerrado” (pc 0,05); 29 - “Sentir-se sozinho” (pc 0,05); 52 - “Entorpecimento ou formigueiro em alguma parte do corpo” (pc 0,05); 60- “Comer demasiado” (pc 0,05); 84 - “Ter pensamentos sobre sexo que o inquietam bastante” (pc 0,05); e 85 - “A ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou pelos seus erros” (pc 0,05). Apenas no sintoma 29 a diferença é mais significativa nas mulheres com pc 0,05.

Em resumo: a população em estudo mostra níveis de significância em sete (7) sintomas, representando 7,29% num total de 90. As mulheres têm médias superiores em 42 sintomas e os homens em 41, mas em ambas situações não significativos.

Tabela 9 : Valores médios de sintomas discretos na população em estudo

Caso	Dim	Total		Homens		Mulheres		Signific	Ca so	Dim	Total		Homens		Mulheres		Signific
		M	Dp	M	Dp	M	Dp	Teste “t”			M	Dp	M	Dp	M	Dp	Teste “t”
1	SOM	1,36	1,06	1,33	1,08	1,45	1,00	ns	46	OBS	0,92	1,16	0,81	1,11	1,29	1,27	ns
2	ANS	0,99	1,05	1,06	1,12	0,75	0,72	ns	47	FOB	0,28	0,66	0,24	0,57	0,43	0,93	ns
3	OBS	0,50	0,96	0,45	0,89	0,67	1,16	ns	48	SOM	0,30	0,65	0,28	0,65	0,38	0,67	ns
4	SOM	0,34	0,84	0,38	0,92	0,16	0,38	ns	49	SOM	0,48	0,65	0,45	0,66	0,60	0,60	ns
5	DEP	0,52	1,01	0,62	1,10	0,16	0,38	pc 0,001	50	FOB	1,03	1,20	1,07	1,26	0,90	0,97	ns
6	INT	0,67	0,97	0,64	0,87	0,80	1,28	ns	51	OBS	0,32	0,70	0,31	0,76	0,33	0,48	ns
7	PSI	0,67	1,01	0,72	1,03	0,50	0,89	ns	52	SOM	0,91	0,97	1,00	1,03	0,57	0,68	pc 0,05
8	PAR	0,41	0,89	0,45	0,95	0,30	0,57	ns	53	SOM	0,53	0,99	0,59	1,04	0,30	0,73	ns
9	OBS	0,60	0,81	0,61	0,83	0,58	0,77	ns	54	DEP	0,90	1,22	0,89	1,20	0,95	1,32	ns
10	OBS	1,16	1,36	1,24	1,40	0,86	1,20	ns	55	OBS	0,57	0,89	0,61	0,95	0,42	0,61	ns
11	HOS	1,15	1,19	1,15	1,14	1,14	1,39	ns	56	SOM	0,87	1,03	0,83	0,96	1,05	1,24	ns
12	SOM	0,65	1,08	0,60	1,05	0,81	1,17	ns	57	ANS	0,69	1,00	0,75	1,03	0,47	0,84	ns
13	FOB	0,57	0,98	0,51	0,89	0,80	1,24	ns	58	SOM	0,62	0,87	0,65	0,91	0,50	0,69	ns
14	DEP	0,84	0,96	0,82	0,96	0,90	1,00	ns	59	ADI	0,46	0,89	0,50	0,97	0,30	0,47	ns
15	DEP	0,13	0,49	0,15	0,54	0,05	0,22	ns	60	ADI	0,75	0,95	0,84	1,01	0,42	0,61	pc 0,05
16	PSI	0,12	0,35	0,11	0,35	0,14	0,36	ns	61	INT	0,89	1,06	0,84	1,01	1,05	1,20	ns
17	ANS	0,33	0,68	0,31	0,72	0,40	0,50	ns	62	PSI	0,30	0,70	0,34	0,75	0,14	0,48	ns
18	PAR	1,75	1,26	1,78	1,21	1,61	1,50	ns	63	HOS	0,34	0,61	0,34	0,65	0,35	0,49	ns
19	ADI	0,79	0,86	0,74	0,83	0,95	1,02	ns	64	ADI	1,19	1,19	1,24	1,19	1,00	1,18	ns
20	DEP	0,49	1,09	0,34	0,83	1,05	1,63	ns	65	OBS	0,70	1,10	0,63	1,03	0,95	1,31	ns
21	INT	0,50	0,91	0,45	0,86	0,67	1,07	ns	66	ADI	0,71	1,00	0,68	0,98	0,81	1,08	ns
22	DEP	0,21	0,58	0,25	0,64	0,05	0,22	pc 0,05	67	HOS	0,16	0,57	0,14	0,45	0,24	0,89	ns
23	ANS	0,45	0,86	0,47	0,93	0,33	0,49	ns	68	PAR	0,35	0,74	0,35	0,75	0,33	0,73	ns
24	HOS	0,31	0,70	0,31	0,68	0,30	0,80	ns	69	INT	0,44	0,76	0,45	0,80	0,40	0,60	ns
25	FOB	0,19	0,47	0,16	0,44	0,30	0,57	ns	70	FOB	0,36	0,79	0,39	0,84	0,20	0,52	ns
26	DEP	0,55	0,86	0,51	0,82	0,67	1,02	ns	71	DEP	1,58	1,52	1,62	1,50	1,43	1,63	ns
27	SOM	0,87	1,14	0,82	1,08	1,05	1,34	ns	72	ANS	0,26	0,68	0,31	0,74	0,10	0,44	ns
28	OBS	0,47	0,88	0,43	0,78	0,60	1,89	ns	73	INT	0,84	1,23	0,84	1,23	0,86	1,28	ns
29	DEP	0,63	1,05	0,47	0,80	1,19	1,54	pc 0,05	74	HOS	0,38	0,84	0,31	0,70	0,65	1,23	ns
30	DEP	0,95	1,52	0,96	1,18	0,90	1,09	ns	75	FOB	0,46	0,78	0,47	0,78	0,43	0,81	ns
31	DEP	0,98	1,16	0,92	1,08	1,20	1,44	ns	76	PAR	1,13	1,21	1,17	1,25	0,95	1,05	ns
32	DEP	0,42	0,78	0,34	0,60	0,71	1,19	ns	77	PSI	0,29	0,68	0,28	0,71	0,33	0,58	ns
33	ANS	0,90	0,95	0,89	0,92	0,95	1,05	ns	78	ANS	0,32	0,76	0,35	0,85	0,19	0,40	ns
34	INT	0,85	1,19	0,79	1,12	1,05	1,43	ns	79	DEP	0,38	0,83	0,37	0,79	0,40	1,00	ns
35	PSI	0,67	0,96	0,69	0,95	0,60	1,00	ns	80	ANS	1,28	1,26	1,28	1,18	1,26	1,56	ns
36	INT	0,87	0,96	0,88	0,93	0,86	1,11	ns	81	HOS	0,17	0,66	0,17	0,65	0,20	0,70	ns
37	INT	0,73	0,89	0,68	0,83	0,90	1,09	ns	82	FOB	0,61	1,12	0,66	1,15	0,40	1,00	ns
38	OBS	1,59	1,37	1,63	1,36	1,45	1,43	ns	83	PAR	1,19	1,22	1,30	1,26	0,80	1,01	ns
39	ANS	1,10	1,10	1,07	1,04	1,24	1,30	ns	84	PSI	0,66	1,00	0,77	1,05	0,25	0,72	pc 0,05
40	SOM	0,58	0,88	0,59	0,90	0,57	0,81	ns	85	PSI	0,77	0,99	0,86	1,05	0,40	0,60	pc 0,05
41	INT	0,81	1,09	0,88	1,14	0,55	0,83	ns	86	ANS	0,52	0,90	0,45	0,87	0,75	0,97	ns
42	SOM	1,20	1,27	1,30	1,14	0,86	1,01	ns	87	PSI	0,88	0,94	0,87	0,95	0,95	0,95	ns
43	PAR	0,95	1,04	0,93	1,01	1,00	1,16	ns	88	PSI	0,47	0,89	0,44	0,85	0,60	1,05	ns
44	ADI	0,91	1,09	0,96	1,09	0,76	1,09	ns	89	ADI	0,85	1,11	0,91	1,26	0,65	1,04	ns
45	OBS	1,89	1,39	1,88	1,34	1,95	1,62	ns	90	PSI	0,74	1,07	0,76	1,07	0,70	1,08	ns

A tabela 10, que se segue, é referente às médias globais por cada dimensão de psicopatologia e índices globais de mal-estar, sendo: a Somatização (SOM) com 65 percentis (pc) nos homens e 55pc nas mulheres; Obsessão-compulsão com 50pc nos homens e 45pc nas mulheres; Sensibilidade interpessoal (INT) com 45pc nos homens e 50pc nas mulheres; Depressão (DEP) com 45pc nos homens e 50pc nas mulheres; Ansiedade (ANS) com 55pc nos homens e 52,5pc nas mulheres; Hostilidade (HOS) com 55pc nos homens e 50pc nas mulheres; Ansiedade fóbica (FOB) com 65pc nos homens e 60pc nas mulheres; Ideação paranóide (PAR) com 55pc nos homens e 50pc nas mulheres; Psicoticismo (PSI) com 55pc nos homens e 55pc nas mulheres; Índice sintomático geral (GSI) tem de médias 55pc nos homens e 50pc nas mulheres; Total de sintomas positivos (PST) possui 45pc nos homens e 35pc nas mulheres e o Índice de Distress de sintomas positivos (PSDI) tem 65pc nos homens e 60pc nas mulheres.

Tabela 10: Valores médios globais por dimensão (Total, Homens e Mulheres)

Dim	TOTAL					HOMENS					MULHERES				
	N	M	Pc	Mín	Máx	N	M	pc	Mín	Máx	N	M	pc	Mín	Máx
SOM	96	0,73	-	0,00	2,33	75	0,73	65	0,00	2,33	21	0,72	55	0,08	1,58
OBS	96	0,87	-	0,00	2,30	75	0,87	50	0,00	2,30	21	0,91	45	0,20	2,10
INT	96	0,72	-	0,00	3,44	75	0,70	45	0,00	3,44	21	0,80	50	0,11	1,78
DEP	96	0,65	-	0,00	2,38	75	0,61	45	0,00	2,38	21	0,79	50	0,00	2,08
ANS	96	0,64	-	0,00	2,50	75	0,64	55	0,00	2,50	21	0,65	52,5	0,00	1,70
HOS	96	0,44	-	0,00	2,80	75	0,42	55	0,00	1,83	21	0,48	50	0,00	2,80
FOB	96	0,50	-	0,00	1,80	75	0,50	65	0,00	1,71	21	0,52	60	0,00	1,80
PAR	96	0,94	-	0,00	3,00	75	0,98	55	0,00	3,00	21	0,79	50	0,00	2,83
PSI	96	0,56	-	0,00	2,80	75	0,58	55	0,00	2,80	21	0,46	55	0,00	1,80
EAD	96	0,78	-	0,00	2,86	75	0,81	-	0,00	2,86	21	0,67	-	0,00	2,00
GSI	96	0,67	-	0,09	2,23	75	0,67	55	0,09	2,23	21	0,66	50	0,14	1,70
PST	96	36,77	-	6	89	75	37,16	45	6	89	21	35,38	35	8	61
PSDI	96	1,56	-	0,85	3,46	75	1,54	65	0,85	3,46	21	1,61	60	1,01	2,68

Para melhor compreensão, se existirá alguma relação entre o exercício de funções e os sintomas de psicopatologia retratados pelo SCL-90-R, é importante analisar os resultados de forma separada quanto aos constructos investigados. A abordagem dos resultados teve em conta todos os indicadores de medição do sofrimento psíquico desde “0 (zero) - não possuir absolutamente nada” até “4 (quatro) - Muito ou extremamente” mas essencialmente, interessamos os indicadores de maior peso como “(3) Bastante” e “(4) Muito ou extremamente”, por serem aqueles que podem evidenciar sintomas de psicopatologia.

