

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-24): Adaptação e validação da versão portuguesa

Diogo Miranda de Carvalho

M

2025



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**BEHAVIOR AND SYMPTOM IDENTIFICATION SCALE (BASIS-24):
ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA**

Diogo Miranda de Carvalho

Outubro, 2025

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), orientada pela Professora Doutora *Paula Mena Matos*.

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

A presente dissertação representa não apenas o culminar de um percurso académico, mas também o reflexo do apoio, da confiança e do carinho de muitas pessoas que fizeram parte deste caminho.

Em primeiro lugar, expresso a minha profunda gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Paula Mena Matos, pelo acompanhamento incansável, pelo conhecimento partilhado e, sobretudo, pela generosidade e empatia que sempre demonstrou. A sua orientação e o seu apoio foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento pessoal e académico. Agradeço também à Professora Filipa Nunes pelo apoio constante e pela ajuda preciosa nas análises estatísticas. O seu contributo foi essencial em várias etapas deste percurso.

À minha família, por ser a base de tudo o que eu sou. Tenho plena consciencia da sorte que é ter-vos. Desde criança que sinto esse privilégio e, com o passar dos anos, o orgulho que sinto só aumenta. Aos meus pais, o meu amor e gratidão por me abrirem as portas ao estudo e de me proporcionarem sempre as melhores condições possíveis para o fazer. À minha mãe, Rosa, por me mostrar o que é o amor, o ser forte e empático. Ao meu pai, João Paulo, por me mostrar o significado de responsabilidade, ser feliz e nunca desistir quando o mundo vai abaixo. Vocês são a minha maior força e os melhores exemplos a seguir. À minha irmã, Sofia, pelo amor e apoio genuínos, sempre à sua maneira especial. À minha “segunda mãe”, Helena, por mostrar que o amor de mãe não se mede pelo sangue, mas pelo coração. Aos meus avós, que sempre foram e serão dos meus maiores amores. Aos meus tios e tias por me mostrarem o significado de casa, não apenas como um lugar, mas como um sentimento de pertença. E aos meus primos e primas por serem como irmãos. Agradeço pela alegria que trazem e por me lembrarem constantemente da importancia desta família e do amor que se mantem.

Aos meus amigos, deixo um agradecimento especial. A todos os que passaram pela minha vida (aos que ficaram e aos que seguiram outros caminhos) um obrigado por cada marca e por cada memória que contribuíram para o que sou hoje. Um agradecimento sentido aos meus amigos mais próximos. Aos amigos de Barcelos, Catarina e Henrique, e aos amigos do Porto, Bárbara, Beatriz Dias, Beatriz Sousa, Catarina Marujo, Celeste, Francisca, Gonçalo, João Pedro, Júlia, Maria, Sérgio, Sofia e Zé – um obrigado não é suficiente por tudo aquilo que fizeram por mim (e que fazem), mas sou-vos eternamente grato por todo o amor, compreensão, amizade e paciencia. Estiveram sempre presentes lá, ensinaram-me, apoiaram-me e ajudaram-me a ser quem sou hoje.

Resumo

A saúde mental é uma componente essencial da saúde global, sendo determinante para o bem-estar, o funcionamento e a participação social. Em Portugal, a elevada prevalência de perturbações mentais reforça a necessidade de instrumentos de avaliação psicológica válidos e fiáveis. A escala de autorrelato BASIS-24 (Behavior and Symptom Identification Scale) avalia sintomas e dificuldades funcionais em adultos, abrangendo seis dimensões: depressão/funcionamento emocional, problemas interpessoais, sintomas psicóticos, consumo de substâncias, labilidade emocional e autoagressão. O presente estudo teve como objetivo adaptar e validar a versão portuguesa do BASIS-24, garantindo a sua equivalência linguística, fiabilidade e validade. A amostra incluiu 224 participantes portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos ($M = 23.35$; $DP = 4.05$), dos quais 71,4% eram do sexo feminino. O instrumento apresentou uma boa consistência interna global ($\alpha = .88$), embora duas subescalas tenham revelado valores inferiores aos recomendados. A análise fatorial confirmatória apoiou parcialmente a estrutura de seis fatores, com índices de ajustamento aceitáveis. Foram observadas correlações positivas com medidas de ansiedade (GAD-7) e de depressão (PHQ-9) e negativas com o bem-estar (MHC-SF), o que confirma a validade convergente. O BASIS-24 distinguiu adequadamente os grupos com e sem doença física, bem como os grupos com e sem histórico de saúde mental, o que evidencia a sua validade discriminante. Os resultados sustentam a adequação da versão portuguesa para a utilização em investigações, devendo ser realizados estudos adicionais de validação em contextos clínicos.