4.2.1 Somatização

Tabela 11: Resultados de Somatização

Item	Indicadores de gravidade Sintomas	0		1		2		3		4		Ignorados	
		casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
1	Dores de cabeça	17	17,7	47	49,0	16	16,7	10	10,4	5	5,2	1	1,0
4	Sensação de desmaio ou enjôo	74	77,1	11	11,5	4	4,2	0	0	3	3,1	4	4,2
12	Dores no coração ou no peito	62	64,6	18	18,8	8	8,3	4	4,2	4	4,2	0	0
27	Dores na parte de baixo das costas	49	51,0	23	24,0	14	14,6	4	4,2	5	5,2	1	1,0
40	Náuseas ou mal estar no estômago	59	61,5	23	24,0	10	10,4	3	3,1	1	1,0	0	0
42	Dores musculares	29	30,2	37	38,5	14	14,6	11	11,5	4	4,2	1	1,0
48	Falta de ar ou dificuldade para respirar	76	79,2	12	12,5	7	7,3	1	1,0	0	0	0	0
49	Calafrios, sentir calor ou frio de repente	57	59,4	30	31,3	8	3,3	0	0	0	0	1	1,0
52	Entorpecimento ou formigamento em alguma parte do corpo	36	37,5	44	45,8	8	8,3	5	5,2	3	3,1	0	0
53	Sentir um nó na garganta	66	68,8	18	18,8	4	4,2	4	4,2	3	3,1	1	1,0
56	Sentir-se fraco em alguma parte do corpo	43	44,8	33	34,4	12	12,5	5	5,2	3	3,1	0	0
58	Sentir braços ou pernas pesadas	55	57,3	25	26,0	12	12,5	2	2,1	1	1,0	1	1,0

A tabela 11, acima, demonstra a existência de 15,6% e 15,7% de casos que sofrem bastante de “dores de cabeça” e de “dores musculares”. Os restantes casos possuem, nos dois indicadores de maior gravidade, uma variação de 9,4% até 0 % e o indicador “2” constituído por indivíduos que sofrem “moderadamente” têm percentagens que variam de 3,3% a 16,7%.

4.2.2 Obsessão-compulsão

A tabela 12, abaixo, revela que, os sintomas com maior número de casos nos dois indicadores de maior gravidade são os representados pelos itens: “10”, “38”, “45” e “46”, com percentagens cumulativas de 21,8%; 26%; 34,4% e 12,5%, respectivamente.

Tabela 12: Resultados da dimensão Obsessão-compulsão

Item	Indicadores de gravidade Sintomas	0		1		2		3		4		Ignorados	
		casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
3	Pensamentos, palavras ou ideias não desejadas q/não saem da sua mente	67	69,8	12	12,5	6	6,3	6	6,3	1	1,0	4	4,2
9	A dificuldade p/recordar as coisas	50	52,1	35	36,5	4	4,2	3	3,1	1	1,0	3	3,1
10	Preocupação acerca da falta de asseio, descuido ou desorganização	45	46,9	20	20,8	10	10,4	13	13,5	8	8,3	0	0
28	Sentir-se incapaz de fazer as coisas ou terminar tarefas	67	69,8	12	12,5	9	9,4	3	3,1	1	1,0	4	4,2
38	Ter q/fazer as coisas muito devagar p/ter a certeza de q/as fazem bem	22	22,9	31	32,3	12	12,5	12	12,5	13	13,5	6	6,3
45	Ter q/verificar uma e outra vez tudo o que faz	14	14,6	33	34,4	11	11,5	15	15,6	18	18,8	5	5,2
46	Dificuldade de tomar decisões	49	51,0	20	20,8	14	14,6	9	9,4	3	3,1	1	1,0
51	Ficar com a mente em branco	74	77,1	15	15,6	4	4,2	1	1,0	1	1,0	1	1,0
55	Ter dificuldades para concentrar-se	56	58,3	27	28,1	7	7,3	0	0	3	3,1	3	3,1
65	Impulsos d ter q/fazer as coisas d maneira repetida (tocar algo,lavar-se...)	57	59,4	19	19,8	6	6,3	7	7,3	3	3,1	4	4,2

4.2.3 Sensibilidade interpessoal

A tabela 13, abaixo, destaca os sintomas representados pelos itens 34; 36; 41;61; e 73. No cômputo geral a percentagem varia de 0 a 7,3% nos dois indicadores de maior gravidade.

Tabela 13: Resultados da dimensão Sensibilidade Interpessoal

Item	Indicadores de gravidade Sintomas	0		1		2		3		4		Ignorados	
		casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
6	Ver as outras pessoas de maneira negativa, encontrar sempre falhas	54	56,3	25	26,0	9	9,4	4	4,2	2	2,1	2	2,1
21	Timidez ou desconforto perante o sexo oposto	67	69,8	16	16,7	9	9,4	2	2,1	2	2,1	0	0
34	Ser demasiado sensível ou sentir-se magoado com facilidade	51	53,1	23	24,0	9	9,4	5	5,2	6	6,3	2	2,1
36	A sensação de que os outros não o compreendem ou não lhe dão importância	39	40,6	37	38,5	11	11,5	5	5,2	2	2,1	2	2,1
37	A importância de que as outras pessoas são pouco amigáveis ou que não gostam de si	45	46,9	35	36,5	10	10,4	2	2,1	2	2,1	2	2,1
41	Sentir-se inferior aos outros	50	52,1	25	26,0	12	12,5	4	4,2	4	4,2	1	1,0
61	Sentir-se incomodado qdo as pessoas olham p/si ou falam de si	44	45,8	31	32,3	12	12,5	6	6,3	3	3,1	0	0
69	Sentir-se muito coibido ou envergonhado entre outras pessoas	62	64,6	27	28,1	3	3,1	0	0	2	2,1	2	2,1
73	Sentir-se incomodado quando come ou bebe em público	53	55,2	26	27,1	3	3,1	7	7,3	7	7,3	0	0

4.2.4 Depressão

Tabela 14: Resultados da dimensão Depressão

Item	Indicadores de gravidade	0		1		2		3		4		Ignorados	
		casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
5	Perda de desejo ou prazer sexual	63	65,6	20	20,8	4	4,2	1	1,0	3	3,1	4	4,2
14	Sentir-se com falta de energia ou em baixo	44	45,8	30	31,3	13	13,5	8	8,3	0	0	1	1,0
15	Pensamentos suicidas ou ideias de acabar com a vida	85	88,5	8	8,3	0	0	0	0	1	1,0	2	2,1
20	Chorar facilmente	73	76,0	10	10,4	5	5,2	1	1,0	6	6,3	1	1,0
22	Sensação de estar preso ou encarcerado	81	84,4	12	12,5	2	2,1	0	0	1	1,0	0	0
26	Culpar-se a si mesmo de tudo o que acontece	57	59,4	30	31,3	5	5,2	0	0	3	3,1	1	1,0
29	Sentir-se sozinho	58	60,4	25	26,0	4	4,2	2	2,1	5	5,2	2	2,1
30	Sentir-se triste	43	44,8	30	31,3	12	12,5	4	4,2	6	6,3	1	1,0
31	Preocupar-se demasiado com tudo	38	39,6	39	40,6	8	8,3	2	2,1	8	8,3	1	1,0
32	Não sentir interesse por nada	68	70,8	17	17,7	8	8,3	1	1,0	1	1,0	1	1,0
54	Sentir-se sem esperança em relação ao futuro	51	53,1	18	18,8	14	14,6	5	5,2	6	6,3	2	2,1
71	Sentir que tudo exige um grande esforço	34	35,4	19	19,8	11	11,5	15	15,6	16	16,7	1	1,0
79	A sensação de ser inútil ou não valer nada	73	76,0	13	13,5	6	6,3	1	1,0	2	2,1	1	1,0

A tabela 14, acima, reporta os resultados da Depressão com indicadores de maior gravidade a situarem-se a abaixo de 10% com excepção dos itens “31”, “54” e “71” cujo sintomas são: “Preocupar-se demasiado com tudo”, “Sentir-se sem esperança em relação ao futuro” e “Sentir que tudo exige um grande esforço” com 10,5%, 10,4% e 32,3%, respectivamente.

4.2.5 Ansiedade

Nesta dimensão (tabela 15, página seguinte) os sintomas representados pelos itens 39 e 80 têm 11,5%, e 17,7% de casos, respectivamente, nos indicadores de maior gravidade e os restantes estão abaixo destas cifras.

Tabela 15: Resultados da Ansiedade

Item	Indicadores de gravidade Sintomas	0		1		2		3		4		Ignorados	
		Casos	%	caso	%	casos	%	caso	%	caso	%	caso	%
2	Nervosismo ou agitação interior	36	37,5	31	32,3	20	20,8	0	0	5	5,2	4	4,2
17	Tremores	71	74,0	17	17,7	5	5,2	0	0	1	1,0	2	2,1
23	Ter medo de repente e sem razão	64	66,7	21	21,9	4	4,2	0	0	3	3,1	4	4,2
33	Sentir-se receoso	33	34,4	46	47,9	7	7,3	4	4,2	3	3,1	3	3,1
39	Que o seu coração palpita ou bata muito depressa	34	35,4	33	34,4	18	18,8	7	7,3	4	4,2	0	0
57	Sentir-se tenso ou com os nervos à flor da pele	53	55,2	26	27,1	9	9,4	3	3,1	3	3,1	2	2,1
72	Ataques de tremor ou pânico	80	83,3	10	10,4	4	4,2	1	1,0	1	1,0	0	0
78	Sentir-se tão inquieto que não consegue estar sentado tranquilamente	75	78,1	16	16,7	2	2,1	0	0	2	2,1	1	1,0
80	Pressentimentos de que vai acontecer algo de mau	29	30,2	36	37,5	12	12,5	8	8,3	9	9,4	2	2,1
86	Pensamentos ou imagens assustadoras ou que metem medo	63	65,6	22	22,9	5	5,2	3	3,1	2	2,1	1	1,0

4.2.6 Hostilidade

Tabela 16: Resultados da dimensão hostilidade

Item	Indicadores de gravidade Sintomas	0		1		2		3		4		Ignorados	
		casos	%	caso	%	caso	%	caso	%	caso	%	caso	%
11	Sentir-se facilmente incomodado, irritado ou zangado	34	35,4	34	35,4	15	15,6	6	6,3	7	7,3	0	0
24	Acessos de cólera ou ataques de fúria que não conseguem controlar	73	76,0	17	17,7	1	1,0	2	2,1	1	1,0	2	2,1
63	Sentir o impulso de bater, brigar ou fazer mal a alguém	68	70,8	21	21,9	4	4,2	1	1,0	0	0	2	2,1
67	Ter vontade de partir ou atirar com as coisas	86	89,6	5	5,2	3	3,1	0	0	1	1,0	1	1,0
74	Ter discussões frequentes	73	76,0	12	12,5	4	4,2	4	4,2	1	1,0	2	2,1
81	Gritar ou atirar coisas	84	87,5	4	4,2	1	1,0	2	2,1	1	1,0	4	4,2

Na tabela 16, referente à dimensão hostilidade, todos os sintomas nos indicadores de maior gravidade situam-se muito abaixo de 10% com excepção do item 11 que possui 13,6%.

4.2.7 Ansiedade fóbica

Tabela 17: Resultados da Ansiedade fóbica

Item	Indicadores de gravidade Sintomas	0		1		2		3		4		Ignorados	
		Total	%	total	%	total	%	total	%	total	%	total	%
13	Sentir medo dos espaços abertos ou na rua	64	66,7	16	16,7	9	9,4	4	4,2	2	2,1	1	1,0
25	Medo de sair de casa sozinho	79	82,3	12	12,5	3	3,1	0	0	0	0	0	0
47	Sentir medo de viajar de carro, autocarro, chapa ou comboio	77	80,2	13	13,5	5	5,2	0	0	1	1,0	0	0
50	Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades porque lhes metem medo	41	42,7	28	29,2	15	15,6	4	4,2	7	7,3	1	1,0
70	Sentir-se incomodado entre muita gente, por exemplo, no cinema, nas lojas, etc	72	75,0	16	16,7	3	3,1	1	1,0	2	2,1	2	2,1
75	Sentir-se nervoso quando fica sozinho	63	65,6	27	28,1	2	2,1	3	3,1	1	1,0	0	0
82	Ter medo de desmaiar em público	64	66,7	17	17,7	5	5,2	2	2,1	6	6,3	2	2,1

Na tabela 17, acima, referente à ansiedade fóbica, todos os sintomas nos indicadores de maior gravidade situam-se abaixo de 10% com excepção do item 50 que possui 11,6%.

4.2.8 Ideação paranóide

Tabela 18: Resultados da Ideação paranóide

Item	Indicadores de gravidade Sintomas	0		1		2		3		4		Ignorados	
		casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
8	A impressão de que a maioria dos seus problemas são culpa dos outros	71	74,0	14	14,6	4	4,2	3	3,1	2	2,1	2	2,1
18	A ideia de que não se pode confiar nas outras pessoas	15	15,6	30	31,3	22	22,9	13	13,5	12	12,5	4	4,2
43	Sensação de que as outras pessoas olham para si ou falam de si	39	40,6	31	32,3	14	14,6	7	7,3	2	2,1	3	3,1
68	Ter ideias ou crenças não partilhadas pelos outros	72	75,0	17	17,7	3	3,1	2	2,1	1	1,0	1	1,0
76	Que os outros não reconheçam adequadamente os seus méritos	34	35,4	36	37,5	12	12,5	5	5,2	8	8,3	1	1,0
83	A impressão de que as pessoas tentariam aproveitar-se de si, se o permitisse	33	34,4	32	33,3	14	14,6	8	8,3	7	7,3	2	2,1

A ideação paranóide (tabela 18) possui 26,0%, 13,5% e 15,6% nos itens 18, 76 e 83, respectivamente, cujo sintomas são “A ideia de que não se pode confiar nas outras pessoas”, “Que os outros não reconheçam adequadamente os seus méritos” e “A impressão de que as pessoas tentariam aproveitar-se de si, se o permitisse”. Os restantes sintomas estão abaixo das cifras acima referidas nos indicadores de maior gravidade.

4.2.9 Psicoticismo

Tabela 19: Resultados da dimensão Psicoticismo

Item n°	Indicadores de gravidade Sintomas	0		1		2		3		4		Ignorados	
		casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
7	A ideia de que outra pessoa possa controlar os seus pensamentos	55	57,3	26	27,1	7	7,3	4	4,2	3	3,1	1	1,0
16	Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem	85	88,5	9	9,4	1	1,0	0	0	0	0	0	0
35	A impressão de q/os outros se dão conta do que está a pensar;	51	53,1	32	33,3	5	5,2	3	3,1	3	3,1	2	2,1
62	Ter pensamentos q/não são seus	75	78,1	13	13,5	4	4,2	1	1,0	1	1,0	2	2,1
77	Sentir-se sozinho ainda que esteja com mais pessoas	76	79,2	15	15,6	3	3,1	1	1,0	1	1,0	-	0
84	Ter pensamentos sobre sexo que o inquietam bastante	54	56,3	23	24,0	8	8,3	3	3,1	3	3,1	5	5,2
85	A ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou pelos seus erros	45	46,9	36	37,5	7	7,3	2	2,1	4	4,2	2	2,1
87	A ideia de que algo grave está mal no seu corpo	36	37,5	43	44,8	10	10,4	3	3,1	3	3,1	1	1,0
88	Sentir-se sempre distante, sem sensação de intimidade c/ nada	64	66,7	21	21,9	4	4,2	1	1,0	3	3,1	3	3,1
90	A ideia de que alguma coisa anda mal na sua mente	53	55,2	23	24,0	11	11,5	3	3,1	4	4,2	2	2,1

Os itens 7, 35, 84, 85, 87 e 90, referentes a “A ideia de que outra pessoa possa controlar os seus pensamentos”, “A impressão de q/os outros se dão conta do que está a pensar”, “Ter pensamentos sobre sexo que o inquietam bastante”, “A ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou pelos seus erros”, “A ideia de que algo grave está mal no seu corpo” e “A ideia de que alguma coisa anda mal na sua mente”, respectivamente, são casos que devem ser

clarificados através de entrevistas, apesar dos resultados, nos indicadores de maior gravidade não ultrapassarem os 7,3%.

4.2.10 Escalas adicionais

As escalas adicionais (tabela 20) mostram, nos dois indicadores de maior gravidade, 14,6% de casos de “Acordar de madrugada”; 11,7% de casos com “Sentimentos de culpa”; 8,4% de casos com “Sono inquieto ou perturbado”; 8,6% de casos de “Dificuldades para conciliar o sono”; 5,4% de casos de “Comer demasiados” e 5,3% de casos de “Falta de apetite”; 5,3% de casos com “Ideias sobre a morte ou sobre morrer”.

Tabela 20: Resultados de Escalas Adicionais

Item nº	Indicadores de gravidade Sintomas	0		1		2		3		4		Ignorados	
		casos	%	c.	%	c.	%	c.	%	c.	%	caso	%
19	Falta de apetite	41	42,7	39	40,6	10	10,4	4	4,2	1	1,0	1	1,0
44	Dificuldade para conciliar o sono	41	42,7	32	33,3	12	12,5	3	3,1	5	5,2	3	3,1
59	Ideias sobre a morte ou sobre morrer	67	69,8	18	18,8	4	4,2	3	3,1	2	2,1	2	2,1
60	Comer demasiado	47	49,0	29	30,2	12	12,5	3	3,1	2	2,1	3	3,1
64	Acordar de madrugada	31	31,3	36	37,5	14	14,6	7	7,3	7	7,3	1	1,0
66	Sono inquieto ou perturbado	53	55,2	27	28,1	7	7,3	6	6,3	2	2,1	1	1,0
89	Sentimentos de culpa	44	45,8	36	37,5	3	3,1	6	6,3	5	5,2	2	2,1

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo Derogatis (2008) o SCL-90-R foi desenhado para ser interpretado em três níveis diferentes de informação, nomeadamente: o global, o dimensional e o de sintomas discretos. Neste contexto, a pesquisa demonstrou nestas três vertentes de interpretação, o seguinte:

5.1 A nível global

A nível global, 24,44% (22) dos 90 itens representando sintomas e incómodos (tabela 6), possuem valores significativamente altos no conjunto dos dois indicadores de maior gravidade (“3” e “4”), isto é, cerca de 25% foram assinalados mais vezes. Os 96 guardas testados não mostram em média qualquer patologia mas, observando-se caso a caso, constata-se a existência de 46,88% ou seja 45 casos com elevados níveis de sintomas de psicopatologia como ilustram a tabela 7 (resumo de casos com elevados índices de sintomas psicopatológicos) e o anexo 11 (tabela geral de casos com pontuação directa e respectivos percentis). Estes casos deviam ser submetidos pela segunda vez ao mesmo questionário e a entrevistas complementares para se estabelecer a comparação entre os resultados do primeiro com o teste em repetição, no sentido de verificar a evolução da situação e o nível de gravidade de cada caso bem como desenhar medidas de auxílio àqueles que necessitarem.

Tendo em conta o estudo efectuado por Afonso e Gomes (2008), no qual observaram que a actividade profissional das forças de segurança é considerada uma das ocupações mais estressantes do mundo, devido à própria natureza das funções prestadas para além dos problemas comuns vivenciados em outras profissões, como são os casos do trabalho por turnos, excesso de horas de trabalho. Idéia corroborada por Romano (1996) e Edital Fuvest (2008) que enfatizam o facto destes profissionais estarem constantemente em contacto com outras pessoas, enfrentando situações de grande tensão e sempre expostos ao perigo, à agressão e à violência que se associam às contingências de normas e regras rígidas e punitivas da própria profissão.

Em função disso, esperavam-se níveis significativamente mais altos de sintomas e incómodos bem como elevado número de casos com sintomas psicopatológicos nos membros da PRM. Entretanto, é preciso reconhecer que os métodos auto-aplicados de avaliação, como é o

caso vertente, apresentam alguns inconvenientes, aliás, que foram revistos extensamente por De las Cuevas et al. (1992), citado no modelo de Leonard R. Derogatis (2008). Nesse sentido, podem ter influído alguns casos de “efeito de halo” nas suas formas mais diversificadas, tendo em conta que, quanto menos componentes significativos existam maior é a probabilidade da ocorrência deste efeito. De acordo com Derogatis (2008), os inventários auto-aplicados estão especialmente sujeitos à simulação ou falsificação por parte de quem os preenche, criando deste modo, o “efeito fachada” em que há uma tendência inconsciente para se colocar sempre do lado bom.

Portanto, Moçambique sendo um vasto mosaico cultural e os agentes da PRM provirem um pouco de todo o território nacional representando uma realidade cultural diversificada e aliar isso à literatura da área que predispõem os profissionais de segurança e ordem pública a vicissitudes diversas, esperavam-se resultados mais alarmantes que os encontrados nesta pesquisa. Apesar de tudo isso, é pertinente que, aos agentes que revelaram alguma sintomatologia de psicopatologia, lhes sejam providenciadas medidas porque o que pode ser insignificante em termos estatísticos, pode não o ser clinicamente.

5.2 A nível dimensional

Olhando para cada uma das nove dimensões sintomáticas de psicopatologia e os três índices globais de mal-estar, retratadas no SCL-90-R, conforme a tabela 10 (página 49 deste trabalho) que apresenta os valores médios globais por dimensão, em termos percentílicos dispõem, os resultados da amostra de homens e de mulheres, na sequência seguinte: Somatização tem 65 percentis (pc) nos homens e 55 pc nas mulheres; Obsessão-compulsão com 50 pc nos homens e 45 pc nas mulheres; Sensibilidade interpessoal possui 45 pc nos homens e 50 pc nas mulheres; Depressão com 45 pc nos homens e 50 pc nas mulheres; Ansiedade com 55 pc nos homens e 52,5 pc nas mulheres; Hostilidade com 55 pc nos homens e 50 pc nas mulheres; Ansiedade fóbica com 65 pc nos homens e 60 pc nas mulheres; Ideação paranóide com 55 pc nos homens e 50 pc nas mulheres; Psicoticismo com 55 pc nos homens e 55 pc nas mulheres; Índice sintomático geral tem 55 pc nos homens e 50 pc nas mulheres; Total de sintomas positivos possui 45 pc nos homens e 35 pc nas mulheres e o Índice de sintomas positivos tem 65 pc nos homens e 60 pc nas mulheres.

Segundo o Manual do SCL-90-R, um percentil 80 indica que essa pessoa mostra uma sintomatologia somática maior que 80 por cento da amostra geral e, no caso vertente a SOM, FOB e PSDI possuem em média um percentil 65 cada e está abaixo de 80, razão suficiente para se afirmar que não se mostra qualquer patologia no geral.