Palavras-chave: BASIS-24; adaptação transcultural; validação psicométrica; saúde mental; sintomas psicológicos; população portuguesa

Abstract

Mental health is a vital component of overall health, essential for well-being, optimal functioning, and active social participation. In Portugal, the high prevalence of mental disorders reinforces the need for valid and reliable psychological assessment tools. The BASIS-24 (Behavior and Symptom Identification Scale) self-report scale assesses symptoms and functional difficulties in adults, covering six dimensions: depression/emotional functioning, interpersonal problems, psychotic symptoms, substance use, emotional lability, and self-harm. The present study aimed to adapt and validate the Portuguese version of BASIS-24, ensuring its linguistic equivalence, reliability, and validity. The sample included 224 Portuguese participants aged between 18 and 35 years ($M = 23.35$; $SD = 4.05$), of whom 71.4% were female. The instrument showed good overall internal consistency ($\alpha = .88$), although two subscales revealed values lower than those recommended. Confirmatory factor analysis partially supported the six-factor structure, with acceptable fit indices. Positive correlations were observed with measures of anxiety (GAD-7) and depression (PHQ-9) and negative correlations with well-being (MHC-SF), confirming convergent validity. BASIS-24 adequately distinguished between groups with and without physical illness, as well as groups with and without a history of mental health problems, demonstrating its discriminant validity. The results support the suitability of the Portuguese version for use in research, although further validation studies should be conducted in clinical settings.

Keywords: BASIS-24; cross-cultural adaptation; psychometric validation; mental health; psychological symptoms; Portuguese population

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental pode ser definida como um “bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o ‘stress’ da vida, realizar as suas capacidades, aprender bem e trabalhar bem, e contribuir para a sua comunidade.” (WHO, 2022). Trata-se, assim, de uma componente estrutural da saúde e do bem-estar do indivíduo, ou seja, uma parte essencial e indispensável da saúde global. A saúde mental integra a base que sustenta as competências individuais e coletivas de tomada de decisão, construção de relações e moldagem do mundo e revela-se, conseqüentemente, fundamental para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconómico (WHO, 2022).

Distinguindo-se de um estado de “ausência de perturbação”, a saúde mental assenta num *continuum* complexo, sendo experienciada de forma individual, com níveis de desafio, sofrimento e resultados sociais e clínicos potencialmente distintos. As condições de “doença mental” baseiam-se em perturbações psíquicas, déficits psicossociais e/ou no funcionamento, outros estados mentais associados a um sofrimento significativo ou risco de automutilação (WHO, 2022). Por sua vez, as perturbações mentais correspondem a condições caracterizadas por alterações psíquicas, défices psicossociais e/ou dificuldades significativas de funcionamento, frequentemente associadas a sofrimento relevante ou risco de automutilação (WHO, 2022). Estas perturbações incluem, por exemplo, ansiedade, depressão, psicose ou problemas ligados ao consumo de substâncias, resultando de múltiplas interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, e têm impacto significativo no funcionamento diário e nas relações sociais, familiares e laborais (Conselho Nacional de Saúde, 2019). A literatura tem ainda sublinhado que, para além da elevada prevalência, a saúde mental em Portugal enfrenta fragilidades estruturais que dificultam a resposta adequada às necessidades da população. Entre estas destacam-se a escassez e a desigual distribuição de recursos humanos especializados, as assimetrias no acesso a consultas de psiquiatria e psicologia e as desigualdades sociais que se associam a maior risco de sofrimento psicológico (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Em Portugal, as perturbações mentais representam uma carga epidemiológica significativa, atingindo cerca de 23,2 % da população adulta em 2019, o que posiciona o país entre os mais afetados da União Europeia (Conselho Nacional de Saúde, 2019). As perturbações de ansiedade (16,5 %) e depressivas (7,9 %) encontram-se entre as mais prevalentes, mas não esgotam o panorama clínico. De facto, outros domínios psicopatológicos assumem também relevância, incluindo o consumo de substâncias psicoativas, com cerca de 5–6 % dos adultos a apresentarem perturbações relacionadas com o álcool e uma prevalência aproximada de 2%