Entretanto, o exercício da profissão policial, leva os seus agentes a enfrentarem no dia a dia contingências de muito desgaste psicológico por se exporem a situações de perigo e em prontidão para agirem de forma preventiva sem perder o controle da situação. Estas situações associadas às referidas por Chiavenato (1999) como são os casos de autoritarismo, a monotonia da tarefa, a falta de perspectiva de progresso profissional, a sobrecarga de actividades e a pressão do tempo ou relações problemáticas que provocam reacções de nervosismo, inquietude, tensões, esperava-se que os resultados fossem significativamente mais preocupantes tendo em conta a literatura da área, que coloca, por exemplo, estes profissionais a níveis mais altos de “estresse” em razão do seu ofício.

5.3 A nível de sintomas discretos

Em resultado do teste “t”, para verificar em que sintomas existem diferenças significativas entre homens e mulheres, os resultados (tabela 9), demonstram que no Sintoma 5 - “Perda de desejo ou de prazer sexual” (pc 0,001); nos sintomas: 22 - “Sensação de estar preso ou encerrado” (pc 0,05); 29 - “Sentir-se sozinho” (pc 0,05); 52 - “Entorpecimento ou formigueiro em alguma parte do corpo” (pc 0,05); 60- “Comer demasiado” (pc 0,05); 84 - “Ter pensamentos sobre sexo que o inquietam bastante” (pc 0,05); e 85 - “A ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou pelos seus erros” (pc 0,05). Apenas no sintoma 29 a diferença é mais significativa nas mulheres com pc 0,05, enquanto que nos restantes casos é maior nos homens.

Em resumo: a população em estudo mostra níveis de significância em sete (7) sintomas, representando 7,29% num total de 90. As mulheres têm médias superiores em 42 sintomas e os homens em 41, mas em ambas situações não significativos.

Em resumo: a população em estudo mostra níveis de significância em sete (7) dos noventa sintomas, representando 7,29% de todos os sintomas apreciados. Nestes sete sintomas 85,71%, nomeadamente: nos itens 5, 22, 52, 60, 84 e 85 é superior nos homens e 14,29% referente ao item 29 é superior nas mulheres. No que se refere aos restantes 83 sintomas não há qualquer diferença significativa entre homens e mulheres.

O estudo realizado por Moraes, Pereira e Gusmão (2005) sobre as implicações do género na qualidade de vida e “estresse” havia permitido verificar em relação ao estilo de vida que o sexo feminino está sempre “com pressa” e “comportamento tenso”, tendo por conseguinte obtido uma percentagem mais elevada, o que permitiu deduzir que existe diferença do género no trabalho havendo necessidade de redobrar esforços para se alcançar o nível de reconhecimento na sociedade. Os resultados desta pesquisa revelam uma situação totalmente diferente da encontrada pelos autores atrás citados pois, os homens possuem em maior número de sintomas níveis de significância mais elevado que nas mulheres.

6 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

6.1 Conclusões

Apesar dos elementos apresentados no quadro 3 serem de carácter conceptual por não possuírem indicadores numéricos esperava-se obter elevados índices de sintomatologia, tendo como base Hans Selye citado por Rodrigo P. do Rio (1998) quando diz: “toda vez que alguém sente alguma coisa desagradável, na falta de uma palavra melhor diz que está sob stress.” Situação que podia ser associada ao facto de a actividade profissional das forças de segurança ser considerada uma das ocupações mais estressantes do mundo (Dantzer, 1987; Selye, 1984), citados por Afonso, J.M.R & Gomes, A.R. (2008). Estas situações sugerem que, a área de RH no acto de recrutamento para a selecção do pessoal para o quadro policial, devia aplicar, em especial, testes psicológicos e psicotécnicos, que lhes permitisse descobrir o perfil do candidato ao emprego por forma a orientá-lo para a actividade mais de acordo com as suas habilidades e capacidades.

Apesar dos sintomas de psicopatologia não serem alarmantes é pertinente que, os RH, se preocupem com a saúde e o bem-estar desta classe de profissionais pois, segundo Silva e De Marchi (1997) o bem-estar e a saúde das pessoas é indispensável no local de trabalho por ser lá onde os indivíduos passam maior parte do seu tempo e por ser lá onde, também, eles realizam grande parte das suas aspirações individuais. E, de acordo com Lacomblez e Colaboradores (1996) para que o sucesso e a satisfação dos trabalhadores nas organizações seja alcançado, as empresas devem garantir e acompanhar a evolução tecnológica do trabalho e as funções que são atribuídas aos indivíduos na organização ao longo do tempo.

O objectivo deste trabalho foi alcançado porque permitiu verificar que, o impacto psicológico produzido pelo exercício da função, não tem alguma relação com os sintomas de psicopatologia retratados no “SCL-90-R”, porque se existisse, os níveis de sintomatologia seriam bem altos que os obtidos. Apesar disso, é de sugerir que a instituição promova acções para o bem-estar psíquico e social preparando os trabalhadores desta classe para um controlo regular de stress por serem vulneráveis e, permanentemente, estarem expostos a violência e outras situações a que o stress não é estranho.

Outras ilações tiradas a partir dos dados recolhidos para o estudo cingem-se no seguinte:

A avaliação psicopatológica traz grande contribuição por permitir verificar as condições psicológicas que os profissionais apresentam para o exercício competente da sua função. Neste caso concreto, os questionários a serem aplicados a um determinado grupo de profissionais, tomando em conta os aspectos culturais e as várias crenças ligadas aos tabus, algumas perguntas deviam ser adaptadas.

Os dados encontrados nesta pesquisa apontam a necessidade do cuidado que o pesquisador precisa ter ao analisar os resultados obtidos por meio do SCL-90-R pois, é necessário que procure compreensão dos resultados de todos os elementos e não apenas o resultado final, pois alguma dimensão sintomática de psicopatologia pode revelar comprometimento das capacidades do profissional para o seu exercício de funções sendo, por isso, pertinente saber quais habilidades por ele demonstradas ao longo da carreira.

Ressalta-se que, para uma melhor apreciação das dimensões sintomáticas de psicopatologia, especificamente em relação à profissão de segurança, seria necessária a exploração de outros dados ligados aos incidentes no trabalho, tempo de profissão, desempenho profissional, ambiente de trabalho e investigar essas situações em outras populações de profissionais de diferentes áreas, e analisar se a relação se mantém.

Resumidamente, os agentes da PRM inquiridos, em conversas pós-preenchimento do questionário, mostraram-se insatisfeitos com a compensação justa e adequada devido aos riscos que correm no exercício da sua actividade. Este aspecto está associado ao facto dos agentes pertencerem a uma instituição de segurança que tem como finalidade manter a ordem, segurança e tranquilidade públicas, razão porque consideram o ofício de alto risco e com dificuldades para se trabalhar com delinquentes e pessoas suspeitas.

6.2 Sugestões/Recomendações

As conclusões acima, ainda que não vinculativas, devem ser tomadas em consideração pela Direcção do Comando Geral da Polícia como instrumento que possa influenciar a mudança de atitude uma vez que realçam o sentimento de um grupo representativo de agentes da PRM relativamente a algumas práticas da instituição.

Algumas sugestões de carácter prático que urge endereçar ao Comando Geral da Polícia em face dos resultados da pesquisa são no sentido de:

- Todos os agentes da PRM, antes da sua admissão, deviam ser submetidos a uma avaliação psicológica, usando instrumentos de pesquisa cientificamente aprovados e comprovados, para se determinar a personalidade de cada candidato e avaliar as suas atitudes, aptidões, habilidades e capacidades.
- Promover palestras ligadas à saúde mental e outras doenças no sentido de disseminar a informação relativa à prevenção e os cuidados a ter com a saúde no geral;
- Promover acções de qualidade de vida para uma melhor qualidade de trabalho e auto-estima dos agentes o que contribuirá para uma melhor disciplina e sucesso institucional;
- Procurar formas de criar uma cultura de valorização dos funcionários e agentes atribuindo-lhes prémios e estímulos pelo seu desempenho;
- Disponibilizar material de qualidade para execução das tarefas;
- Criar uma Política de Gestão de Recursos Humanos transparente e eficaz;
- Promover campanhas de prática de desporto e cultura física para fortalecer a saúde mental e aliviar o estresse.

De modo a dar continuidade à pesquisa aqui apresentada na qual se levantou algumas questões não profundamente trabalhadas, sugere-se:

6.2.1 Para a presente investigação:

- Que se realizem entrevistas complementares aos agentes da PRM com níveis elevados de sintomas psicopatológicos, para a confirmação e validação dos resultados bem como desenhar medidas de mitigação;
- Que se aplique novamente, o “SCL-90-R” aos 45 agentes que evidenciaram sintomas psicopatológicos altos para a verificação da sua evolução bem como possuir dados que permitam comparar os resultados iniciais com os que podem ser obtidos com nova aplicação do instrumento e daí estabelecer uma comparação para aferição do estado de saúde mental dos inquiridos bem como formular melhores propostas para o acompanhamento psicossocial dos visados.

6.2.2 Para futuras investigações:

- A aplicação do SCL-90-R como instrumento de pesquisa em outras Unidades e Subunidades Policiais nas Províncias para efeitos de comparação dos resultados obtidos bem como acompanhar o estado psicopatológico dos agentes da corporação;
- Fazer um estudo visando analisar o Stress Ocupacional em profissionais de Segurança Pública nas três regiões do País (Sul, Centro e Norte);
- Fazer um estudo para a análise da Qualidade de Vida no Trabalho em função das variáveis género, profissão, nível salarial e políticas de recursos humanos.

REFERÊNCIAS

- Academia de Polícia Militar do Barro Branco. **Edital Fuvest, 2003**. São Paulo, 2003. http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?pid=S151636872007000100003&script=sci_arttext. Acessado em 6 de Maio de 2010.
- Afonso, J.M.R. & Gomes, A.R. **Stress Ocupacional em Profissionais de Segurança Pública: Um Estudo com Militares da Guarda Nacional Republicana**. Universidade do Minho, 2008. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000200017, acessado em 19 de Fevereiro de 2010
- Bombana, J.A. A tradução psiquiátrica do diagnóstico “DNV” (Distonia Neurovegetativa) feito pelo médico não especialista. (dissertação). São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1993. http://unifest.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2_01.htm acessado em 30 de Abril de 2010
- Chiavenato, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 15ª Tiragem. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- Chiavenato, I. **Recursos Humanos**. 6ª Edição. São Paulo: Atlas, 2000.
- Chiavenato, I. **Recursos Humanos: o capital humano das organizações**. 8ª edição. São Paulo: Atlas, 2006.
- Costa, M. T. (2005). **Influência de variáveis sócio-demográficas sobre a percepção de factores de stress ocupacional: Um estudo na população de trabalhadores administrativos e operários da Fasol, Lda**. (Monografia de Licenciatura). Maputo: ISPU.
- Decety, J. e Baston, D. **Questões Especiais da neurociência social**. (<http://www.socialpsychologyarena.com/interpersonal-sensitivity-entering.others-worlds-9781841698380>), acessado em 30/04/2010.

De Mesmaeker, C. <http://www.manualmerck.net/?id=960>, acessado em 30/04/2010

Derogatis, L.R. **SCL-90-R, Questionário de 90 Sintomas**. Manual de Adaptação Espanhola por J.L.González de Rivera y Cols. Publicações de Psicologia Aplicada. TEA Ediciones, S.A. Madrid, 2002. Tradução de Maria João Correia. Laboratório de Psicologia da Universidade Politécnica. Maputo – Moçambique, 2008.

Do Rio, R.P. **O Fascínio do Stress – Vencendo Desafios num Mundo em Transformação**. Rio de Janeiro: Qualitymark/Dunya Ed., 1998.

Estatuto Orgânico da PRM, aprovado pelo Decreto nº 27/99 de 24 de Maio.

Fernandes, E.C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. São Paulo: Salvador, BA, 1996.

França, A.C.L. **Qualidade de Vida no Trabalho: Conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós industrial**. São Paulo. Atlas, 2003.

Garrido, P.I; Informação dada pelo ex-Ministro da Saúde através da TVM em 2010.

Gil, A.C. (1996). **Como Elaborar Projectos de Pesquisa** (3a ed.). São Paulo:Atlas.

Gleitman, H.; Fridlund, A.J. & Reisberg, D.; **Psicologia**. 6ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian/Lisboa, 2003.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_obsessivo-compulsivo, acessado em 30/04/2010

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Ansiedade> 30 de Abril de 2010

http://pt.wikipedia.org/wiki/Depress%C3%A3o_nervosa, acessado em 5 de Maio de 2010

http://virtualpsy.locaweb.com.br/cid_janela.php?cod=11, acessado em 5 de Maio de 2010

Lacomblez, M. & Colaboradores. **Ergonomia e Antropometria**. Lisboa: Universidade Aberta, 1996.

- Lipp, M. E. & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica.*, 15(3), 537-548, 2002. <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a08v15n3.pdf>, acessado em 20 de Fevereiro de 2010.
- Lucas, M. (www.performingwell.com/2008/04/19/promoção-da-saude-no-local-de-trabalho-2/). Acessado em 20 de Fevereiro de 2010
- Marconi, M.A.A & Lakatos, E. M. **Técnicas de Pesquisa** (5a ed.). São Paulo: Atlas, 2002.
- Marques, A. & Paiva, K. (1999). **Publico x Privado: Qualidade de vida, Stress e situação de trabalho de Professores de Instituições de Ensino Superior** (Dissertação de Mestrado), 1999. <http://www.alast.org/PDF/Walter/Tec-Marques-MartinsDePaiva.PDF>, acessado em 25 de Março de 2010.
- Moraes, L.; Pereira, L.; Sousa, K. & Gusmão, L. **Implicações do Gênero na Qualidade de Vida e Estresse no Trabalho da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais** (Dissertação de Mestrado). <http://www.ufop.br/ichs/conifes/anais/OGT/ogt1401.htm>, acessado em 25 de Março de 2010.
- Motter, A. A. (2001). **Qualidade Vida dos Médicos Militares do Hospital Geral de Curitiba** (Dissertação de Mestrado). Florioanópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001. <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/5383.pdf>, acessado em 25/03/2010.
- Pereira, A. (2008). **Guia Prático de Utilização do SPSS – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia**. Edições Sílabo, Lda. 7ª Edição, Lisboa, 2008.
- Pestana, E, & Páscoa, A. Dicionário Breve de Psicologia. 2ª edição, Lisboa, Fevereiro, 2002.
- Porter, M.E.; **Vantagem Competitiva – Criando e Sustentando um desempenho Superior**. 31ª Reimpressão, Editora Campus. Rio de Janeiro: Elsevier, 1989.
- Raimundo, M. **Profissionais de Instituições Bancárias da Cidade de Maputo mais vulneráveis ao stress?** (Monografia de Licenciatura). Maputo: ISPU, 2006.

- Reis, A. **Stress no trabalho**. O Portal do Distrito. Setúbal, 08-11-2007.
<http://www.setubalnarede.pt/content/index.php?action=articlesDetailFo&rec=9744>
acessado em 25 de Março de 2010.
- Rodrigues, M.V.C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- Serra, A. F. **Factores que contribuem para elevar o stress nos Estudantes do ISPU em Maputo: Agentes stressantes e Características Individuais** (Monografia de Licenciatura). Maputo: ISPU, 2002.
- Silva, M. A. & De Marchi, R. **Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.
- Tessari, O. I. (Agosto/2007). Entrevista com Dra. Olga Inês Tessari, publicada na Revista Ciclo (São Rafael Previdência) em Agosto/2007.
<http://ajudaemocional.tripod.com/id344.html>, acessado em 30/04/2010.
- Torres, M. I. **Factores de Stress dos Enfermeiros no Atendimento dos Seropositivos** (Monografia de Licenciatura). Maputo: ISPU, 2006.

ANEXO 1

Exmo Senhor
Comandante da Polícia da República de Moçambique da Cidade de Maputo

MAPUTO

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Abílio José Mapilele, Adjunto de Comissário da Polícia em serviço na UTIPE, vem mui respeitosamente rogar a V. Excia se digne autorizar-lhe que realize uma pesquisa para “o trabalho do final do curso” em algumas Esquadras da PRM da Cidade de Maputo, cujo tema é: **“Stress no Local de Trabalho em Profissionais da Segurança e Ordem Pública - (membros da PRM)”**. Segundo Emmanuel Pestana e Ana Páscoa (2002), stress é o estado emocional desagradável resultante de uma situação de perigo iminente que ameaça o organismo e os seus mecanismos homeostáticos. Os instrumentos de avaliação do stress no Local de Trabalho a serem usados, fazem uma combinação de factores que podem influenciar positiva ou negativamente o estado emocional da pessoa, tais como: Requisitos de Trabalho, Autoridade decisória, Discriminação de tarefas, Condições do Emprego e Apoio dos Chefes e Colegas. O estudante escolheu a Instituição que V.Excia dirige por forma a contribuir directa ou indirectamente no conhecimento e melhoramento do estado de saúde no local de trabalho. Ciente da decisão ponderada de V.Excia, antecipa os agradecimentos, pelo que; Espera deferimento.

Maputo, aos 12 de Abril de 2010
O solicitante

Abílio José Mapilele

C/c: Senhor Cdte Geral da PRM
Directores do Pessoal e Formação do Comando Geral e do Cdo da PRM da Cidade de Maputo
Anexo: Questionário de Stress no Local de Trabalho

ANEXO 2

CREDENCIAL Nº 463/02-04/DPF-CM/2010



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DO INTERIOR
COMANDO DA PRM-CIDADE DE MAPUTO
DIRECÇÃO DE PESSOAL E FORMAÇÃO

Nº Ref. Nº 463/02-04/DPF-CM/2010

DATA: 26.04.2010

ASSUNTO: CREDENCIAL

*Está devidamente credenciado o Sr. **Abílio José Mapilele**, Adjunto de Comissário da Polícia, em serviço na UTIPE, afim de realizar o trabalho de pesquisa do final do Curso, nos seguintes locais: 1ª, 2ª, 14ª e 18ª Esquadras da PRM-Cidade de Maputo, cujo o tema é "Stress no Local de Trabalho em Profissionais da Segurança e Ordem Pública-(membros da PRM)" durante (4) quatro dias.*

Cordiais Saudações.

Na ausência do Director de Pessoal e Formação
O CHEFE DO DPTº ADM/GEST. DE PESSOAL

Felício João Werinda
(Subinspector da Polícia)



2/10/10

ANEXO 3

Exmo Senhor
Comandante da Polícia da República de Moçambique da Cidade de Maputo
MAPUTO

ASSUNTO: INFORMAÇÃO SOBRE A ALTERAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Abílio José Mapilele, Adjunto do Comissário da Polícia, em serviço na UTIPE, vem por este meio informar a V.Excia o seguinte:

- No trabalho de pesquisa sobre o **“Stress no local de trabalho em Profissionais da Segurança e Ordem Pública – (membros da PRM)”**, havia programado o uso do **“Questionário de Stress no Local de Trabalho”**, o tutor sugeriu a alteração do instrumento de recolha de dados para passar a fazer-se através do **“Questionário de 90 Sintomas”** cuja designação é **“SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised.”**, em anexo.
- Esta mudança do instrumento da recolha de dados implica a alteração substancial do tema, passando a designar-se por **“Impacto Psicológico do Local de Trabalho em Profissionais de Segurança e Ordem Pública – (membros da PRM)”**.

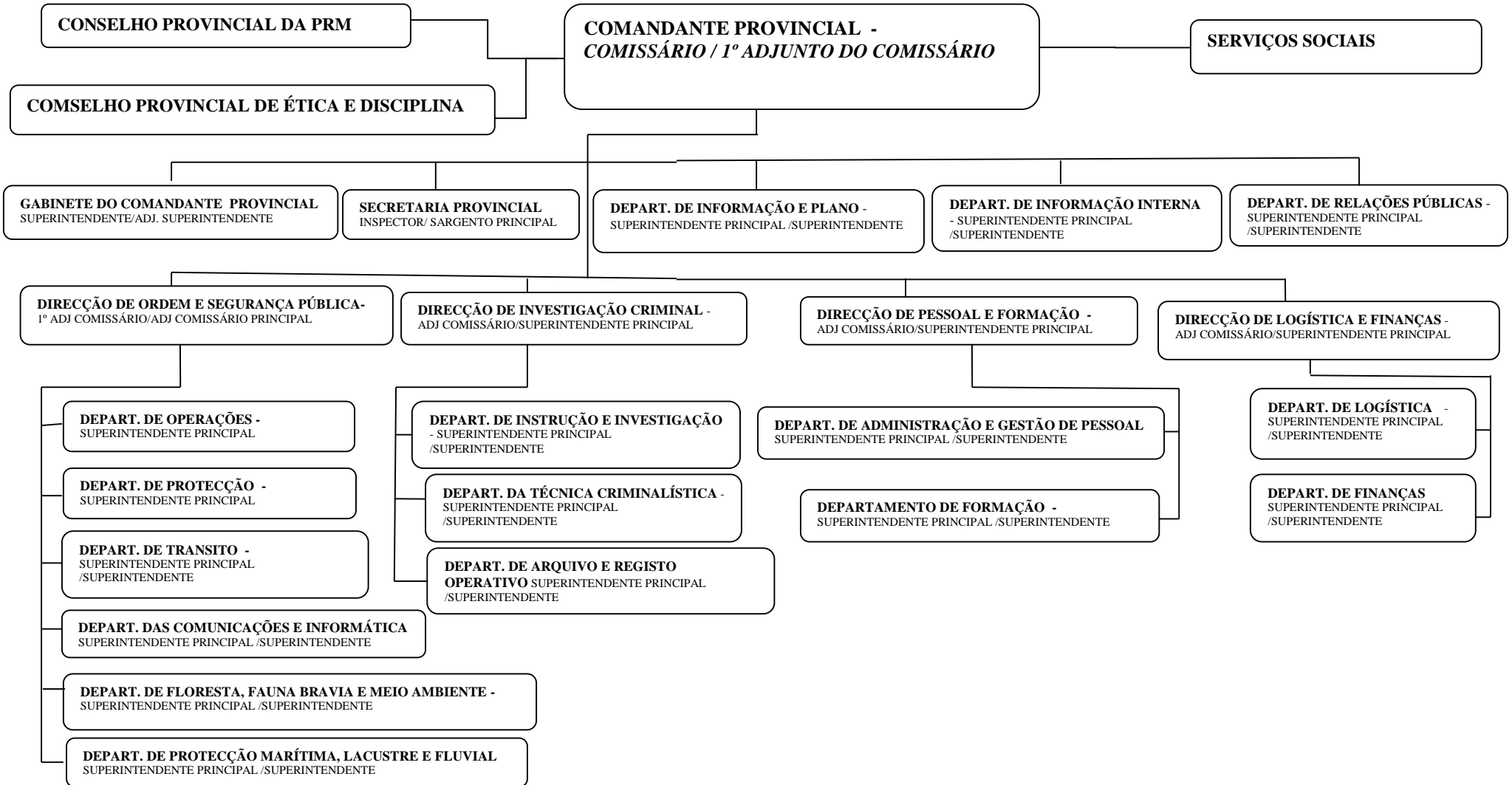
O instrumento de avaliação em alusão, faz uma apreciação de nove dimensões sintomáticas de psicopatologia e três índices globais de mal-estar, nomeadamente: Somatização, Obsessão-compulsiva, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide e Psicoticismo.