entre jovens dos 15 aos 25 anos; os sintomas psicóticos, cuja prevalência ao longo da vida ronda os 5,8% e atinge cerca de 2% no último ano; e os comportamentos de autoagressão, que entre adolescentes portugueses variam entre 19,6% e 30%, estando fortemente associados a maior risco de psicopatologia e ideação suicida (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Paralelamente, estudos recentes têm vindo a destacar o papel dos problemas interpessoais e das influências sociais (conflito familiar, isolamento, bullying ou traumas relacionais), fatores que aumentam significativamente a vulnerabilidade para perturbações emocionais, incluindo ansiedade, depressão e autoagressão. É importante salientar que a faixa etária dos jovens adultos (18–35 anos), que constitui a amostra do presente estudo, tem sido consistentemente identificada como particularmente vulnerável ao desenvolvimento de perturbações psicológicas. A transição para a vida adulta envolve múltiplos desafios de natureza desenvolvimental, académica, profissional e relacional, frequentemente acompanhados por níveis acrescidos de stress, ansiedade e sintomas depressivos (Arnett, 2000; Kessler et al., 2005). Estudos epidemiológicos demonstram que a maioria dos distúrbios mentais tem início antes dos 25 anos, com um pico de incidência durante a adolescência tardia e o início da idade adulta (Kessler et al., 2007; OMS, 2022). Em Portugal, os dados do Conselho Nacional de Saúde (2019) revelam taxas elevadas de ansiedade, depressão e comportamentos de autoagressão entre os jovens, o que reforça a importância de avaliar a saúde mental neste grupo etário específico.

Neste contexto, torna-se fundamental dispor de instrumentos de avaliação que captem a diversidade de manifestações psicopatológicas, ultrapassando a visão restrita centrada apenas nas perturbações ansiosas e depressivas. Assim, o Behavior and Symptom Identification Scale surge como uma ferramenta relevante, uma vez que permite avaliar um amplo conjunto de sintomas e dificuldades funcionais associados a diferentes quadros psicopatológicos de forma breve, acessível e sensível a mudanças clínicas. Embora muitas vezes seja descrito como um instrumento de aplicação transversal, importa sublinhar que não se trata de uma medida transdiagnóstica no sentido estrito do termo, ou seja, não avalia processos comuns a diferentes perturbações, mas sim múltiplas dimensões sintomatológicas. A sua natureza multidimensional e a abrangência de contextos em que pode ser utilizado tornam-no, ainda assim, particularmente útil tanto na prática clínica como na investigação em saúde mental. O BASIS-24 destaca-se por este carácter abrangente, ao avaliar seis áreas nucleares da saúde mental: depressão/funcionamento emocional, problemas interpessoais, sintomas psicóticos, consumo de substâncias, labilidade emocional e autoagressão. Esta abordagem integrada oferece uma primeira apreensão da sintomatologia, funcionando como medida de triagem e de monitorização do progresso terapêutico. Não substitui, contudo, uma avaliação diagnóstica

detalhada, a qual deve ser realizada através de métodos clínicos complementares. O presente estudo teve como objetivo adaptar e validar a versão portuguesa do BASIS-24, assegurando a sua equivalência linguística e avaliando as suas propriedades psicométricas.