O objectivo do trabalho reside na identificação de patologias que possam afectar o desempenho dos membros da PRM em cumprimento de missões e sugerir medidas para o seu melhoramento.

Maputo, 29 de Abril de 2010
O Solicitante

C/c: Direcção do Pessoal do Comando Geral e do Comando da PRM-Cidade de Maputo
Anexo: Questionário SCL-90-R e Folha de Respostas

ORGANOGRAMA DO COMANDO DA PRM – CIDADE - 3



SCL-90-R

Questionário de 90 sintomas

O presente questionário faz parte da sua história clínica e está sujeito a estrito sigilo

INSTRUÇÕES

Leia atentamente a lista que apresentamos nas seguintes páginas. São problemas e incômodos que quase todas as pessoas sofrem alguma vez. Pense se a si lhe aconteceram nas últimas semanas, incluindo hoje.

Na sua Folha de Respostas rodeie com um círculo o zero (0) se não teve esse incômodo; o um (1) se esteve um pouco presente; o dois (2) se esteve moderadamente; o três (3) se esteve bastante e o quatro (4) se esteve muito ou extremamente.

1	Dores de cabeça
2	Nervosismo ou agitação interior
3	Pensamentos, palavras ou ideias não desejadas que não saem da sua mente
4	Sensações de desmaio ou enjoo
5	Perda de desejo ou de prazer sexual
6	Ver as outras pessoas de maneira negativa, encontrar sempre falhas
7	A ideia de que outra pessoa possa controlar os seus pensamentos
8	A impressão de que a maioria dos seus problemas são culpa dos outros
9	A dificuldade para recordar as coisas
10	Preocupação acerca da falta de asseio, descuido ou desorganização
11	Sentir-se facilmente incomodado, irritado ou zangado
12	Dores no coração ou no peito
13	Sentir medo dos espaços abertos ou na rua
14	Sentir-se com falta de energia ou em baixo
15	Pensamentos suicidas, ou ideias de acabar com a sua vida
16	Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem
17	Tremores
18	A ideia de que não se pode confiar nas outras pessoas
19	Falta de apetite
20	Chorar facilmente
21	Timidez ou desconforto perante o sexo oposto
22	Sensação de estar preso ou encerrado
23	Ter medo de repente e sem razão
24	Acessos de cólera ou ataques de fúria que não consegue controlar
25	Medo de sair de casa sozinho
26	Culpar-se a si mesmo de tudo o que acontece
27	Dores na parte de baixo das costas
28	Sentir-se incapaz de fazer as coisas ou terminar as tarefas
29	Sentir-se sozinho
30	Sentir-se triste
31	Preocupar-se demasiado com tudo
32	Não sentir interesse por nada
33	Sentir-se receoso
34	Ser demasiado sensível ou sentir-se magoado com facilidade
35	A impressão de que os outros se dão conta do que está a pensar
36	A sensação de que os outros não o compreendem ou não lhe dão importância
37	A impressão de que as outras pessoas são pouco amigáveis ou que não gostam de si
38	Ter que fazer as coisas muito devagar para ter a certeza de que as faz bem
39	Que o seu coração palpita ou bata muito depressa
40	Náuseas ou mal-estar no estômago
41	Sentir-se inferior aos outros
42	Dores musculares
43	Sensação de que as outras pessoas olham para si ou falam de si
44	Dificuldade para conciliar o sono
45	Ter que verificar uma e outra vez tudo o que faz

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

46	Dificuldade para tomar decisões
47	Sentir medo de viajar de carro, autocarro, chapa ou comboio
48	Falta de ar ou dificuldade para respirar
49	Calafrios, sentir calor ou frio de repente
50	Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades porque lhe metem medo
51	Ficar com a mente em branco
52	Entorpecimento ou formigueiro em alguma parte do corpo
53	Sentir um nó na garganta
54	Sentir-se sem esperança em relação ao futuro
55	Ter dificuldades para concentrar-se
56	Sentir-se fraco em alguma parte do corpo
57	Sentir-se tenso ou com os nervos à flor da pele
58	Sentir os braços ou as pernas pesadas
59	Ideias sobre a morte ou sobre morrer
60	Comer demasiado
61	Sentir-se incomodado quando as pessoas olham para si ou falam de si
62	Ter pensamentos que não são seus
63	Sentir o impulso de bater, brigar ou fazer mal a alguém
64	Acordar de madrugada
65	Impulsos de ter que fazer as coisas de maneira repetida (tocar algo, lavar-se...)
66	Sono inquieto ou perturbado...
67	Ter vontade de partir ou atirar com as coisas
68	Ter ideias ou crenças não partilhadas pelos outros
69	Sentir-se muito coibido ou envergonhado entre outras pessoas
70	Sentir-se incomodado entre muita gente, por exemplo, no cinema, nas lojas, etc
71	Sentir que tudo exige um grande esforço
72	Ataques de terror ou pânico
73	Sentir-se incomodado quando come ou bebe em público
74	Ter discussões frequentes
75	Sentir-se nervoso quando fica sozinho
76	Que os outros não reconheçam adequadamente os seus méritos
77	Sentir-se sozinho ainda que esteja com mais pessoas
78	Sentir-se tão inquieto que não consegue estar sentado tranquilamente
79	A sensação de ser inútil ou não valer nada
80	Pressentimentos de que vai acontecer algo de mau
81	Gritar ou atirar coisas
82	Ter medo de desmaiar em público
83	A impressão de que as pessoas tentariam aproveitar-se de si, se o permitisse
84	Ter pensamentos sobre sexo que o inquietam bastante
85	A ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou pelos seus erros
86	Pensamentos ou imagens assustadoras ou que metem medo
87	A ideia de que algo grave está mal no seu corpo
88	Sentir-se sempre distante, sem sensação de intimidade com nada
89	Sentimentos de culpa
90	A ideia de que alguma coisa anda mal na sua mente

FIM DA PROVA. VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS.

ANEXO 6

SCL-90-R *Symptom Checklist-90-R*

Folha de Respostas

Nome: _____ Sexo: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Entrevistador: _____ Data: ___/___/___

ATÉ QUE PONTO SE SENTIU INCOMODADO PELO SINTOMA

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito ou extremamente
0	1	2	3	4

RODEIE COM UM CÍRCULO A ALTERNATIVA QUE ESCOLHEU

Item	Resposta
1	0 1 2 3 4
2	0 1 2 3 4
3	0 1 2 3 4
4	0 1 2 3 4
5	0 1 2 3 4
6	0 1 2 3 4
7	0 1 2 3 4
8	0 1 2 3 4
9	0 1 2 3 4
10	0 1 2 3 4
11	0 1 2 3 4
12	0 1 2 3 4
13	0 1 2 3 4
14	0 1 2 3 4
15	0 1 2 3 4
16	0 1 2 3 4
17	0 1 2 3 4
18	0 1 2 3 4
19	0 1 2 3 4
20	0 1 2 3 4
21	0 1 2 3 4
22	0 1 2 3 4
23	0 1 2 3 4
24	0 1 2 3 4
25	0 1 2 3 4
26	0 1 2 3 4
27	0 1 2 3 4
28	0 1 2 3 4
29	0 1 2 3 4
30	0 1 2 3 4

Item	Resposta
31	0 1 2 3 4
32	0 1 2 3 4
33	0 1 2 3 4
34	0 1 2 3 4
35	0 1 2 3 4
36	0 1 2 3 4
37	0 1 2 3 4
38	0 1 2 3 4
39	0 1 2 3 4
40	0 1 2 3 4
41	0 1 2 3 4
42	0 1 2 3 4
43	0 1 2 3 4
44	0 1 2 3 4
45	0 1 2 3 4
46	0 1 2 3 4
47	0 1 2 3 4
48	0 1 2 3 4
49	0 1 2 3 4
50	0 1 2 3 4
51	0 1 2 3 4
52	0 1 2 3 4
53	0 1 2 3 4
54	0 1 2 3 4
55	0 1 2 3 4
56	0 1 2 3 4
57	0 1 2 3 4
58	0 1 2 3 4
59	0 1 2 3 4
60	0 1 2 3 4

Item	Resposta
61	0 1 2 3 4
62	0 1 2 3 4
63	0 1 2 3 4
64	0 1 2 3 4
65	0 1 2 3 4
66	0 1 2 3 4
67	0 1 2 3 4
68	0 1 2 3 4
69	0 1 2 3 4
70	0 1 2 3 4
71	0 1 2 3 4
72	0 1 2 3 4
73	0 1 2 3 4
74	0 1 2 3 4
75	0 1 2 3 4
76	0 1 2 3 4
77	0 1 2 3 4
78	0 1 2 3 4
79	0 1 2 3 4
80	0 1 2 3 4
81	0 1 2 3 4
82	0 1 2 3 4
83	0 1 2 3 4
84	0 1 2 3 4
85	0 1 2 3 4
86	0 1 2 3 4
87	0 1 2 3 4
88	0 1 2 3 4
89	0 1 2 3 4
90	0 1 2 3 4

ANEXO 7

FOLHA DE COTAÇÃO

Somatização		Obsessão-compulsão.		Sensibilidade interpessoal		Depressão		Ansiedade		Hostilidade	
Item	Score	item	Score	Item	score	Item	Score	item	score	item	score
1		3		6		5		2		11	
4		9		21		14		17		24	
12		10		34		15		23		63	
27		28		36		20		33		67	
40		38		37		22		39		74	
42		45		41		26		57		81	
48		46		61		29		72			
49		51		69		30		78			
52		55		73		31		80			
53		65				32		86			
56						54					
58						71					
						79					
Total=		Total=		Total=		Total=		Total=		Total=	
/12=		/10=		/9=		/13=		/10=		/6=	
	PD		PD		PD		PD		PD		PD

Ansiedade fóbica		Ideação paranóide		Psicoticismo		Escalas adicionais			GSI índice sintomático geral	
Item	score	Item	Score	item	score	Item		score	factor	total
13		8		7		19	Apetite -		Soma	
25		18		16		60	Apetite +		Ob. com	
47		43		35		44	sip.dist PM		Int sn	
50		68		62		64	sip.dist AM		Depr	
70		76		77		66	Sip Restis		Ansied	
75		83		84		59	Pens. morte		Hostili	
82				85		89	Culpa		Fób	
				87					Id. Para	
				88					Psicot	
				90					Adicio	
total=		total=		total=			total=		Total =	
/7=		/6=		/10=			/7=		/90=	
	PD		PD		PD			PD		PD

PST (total de respostas positivas): conta-se todas as respostas positivas _____

PSDI (indicador da intensidade sintomática média) = $GSI \times 90 / PST$ _____

ANEXO 8

PERFIL

- Passe as pontuações directas (PD) da folha de cotação para a linha PD na tabela.
- Consulte as normas que decidiu empregar e trace as linhas do perfil.