1.1 As medidas de autorrelato para a avaliação das perturbações

Dado o impacto evidente das perturbações psicológicas, nomeadamente o sofrimento clínico, o comprometimento da saúde física e do funcionamento psicossocial, bem como as elevadas taxas de suicídio, entre outros, torna-se imperativo ter acesso a medidas de avaliação ajustadas e validadas para a população portuguesa, de modo a garantir a sua eficácia e adequação. Os testes psicométricos e as medidas de autorrelato baseadas na psicometria são recursos fundamentais para a avaliação psicológica. Estes instrumentos visam garantir a objetividade, entendida como a aplicação de procedimentos padronizados que utilizam as mesmas instruções e critérios de avaliação para todos os participantes, reduzindo a influência do avaliador e facilitando a comparabilidade dos resultados. No caso dos testes de desempenho (por exemplo, de atenção, memória ou raciocínio), esta padronização traduz-se na realização de tarefas específicas; nas medidas de autorrelato (por exemplo, questionários, inventários ou escalas), manifesta-se através de itens estruturados que solicitam ao indivíduo a avaliação das suas próprias experiências. A seleção dos instrumentos deve atender ao objetivo da avaliação, às características do cliente e às limitações do contexto em que decorre o processo. Independentemente do formato, é fundamental garantir o rigor na aplicação, bem como a objetividade na avaliação e interpretação (Muniz, 2018). Neste domínio, surge o BASIS-24 como uma escala transversal a diferentes diagnósticos, reconhecendo a vasta diversidade de sintomas e problemáticas experienciados no espectro contínuo de perturbações (Idiculla, 2012).

1.2 BASIS-24

A escala *Behavior and Symptom Identification Scale – 24* (BASIS-24) é um questionário composto por 24 itens, preenchido pelo próprio cliente, concebido para avaliar os resultados do tratamento através da medição das dificuldades e sintomas experienciados durante a última semana (Idiculla, 2012). Este instrumento é utilizado em contextos de saúde mental para avaliar a perspetiva do cliente sobre o impacto da intervenção, permitindo medir alterações no estado psicológico e funcional ao longo do tempo. Pode também ser aplicado por prestadores de serviços de saúde mental (como hospitais psiquiátricos, clínicas especializadas,

programas residenciais e hospitais-dia), por compradores de serviços (por exemplo, seguradoras de saúde e sistemas nacionais de saúde) e por agências de acreditação (como *The Joint Commission* e a *Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities – CARF*), assim como por investigadores e departamentos internos de garantia de qualidade (McLean Hospital, 2023). A aplicação do BASIS-24 ocorre, habitualmente, em dois momentos: na admissão e na alta em programas de internamento ou residenciais, bem como no início e ao longo do tratamento em contexto de hospital-dia ou ambulatório (McLean Hospital, 2023). O instrumento original, designado *Behavior and Symptom Identification Scale – 32* (BASIS-32), foi desenvolvido no início da década de 1980 para suprir a necessidade de uma medida breve, mas abrangente, capaz de avaliar os resultados do tratamento do ponto de vista do paciente (Idiculla, 2012). O BASIS-24 surgiu como uma revisão do BASIS-32, com o objetivo de aumentar a aplicabilidade em diferentes populações, reduzir o nível de leitura exigido, melhorar a fiabilidade e validade e incluir um leque mais alargado de sintomas (McLean Hospital, 2023). Para tal, foi conduzido um processo rigoroso que incluiu entrevistas cognitivas, testes no terreno com mais de 6.000 indivíduos em 28 programas de saúde mental e análises psicométricas avançadas, recorrendo a métodos de *Item Response Theory* (McLean Hospital, 2023). O BASIS-24 é direcionado para adultos (≥ 18 anos) e adequado a indivíduos que apresentam um vasto espectro de sintomas, em diferentes níveis de cuidados e em múltiplos modelos terapêuticos. Existe ainda uma versão piloto para adolescentes. O instrumento pode ser administrado em diferentes momentos do processo terapêutico e em seguimento ou no pós-tratamento (Eisen et al., 2004, citado em Idiculla, 2012). Os 24 itens do BASIS-24 estão organizados em seis áreas principais de dificuldade: Depressão/Funcionamento emocional (6 itens), Relacionamentos Interpessoais (5 itens), Autoagressão (2 itens), Labilidade Emocional (3 itens), Sintomas Psicóticos (4 itens) e Abuso de Substâncias (4 itens) (McLean Hospital, 2023). O domínio Depressão/Funcionamento emocional avalia aspetos como o funcionamento diário, sintomas de depressão e ansiedade, enquanto o domínio dos Relacionamentos Interpessoais diz respeito à perceção do cliente sobre a qualidade das suas interações com familiares e outras pessoas. Por sua vez, o domínio dos Sintomas Psicóticos mede a presença de experiências como alucinações e ideias persecutórias, e o domínio de Abuso de Substâncias recolhe informações sobre consumo de álcool e drogas, incluindo desejos de uso e consequências associadas. O domínio Labilidade Emocional engloba alterações rápidas de humor, pensamentos acelerados e irritabilidade, enquanto Autoagressão avalia pensamentos relacionados com magoar-se ou cometer suicídio (Idiculla, 2012; McLean Hospital, 2023). O BASIS-24 é normalmente autoadministrado, com uma duração média de 5 a 15 minutos,

estando redigido num nível de leitura equivalente ao 5.º- 6.º ano, o que favorece a sua aplicabilidade. Em alternativa, pode ser administrado por computador, telefone ou entrevista (Idiculla, 2012).

1.3. Estudos de validação do BASIS-24

Desde a sua criação, o BASIS-24 tem sido utilizado e validado em diversos contextos clínicos e culturais, destacando-se como uma medida útil para avaliar os resultados de tratamentos em saúde mental. A escala foi inicialmente desenvolvida nos Estados Unidos, com o intuito de oferecer uma medida breve, fiável e aplicável a uma vasta gama de populações clínicas (Idiculla, 2012). Estudos conduzidos com amostras de adultos em internamento, ambulatório e hospitais-dia revelaram boas propriedades psicométricas, com consistência interna adequada ($\alpha > .75$) e validade de constructo confirmada através de análises fatoriais (Eisen et al., 2004). A validação da versão russa do BASIS-24, conduzida por Madden et al. (2022), constitui um exemplo recente de boas práticas na adaptação transcultural. O estudo seguiu um protocolo rigoroso de tradução, retrotradução e entrevistas cognitivas com utilizadores de programas de tratamento para dependências (MOUD, Medications for Opioid Use Disorder), demonstrando que a versão russa apresenta uma estrutura fatorial adequada e propriedades psicométricas satisfatórias, apoiando sua utilidade no contexto clínico. A consistência interna das subescalas variou entre .71 e .86, e verificou-se validade convergente com o PHQ-9 e o GAD-7. No Reino Unido, a escala foi utilizada com mais de 1 200 adultos em contextos clínicos e comunitários, tendo apresentado índices de consistência interna robustos (α entre .75 e .91) e sensibilidade adequada a mudanças clínicas, quando comparada com outras medidas de resultados, como por exemplo, sensibilidade a mudanças clínicas, com reduções médias significativas nos scores de depressão e ansiedade entre a admissão e a alta (Connell et al., 2014). Resultados semelhantes foram observados numa versão em espanhol do BASIS-24 aplicada em contextos diversos nos Estados Unidos (Massachusetts, Porto Rico e Califórnia), onde a estrutura fatorial foi confirmada e cinco das seis subescalas revelaram α superiores a .70 (Eisen et al., 2009). Neste estudo, o BASIS-24 mostrou ainda capacidade de discriminar diferentes níveis de gravidade clínica, apresentando correlações fortes com medidas externas de depressão e funcionamento social. Apenas a subescala de Labilidade Emocional revelou uma consistência interna abaixo do aceitável. No Canadá, a escala foi implementada de forma sistemática numa unidade de internamento para adultos jovens (YAETRS, Alberta Hospital), onde demonstrou ser útil para monitorizar trajetórias de recuperação ao longo do

tempo. Especificamente, observou-se uma diminuição progressiva e significativa dos scores totais e das subescalas de depressão e labilidade emocional nas primeiras seis semanas de internamento, refletindo melhorias consistentes no estado clínico dos participantes. Os dados recolhidos permitiram identificar subgrupos com diferentes perfis clínicos, apoiando a sensibilidade da escala à mudança e à complexidade psicopatológica em contextos hospitalares (Gaine et al., 2021).