Norma utilizada:

PD													PD
PC	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI	T
99													75
97													70
95													67
90													63
85													60
80													58
75													57
70													55
65													54
60													53
55													51
50													50
45													49
40													47
35													46
30													45
25													43
20													42
15													40
10													37
5													34
PC	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI	T

ANEXO 9

MOÇAMBIQUE

Homens da população geral (N=528)

Pc	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI	T
99	2,50	2,60	2,69	2,61	2,37	2,62	1,96	2,83	2,64	2,49	84,73	2,79	75
97	1,84	2,30	2,30	2,00	1,90	1,83	1,46	2,52	2,10	1,84	79,00	2,50	70
95	1,59	2,10	2,11	1,77	1,70	1,66	1,41	2,33	1,70	1,64	74,00	2,34	67
90	1,33	1,82	1,77	1,47	1,40	1,17	1,00	2,00	1,40	1,35	66,00	2,16	63
85	1,15	1,60	1,55	1,31	1,20	1,00	0,86	1,66	1,20	1,14	62,00	1,98	60
80	1,00	1,40	1,33	1,15	1,00	0,83	0,84	1,50	1,00	1,04	58,00	1,80	58
75	0,91	1,30	1,22	1,10	0,90	0,67	0,71	1,33	0,90	0,92	55,00	1,71	57
70	0,83	1,20	1,10	1,00	0,80	0,66	0,57	1,17	0,80	0,86	52,00	1,65	55
65	0,71	1,10	1,00	0,85	0,70	0,50	0,50	1,16	0,70	0,78	48,55	1,56	54
60	0,65	1,00	0,88	0,85	0,70	0,50	0,42	1,00	0,60	0,72	46,00	1,50	53
55	0,58	1,00	0,77	0,77	0,60	0,50	0,29	1,00	0,60	0,65	43,00	1,45	51
50	0,50	0,90	0,77	0,69	0,50	0,33	0,28	0,83	0,50	0,60	40,50	1,39	50
45	0,50	0,80	0,66	0,62	0,50	0,33	0,26	0,83	0,40	0,54	37,00	1,34	49
40	0,41	0,80	0,55	0,54	0,40	0,30	0,14	0,66	0,40	0,50	35,00	1,27	47
35	0,33	0,70	0,44	0,46	0,40	0,16	0,14	0,66	0,30	0,43	33,00	1,22	46
30	0,33	0,60	0,44	0,46	0,30	0,16	0,14	0,50	0,30	0,37	30,00	1,13	45
25	0,25	0,60	0,33	0,38	0,30	0,16	0,00	0,50	0,20	0,32	27,00	1,04	43
20	0,23	0,50	0,29	0,38	0,20	0,13	0,00	0,33	0,19	0,26	24,40	1,00	42
15	0,16	0,40	0,22	0,31	0,20	0,00	0,00	0,30	0,10	0,19	20,00	0,99	40
10	0,08	0,30	0,11	0,23	0,10	0,00	0,00	0,16	0,00	0,12	16,00	0,54	37
5	0,03	0,15	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	11,00	0,15	34
Média	0,64	0,99	0,83	0,78	0,65	0,52	0,42	0,96	0,63	0,68	41,18	1,39	Média
DP	0,51	0,58	0,63	0,53	0,51	0,56	0,46	0,69	0,62	0,50	18,82	0,60	DP

ANEXO 10

MOÇAMBIQUE

Mulheres da população geral (N=702)

Pc	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	GSI	PST	PSDI	T
99	2,66	2,90	3,32	2,84	2,60	2,50	2,41	2,83	2,50	2,37	84	3,10	75
97	2,25	2,60	2,76	2,46	2,00	2,00	1,83	2,59	2,10	2,00	77	2,72	70
95	2,00	2,40	2,44	2,23	1,90	1,83	1,69	2,50	1,80	1,83	74	2,55	67
90	1,59	1,90	2,00	1,85	1,60	1,50	1,20	2,10	1,40	1,53	68	2,30	63
85	1,41	1,66	1,66	1,62	1,40	1,16	1,00	1,66	1,10	1,34	65	2,12	60
80	1,25	1,60	1,44	1,46	1,20	1,00	0,85	1,50	1,00	1,18	61	1,98	58
75	1,10	1,50	1,32	1,31	1,00	0,83	0,71	1,33	0,90	1,04	57	1,88	57
70	1,00	1,30	1,11	1,16	0,90	0,81	0,71	1,16	0,70	0,96	54	1,77	55
65	0,91	1,20	1,00	1,08	0,90	0,66	0,57	1,00	0,60	0,88	50	1,70	54
60	0,83	1,10	1,00	1,00	0,80	0,50	0,57	1,00	0,60	0,80	48	1,62	53
55	0,75	1,00	0,88	0,92	0,70	0,50	0,42	0,83	0,50	0,74	46	1,55	51
50	0,67	1,00	0,77	0,81	0,60	0,50	0,29	0,83	0,40	0,67	43	1,49	50
45	0,66	0,90	0,66	0,69	0,60	0,33	0,28	0,66	0,40	0,58	40	1,41	49
40	0,58	0,80	0,59	0,59	0,50	0,33	0,28	0,66	0,30	0,54	38	1,32	47
35	0,50	0,70	0,55	0,55	0,50	0,30	0,14	0,50	0,30	0,48	34	1,27	46
30	0,41	0,70	0,44	0,54	0,40	0,16	0,14	0,50	0,20	0,42	32	1,20	45
25	0,33	0,60	0,33	0,46	0,30	0,16	0,10	0,50	0,20	0,37	29	1,14	43
20	0,33	0,50	0,33	0,38	0,20	0,16	0,00	0,33	0,10	0,32	26	1,00	42
15	0,25	0,40	0,22	0,31	0,20	0,00	0,00	0,33	0,10	0,23	22	0,99	40
10	0,16	0,30	0,11	0,23	0,10	0,00	0,00	0,16	0,00	0,12	17	0,83	37
5	0,10	0,23	0,00	0,15	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	13	0,17	34
Média	0,81	1,08	0,93	0,94	0,76	0,58	0,50	0,95	0,60	0,77	43,00	1,50	Média
DP	0,59	0,65	0,74	0,64	0,58	0,63	0,54	0,71	0,58	0,54	19,00	0,64	DP

ANEXO 11

Tabela geral de casos - Pontuação Directa e respectivos percentis

caso	S	SOM		OBS		INT		DEP		ANS		HOS		FOB		PAR		PSI		GSI		PST		PSDI	
		PD	pc	PD	pc	PD	pc	PD	pc	PD	pc	PD	pc	PD	pc	PD	pc	PD	pc	PD	pc	PD	pc	PD	pc
01	M	0	5	0,77	40	1,0	65	0,62	45	0,10	10	0	5	0,14	35	1,33	75	0,50	50	0,44	35	27	25	1,47	55
02	M	0,75	65	0,7	35	0,33	25	0,15	5	0,3	25	0,17	35	0,14	35	0	5	0,4	40	0,33	25	25	20	1,19	35
03	M	1,75	97	2,3	97	3,44	99	2,0	97	2,5	99	0,67	75	1,43	95	3,0	99	2,8	99	2,23	99	72	95	2,79	99
04	M	0,33	30	0,3	10	0,44	35	0,31	15	0,50	45	0,83	80	0	5	2,0	90	0,3	30	0,52	45	31	30	1,51	60
05	M	0,42	40	0,9	50	1,0	65	0,46	30	0,8	70	0,5	55	0	5	1,67	85	0,6	55	0,66	55	36	40	1,65	70
06	F	0,67	50	2,1	90	1,78	85	1,46	80	1,7	90	2,8	99	1,29	90	2,83	99	1,8	95	1,7	75	57	75	2,68	97
07	M	0,67	70	1,6	85	2,11	95	0,85	65	1,4	90	1,0	85	1,57	97	1,5	80	1,3	85	1,26	90	56	55	2,03	90
08*	M	0,33	35	0,3	10	0,44	35	0,31	15	0,5	45	0,83	80	0	5	2,0	90	0,3	30	0,52	45	31	30	1,51	60
09	F	0,33	25	0,3	10	0,25	15	0	5	0,2	15	0	5	0	5	0,17	10	0	5	0,14	10	8	5	1,58	55
10	M	0	5	0,11	5	0,33	25	0,38	25	0,1	10	0	5	0,43	60	0,4	20	0,22	25	0,21	15	14	10	1,35	45
11	M	1,58	95	1,4	80	1,56	85	1,31	85	1,8	95	1,17	90	1,43	95	1,67	85	1,4	90	1,49	90	89	99	1,51	60
12	M	1,75	97	1,7	85	0,44	35	0,69	50	0,6	55	0,17	37	0,29	55	0,5	25	0,3	30	0,81	65	46	60	1,58	65
13	M	0,58	55	0,67	35	0,67	45	0,58	40	0,6	55	0	5	0,17	40	0,67	40	0,6	55	0,53	45	46	60	1,04	25
14	M	0,42	40	0,11	5	0,44	35	0,46	35	0,5	45	0,4	50	0,71	75	0,83	50	0,4	40	0,48	40	33	35	1,31	45
15	M	1,5	95	1,9	90	1,22	75	1,08	70	1,1	80	1,17	90	1,29	95	1,67	85	1,5	90	1,3	90	82	99	1,43	55
16	M	0,5	45	0,5	20	0,44	35	0,15	5	0,3	25	0,33	45	0,29	55	0,17	10	0,1	15	0,3	25	24	20	1,13	30
17	F	0,92	75	1,6	85	0,67	45	0,85	60	0,9	75	0,17	35	0,57	70	0,83	50	0,11	15	0,79	65	42	55	1,69	75
18	M	1,83	97	1,1	65	1,0	65	0,92	70	0,9	75	0,17	35	0,86	85	1,0	55	0,6	55	1,09	80	52	70	1,89	80
19	M	0,5	45	0,4	15	0,44	30	0,31	15	0,5	45	0,17	35	0,14	35	0,83	45	0,2	25	0,37	30	30	30	1,11	30
20	M	2,0	97	1,5	80	1,89	90	1,85	95	1,7	95	1,5	95	1,71	97	1,83	85	0,9	75	1,66	95	79	97	1,89	80
21	M	0,67	60	1,2	70	0,33	25	0,54	40	0,9	75	0,33	50	0,57	70	2,0	90	1,0	80	0,77	65	38	45	1,82	80
22	M	0,67	60	1,2	70	0,33	25	1,31	85	0,8	70	0,17	35	0,57	70	1,8	85	2,1	97	0,97	75	39	45	2,24	95
23	M	0	5	0,67	35	0,11	10	0,33	15	0,1	10	0,17	35	0,86	85	1,33	75	0,56	50	0,39	30	20	15	1,76	75
24	M	0,08	10	0,3	10	1,0	65	0,62	45	0,2	15	0	5	0,14	35	0,67	40	0,2	25	0,38	30	27	25	1,27	40
25	M	0,42	40	1,1	65	0,11	10	0,46	30	0,1	10	0	5	0	5	1,0	55	0,4	40	0,42	35	29	30	1,30	40
26	M	0,42	40	1,0	55	1,63	85	1,0	70	0,5	50	1,5	95	0,71	75	1,67	85	1,11	80	0,97	75	50	65	1,74	75
27	M	0,25	25	0,9	50	0,44	35	0,23	10	0,1	10	0	5	0,14	35	0,67	40	0,1	15	0,33	25	21	15	1,41	50
28	M	0,41	40	1,13	65	0,44	35	0,38	25	0,4	35	0	5	0,43	60	1,0	55	0,3	30	0,44	35	26	25	1,52	60
29	M	0,83	70	1,11	65	0,56	40	0,62	45	0,5	45	0,17	35	0,57	70	1,0	60	0,5	50	0,67	55	36	45	1,68	70
30	M	0,33	30	1,44	80	1,0	65	0,46	30	0,7	60	0,33	45	0,71	75	0,83	45	1,1	80	0,79	65	47	60	1,51	60
31	M	1,25	90	1,0	60	1,11	70	0,54	40	0,4	35	0,5	55	0,57	70	1,33	75	0,8	70	0,9	75	46	60	1,76	80
32	M	1,83	97	2,0	90	1,11	70	1,31	85	1,8	95	0,83	80	1,57	97	2,17	90	0,6	55	1,47	90	66	90	2,00	80