Estes estudos internacionais demonstram a robustez psicométrica do BASIS-24 em diferentes contextos e culturas, mas também reforçam a necessidade de um processo de adaptação que cumpra boas práticas internacionais, garantindo não apenas a tradução linguística, mas também a adequação cultural e a validade do instrumento (Van de Vijver & Tanzer, 2004). O presente estudo pretende colmatar esta lacuna, disponibilizando uma versão culturalmente sensível e metodologicamente validada do BASIS-24 para a população portuguesa, segundo as recomendações da ITC e da literatura psicométrica (Hambleton et al., 2005; Muñiz et al., 2013; Pereira et al., 2023).

1.4 Validação para Portugal

Atendendo à utilidade da aplicação do Basis-24 para a avaliação de resultados de intervenção em saúde mental, enquanto medida validada e reconhecida internacionalmente, a sua adaptação para Portugal poderá trazer benefícios. Desta forma, seria permitido aos profissionais de saúde comparar os resultados em Portugal com os padrões internacionais, melhorando a qualidade dos cuidados prestados a nível nacional (Madden et al., 2022). No entanto, importa salientar que a utilização de instrumentos internacionalmente validados não garante, por si só, a sua adequação cultural, clínica e linguística, o que pode comprometer a validade dos dados recolhidos e as interpretações daí decorrentes. Assim, para que este instrumento possa efetivamente ser integrado na prática clínica nacional, impõe-se um rigoroso processo de validação cultural e psicométrica. Procura-se, desta forma, assegurar a equivalência conceptual e linguística, garantindo que as respostas dos participantes reflitam com precisão as suas experiências e perceções, livres de viés culturais ou linguísticos suscetíveis de comprometerem a validade dos resultados. O cuidado e o rigor no processo de criação e validação de qualquer instrumento constituem, então, um princípio base no âmbito da pesquisa em psicomетria, visto que passará a poder ser utilizado por toda a comunidade científica (Pereira et al., 2023). De acordo com as orientações da International Test Commission (ITC) e com

autores como Hambleton et al. (2005) e Muñiz et al. (2013), a adaptação transcultural deve assegurar a equivalência conceptual, linguística e métrica, seguindo etapas metodológicas específicas, como a tradução direta, a retrotradução, a revisão por especialistas e a aplicação de pré-testes com entrevistas cognitivas. Estes procedimentos visam garantir que a versão adaptada mantém o significado original dos itens e é adequada ao contexto cultural e clínico da população-alvo.

No presente trabalho, a validação da versão portuguesa do BASIS-24 seguirá um conjunto de procedimentos psicométricos complementares. A análise da consistência interna será efetuada através do coeficiente α de Cronbach, tanto para a escala global como para cada subescala. A validade fatorial será avaliada por meio de uma análise fatorial confirmatória (AFC), que testará a adequação do modelo de seis fatores proposto pelos autores originais. A validade convergente e divergente será examinada por meio de correlações com outras medidas de saúde mental, nomeadamente o PHQ-9, o GAD-7 e o MHC-SF. Será também considerada a possibilidade de utilização da pontuação total, analisando-se a sua fiabilidade e pertinência teórica. Estes procedimentos permitirão avaliar de forma rigorosa a adequação da versão portuguesa do instrumento tanto para o contexto clínico como para a investigação.

1.5 Objetivos e Hipóteses

Pretende-se traduzir e adaptar o instrumento BASIS-24 para a população portuguesa, analisando as suas qualidades psicométricas numa amostra portuguesa, designadamente a sensibilidade a diferenças, a consistência interna, a organização fatorial e a validade de construto. A validação permitirá não só uma monitorização mais eficaz da resposta a intervenções, como também o alinhamento com práticas internacionais, reforçando a qualidade e comparabilidade dos cuidados de saúde em Portugal. Em última análise, pretende-se contribuir para o avanço do conhecimento científico, para a promoção da equidade no acesso da população portuguesa a mais um instrumento de diagnóstico e intervenção, através da disseminação de boas práticas clínicas e da melhoria dos serviços de saúde mental em Portugal.