33	F	0,33	25	0,8	40	0,78	50	0,46	25	0,5	35	0	5	0,14	30	0,83	50	0,4	45	0,49	35	35	35	1,26	35
34	M	2,33	97	2,0	95	0,56	40	1,0	70	1,6	95	0,33	50	0,29	55	1,67	85	0,9	75	1,22	85	54	75	2,03	85
35	F	1,08	75	0,4	15	0,67	45	0,15	5	0,4	30	0,17	20	0	5	0,17	10	0,1	15	0,38	25	20	15	1,71	65
36	M	0,5	45	0,67	35	0,11	10	0,15	5	0,11	10	0	5	0,43	50	0,4	60	0,11	15	0,27	20	20	15	1,22	35
37	M	0,17	15	0,4	15	0,56	40	0,23	10	0,3	25	0	5	0,14	40	0,83	50	0,4	40	0,33	25	30	30	0,99	15
38	F	1,18	75	2,0	90	1,78	90	0,83	50	1,0	75	1,0	80	1,8	97	0,6	40	1,0	80	0,93	70	38	40	2,20	85
39	M	0,33	35	0,2	5	0,44	35	0,23	10	0,1	10	0,17	35	0,43	40	0,5	25	0,2	25	0,3	25	24	20	1,13	30
40	F	0,08	5	0,33	10	0,57	35	0,54	30	0,1	10	0	5	0,43	30	0,33	20	0,2	25	0,27	20	19	15	1,28	40
41	M	0,58	55	0,2	5	0,22	15	0,08	5	0,4	35	0,17	30	0,14	35	0,33	20	0,4	40	0,27	20	24	20	1,01	20
42	M	1,33	90	1,2	70	0,89	60	0,46	30	0,8	70	0,33	45	0,71	75	1,67	85	0,8	70	0,92	75	35	40	2,37	95
43	M	1,17	85	1,3	75	1,0	65	1,18	80	1,2	85	1,17	90	1,14	90	1,33	75	1,1	80	1,13	85	87	99	1,17	35
44	F	0,82	60	1,2	65	0,33	25	1,23	70	0,5	35	0	5	0,57	60	0,17	70	0,1	15	0,61	45	39	45	1,41	45
45	M	0,42	40	0,5	20	0,11	5	0,31	15	0,4	35	0	5	0,14	30	0,5	25	0	5	0,31	25	23	20	1,21	35
46	F	1,5	85	0,9	54	0,44	30	2,08	90	0,7	55	0,33	40	0,43	55	1,17	70	0,7	70	0,99	70	56	75	1,59	60
47	F	1,0	70	0,32	10	0,63	45	0,23	10	0,11	10	0,33	45	0	5	0,5	25	0,11	20	0,31	20	19	10	1,47	50
48	M	0,83	70	0,4	15	0,38	25	0,46	30	0,5	45	0,33	45	0,14	35	1,0	55	0,22	25	0,5	40	24	20	1,88	80
49	M	0,33	35	0,6	25	0,55	40	0,54	40	0,3	25	0,17	30	0,43	60	0,67	40	0,4	40	0,46	35	32	35	1,29	40
50	M	1,75	95	1,4	80	1,56	85	2,38	99	2,1	97	1,0	85	1,57	70	1,83	90	1,2	85	1,76	97	61	85	2,59	97
51	F	0,42	30	0,2	5	0,11	10	0,23	10	0,2	15	0,5	50	0	5	0,5	30	0	5	0,29	20	17	10	1,54	55
52	M	0,33	30	0,22	10	0,38	25	0,08	5	0,3	25	0,33	45	0	5	0,33	20	0,2	25	0,23	20	18	15	1,15	30
53	M	0,08	10	0,4	15	0,11	10	0,08	5	0,1	10	0	5	0,17	40	0,17	10	0,2	25	0,16	15	14	10	1,03	25
54	M	0,33	30	0,3	10	0,55	40	0,46	35	0,55	50	0,17	30	0,14	35	0,5	30	0,4	40	0,33	25	35	40	0,85	15
55	F	0,17	10	0,4	15	0,11	10	0,23	10	0,4	30	0,33	40	0,43	55	1,17	70	0,2	25	0,32	30	26	20	1,11	25
56	F	1,58	90	0,7	30	1,0	60	0,92	55	0,9	65	0,17	20	0,71	70	2,0	90	0,77	70	0,93	70	54	70	1,55	55
57	M	1,33	90	1,33	75	1,44	85	1,23	80	1,5	90	1,0	85	1,0	90	2,0	90	0,5	50	1,04	80	53	70	1,77	80
58	M	0,25	25	0,4	15	0,44	35	0,46	30	0,3	25	0,17	35	0	5	0,5	25	0,5	50	0,37	30	25	20	1,33	45
59	M	0,25	25	0,9	50	1,0	65	0,31	15	0	5	0	5	0	5	0,17	10	0,5	50	0,34	30	18	10	1,70	75
60	M	0,58	55	0,7	35	0	5	0,15	10	0,5	45	0,17	35	0	5	0,83	45	0,30	30	0,37	30	28	25	1,19	35
61	M	0,58	55	0	5	0	5	0,15	10	0,4	35	0,17	35	0,14	35	0,17	10	0,55	45	0,26	20	22	15	1,06	25
62	M	1,25	85	1,1	65	1,11	70	0,92	70	1,1	80	0,5	55	0,86	85	1,0	55	0,5	50	0,98	80	58	80	1,52	60
63	M	1,67	95	2,3	97	1,8	90	1,0	70	1,9	97	1,83	97	1,71	97	1,33	75	1,7	95	1,77	95	46	60	3,46	99
64	M	0,91	75	1,56	85	0,86	60	1,17	80	1,56	95	1,33	90	1,33	95	1,5	80	0,33	35	1,1	85	42	55	2,36	95
65	M	0,58	55	1,44	80	0,55	40	0,33	15	0,5	45	0,5	55	0,14	35	1,17	70	0,3	30	0,59	80	39	50	1,36	45
66	F	0,17	10	0,2	5	0,11	10	0,31	15	0	5	0	5	0,14	30	0,5	25	0,1	15	0,19	15	17	10	1,01	20
67	M	0,25	25	0,6	25	1,11	75	0,92	65	0,8	70	0	5	0,14	30	1,17	70	0,7	65	0,62	50	34	40	1,64	70
68	M	0,5	45	0,6	25	0,11	10	0,08	5	0,3	25	0	5	0,43	60	0,17	10	0,3	30	0,28	20	21	15	1,2	35

69	M	0	5	0	5	0	5	0,08	5	0,3	25	0,17	30	0	5	0	5	0,2	25	0,09	10	6	5	1,35	45
70	M	0,08	10	0,2	5	0,33	25	0,08	5	0,2	15	0	5	0,14	30	0,33	20	0,3	30	0,17	15	15	10	1,02	25
71	M	1,0	80	1,11	65	0,78	55	0,54	40	0,4	35	0,17	35	1,0	90	0,33	20	0,1	15	0,61	50	41	50	1,34	45
72	F	1,0	70	2,0	90	1,5	80	1,08	65	0,88	65	0,67	65	0,71	75	1,0	60	0,2	25	0,97	70	50	65	1,75	70
73	M	0,08	5	0,6	25	0,22	15	0,38	25	0,3	25	0	5	0,14	30	0,5	25	0,1	15	0,27	20	20	15	1,22	35
74	M	1,33	90	1,0	55	0,67	45	0,38	25	0,5	45	0,33	50	0,43	60	0,67	40	0,8	70	0,77	65	50	65	1,39	50
75*	M	1,75	97	1,4	80	1,56	85	2,38	99	1,7	95	1,0	85	0,43	60	0,5	30	0,2	25	1,28	90	52	70	2,22	90
76	F	0,5	35	0,33	10	0,78	50	0,85	50	0,8	60	0,17	25	1,0	85	0,5	35	0,8	70	0,67	50	42	50	1,44	45
77	F	0,91	65	1,2	65	1,0	65	1,88	80	1,67	90	0,2	50	0,43	55	0,33	20	1,0	80	0,98	70	50	65	1,76	70
78	F	0,18	10	0,3	10	0,33	20	0,5	25	0,22	20	0,17	30	0,14	30	0	5	0	5	0,23	15	15	10	1,38	45
79	F	0,92	65	1,33	70	1,56	85	0,77	50	0,78	60	1,33	90	1,4	90	1,6	85	0,6	60	0,99	70	47	55	1,90	75
80	F	0,29	15	1,1	60	0,78	50	0,62	40	0,5	35	0,5	50	0	5	0,5	25	0,7	70	0,64	50	31	30	1,86	75
81	F	1,17	75	1,38	70	1,56	85	1,27	75	1,22	80	1,33	85	0,71	75	1,4	75	0,8	70	1,1	75	61	80	1,62	60
82	M	0,55	55	0,9	50	0,25	15	0,38	25	0,6	55	0,4	50	0,43	60	0,83	50	0,6	55	0,51	40	23	20	1,99	85
83	M	0,83	70	0,6	25	1,33	80	0,85	60	0,8	70	0,5	55	0	5	0,83	45	0,7	65	0,81	65	52	70	1,40	50
84	M	0	5	0,4	15	0,56	40	0,08	5	0,5	50	0,17	30	0,29	55	1,0	55	0,44	45	0,33	25	22	15	1,35	45
85	M	0,75	65	0,8	40	0,89	60	1,08	75	0,2	15	1,2	90	0,29	55	1,67	85	0,2	25	0,8	65	40	50	1,8	80
86	M	0,25	25	0,3	10	0,33	25	0	5	0,3	25	0,67	75	0,29	55	0,5	25	0,1	15	0,29	25	23	20	1,13	30
87	M	0,25	25	0,22	10	0,11	10	0,15	5	0,67	60	0,17	35	0,14	35	0,83	45	0	5	0,29	20	22	15	1,19	35
88	M	0,27	25	0,63	30	0	5	0,18	10	0,33	30	0	5	0,43	60	0,6	35	0,17	20	0,24	20	18	10	1,2	35
89	M	0,92	75	0,4	15	0,44	30	0,85	60	0,8	70	0,5	55	0,43	60	0,83	45	0,7	65	0,67	55	43	55	1,40	50
90	M	0,17	85	0,2	5	0	5	0,88	25	0,6	55	0	5	0,14	40	0,33	20	0,3	30	0,3	25	18	15	1,5	60
91	M	0,42	40	1,11	65	0,67	45	0,73	55	0,8	70	0,17	35	0,43	60	1,0	60	0,6	60	0,64	55	44	55	1,31	45
92	M	1,67	95	0,78	40	0,78	55	0,67	50	0,6	55	0,17	35	0,14	40	1,0	55	0,6	60	0,76	65	40	50	1,71	75
93	M	0,83	70	0,8	45	0,56	40	0,38	25	0,11	10	0	15	1,0	90	0,83	50	0,4	45	0,54	45	38	45	1,28	40
94	M	1,17	85	0,9	50	0,56	40	0,69	50	0,8	70	0,17	35	0,43	60	0,6	40	0,7	65	0,7	60	39	45	1,62	70
95	M	0,75	65	0,9	50	0,44	35	0,85	65	0,5	50	0,33	50	0,57	70	1,5	80	0,8	70	0,71	60	45	60	1,42	55
96	M	1,17	85	1,6	85	1,11	70	1,17	80	1,7	95	0,5	60	0,71	75	1,83	90	0,9	75	1,03	80	51	70	1,82	80

PD – Pontuação Directa

pc – percentil

S – Sexo

* - Não tem nome na Folha de Respostas