O presente estudo apresenta as seguintes hipóteses:

1. A versão portuguesa do BASIS-24 apresenta uma estrutura fatorial semelhante à versão original do instrumento.

2. As dimensões do BASIS-24 revelam bons índices de consistência interna (α de Cronbach $\geq .70$).
3. Existem evidências de validade convergente entre as dimensões do BASIS-24 e outros instrumentos relacionados.
4. A versão portuguesa do BASIS-24 distingue adequadamente os grupos com e sem doença física, bem como os grupos com e sem histórico de saúde mental, evidenciando validade discriminativa.

2. Método

2.1 Participantes

A amostra foi composta por 224 participantes de nacionalidade portuguesa. As idades variaram entre 18 e 35 anos, com uma média de 23.35 anos ($DP = 4.05$). A média de idade dos participantes do sexo feminino foi 23.42 anos ($DP = 3.80$), enquanto a dos participantes do sexo masculino foi 23.35 anos ($DP = 4.98$); os participantes que se identificaram como “outro” apresentaram uma média de 22.57 anos ($DP = 2.23$). No que se refere ao género, 160 participantes eram do sexo feminino (71.4%), 55 do sexo masculino (24.6%), 7 identificaram-se como outro (3.1%) e 1 participante preferiu não responder (0.4%). Relativamente ao estado civil, a maioria encontrava-se solteira (90.6%), seguida de casados/união de facto (7.1%) e divorciados (2.2%). Quanto ao grau de escolaridade, 53.6% tinham concluído a licenciatura, 25% o ensino secundário, 17.9% o mestrado e 1.8% o doutoramento. No que diz respeito à situação laboral, 66,1% encontravam-se a estudar, 16.1% eram trabalhadores-estudantes, 12.5% trabalhavam a tempo inteiro e 5.4% estavam desempregados. Em termos clínicos, 13.4% dos participantes reportaram ter, de momento, uma doença física diagnosticada, sendo as mais referidas as de natureza endócrina, respiratória e musculoesquelética. Relativamente à saúde mental, 32.3% dos participantes indicaram ter, ou ter tido, algum problema de saúde mental. Sendo que 19.6% referiram um problema atual, 12.6% no passado, 46.6% afirmaram nunca ter experienciado problemas desta natureza e 21.1% indicaram não saber ou não recordar. Entre os participantes que reportaram ter problemas de saúde mental, os diagnósticos mais frequentes foram os de ansiedade e depressão, seguidos por casos isolados de perturbações de personalidade (ex.: borderline), perturbações obsessivo-compulsivas e de défice de atenção/hiperatividade (PHDA). A maioria destes diagnósticos foi realizada por psicólogos ($\approx 60\%$) e psiquiatras ($\approx 30\%$), surgindo ainda menções de médicos de família e até terapeutas. Em relação à duração dos sintomas, variou amplamente, sendo a maioria dos casos superior a

um ano, com alguns participantes a relatar um histórico de acompanhamento psicológico prolongado (≥ 5 anos). No que toca à nacionalidade, a maioria dos participantes nasceu em Portugal (93.8%), seguindo-se o Brasil (4%) e outros países lusófonos e latino-americanos (2.2%), como a Angola, Moçambique, Colômbia e Venezuela.

2.2 Instrumentos de medida

2.2.1 Questionário Sociodemográfico

Foi construído um questionário para recolher informações sociodemográficas dos participantes. Este incluiu questões sobre idade, sexo, nacionalidade, país de nascimento, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional.

2.2.2 Questionário Clínico

Foi igualmente desenvolvido um questionário para recolher dados clínicos relevantes. Este contemplou perguntas sobre a existência de doença física crónica, historial de perturbações psiquiátricas diagnosticadas (atuais ou passadas).

2.2.3 Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-24)

A *Behavior and Symptom Identification Scale* (BASIS-24; Eisen & Grob, 2007; tradução para a população portuguesa de Carvalho & Matos, 2025) é uma escala utilizada para avaliar a frequência de sintomas psicológicos e dificuldades funcionais na última semana, em indivíduos que utilizam serviços de saúde mental. Esta escala é composta por 24 itens distribuídos por seis dimensões: Depressão/Funcionamento Emocional; Relacionamentos Interpessoais; Autoagressão; Sintomas Psicóticos; Labilidade Emocional e Abuso de Substâncias. A dimensão depressão/funcionamento emocional avalia sentimentos de tristeza ou nervosismo, dificuldades em lidar com problemas e em manter a concentração (6 itens; ex.: “Sentiu-se triste ou deprimido/a?”). A dimensão relacionamentos interpessoais avalia a qualidade das relações sociais, a proximidade e a capacidade de se relacionar com os outros (5 itens; ex.: “Deu-se bem com membros da sua família?”). A dimensão Autoagressão avalia pensamentos de autoagressão e de pôr fim à própria vida. (2 itens; ex.: “Pensou em magoar-se?”). A dimensão Labilidade Emocional avalia alterações súbitas e instáveis de humor. (3 itens; ex.: “Teve oscilações de humor.”) A dimensão de Sintomas Psicóticos avalia

experiências como ouvir vozes, ver coisas inexistentes ou sentir que os outros estão contra si. (4 itens; ex.: “*Ouviu vozes ou viu coisas?*”). A última dimensão, Abuso de Substâncias, avalia os impulsos para consumir álcool ou drogas, bem como os problemas associados ao consumo. (4 itens; ex.: “*Teve problemas derivados do consumo de álcool ou drogas?*”). Os itens são respondidos numa escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, que varia entre 0 (“nunca”) e 4 (“sempre”). Os itens 4, 5, 6, 7, 8 e 9 são cotados de forma invertida, sendo posteriormente recodificados antes do cálculo das pontuações das dimensões e do score total.

2.2.4 The Generalised Anxiety Disorder (GAD-7)

A Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7; Spitzer et al., 2006; versão portuguesa de Sousa et al., 2015) é um instrumento utilizado para avaliar a gravidade dos sintomas de ansiedade generalizada nas últimas duas semanas. É composta por 7 itens (ex.: “*Senti-me nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a*”). Os itens são respondidos numa escala de resposta tipo Likert de 4 pontos, que varia entre 0 (“nunca”) e 3 (“quase todos os dias”). Pontuações mais elevadas indicam maior gravidade dos sintomas de ansiedade. No presente estudo, a escala apresentou uma consistência interna elevada ($\alpha = .91$)

2.2.5 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

O Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; versão portuguesa de Santos et al., 2013) avalia a presença e gravidade dos sintomas de depressão nas últimas duas semanas. É composto por 9 itens (ex.: “*Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas*”), respondidos numa escala de resposta tipo Likert de 4 pontos, que varia entre 0 (“nada de tempo”) e 3 (“quase todos os dias”). Pontuações mais elevadas indicam maior gravidade dos sintomas depressivos. A consistência interna obtida nesta amostra foi adequada ($\alpha = .87$).

2.2.6 Mental Health Continuum- short (MHC_SF)

O Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF; Keyes, 2009; versão portuguesa de Matos et al., 2010) é um questionário que avalia o bem-estar subjetivo, composto por 14 itens, distribuídos por três dimensões: o bem-estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. A dimensão do bem-estar emocional avalia sentimentos de felicidade, interesse e satisfação com a vida (3 itens; ex.: “*Durante o último mês, quantas vezes se sentiu feliz?*”). A

dimensão do bem-estar social avalia a percepção, integração e contribuição para a sociedade (5 itens; ex.: *“Durante o último mês, quantas vezes se sentiu que tinha alguma coisa importante para contribuir para a sociedade?”*). A dimensão do Bem-estar psicológico avalia o funcionamento pessoal positivo, incluindo relações interpessoais, sentido de propósito e o crescimento pessoal (6 itens; ex.: *“Durante o último mês, quantas vezes se sentiu que teve experiências que o/a desafiaram a crescer e tornar-se numa pessoa melhor?”*). Os itens são respondidos numa escala de resposta tipo Likert de 6 pontos, que varia entre 0 (“nunca”) e 5 (“todos os dias”). Pontuações mais elevadas traduzem estados mais positivos de bem-estar e funcionamento. A consistência interna obtida nesta amostra foi adequada ($\alpha = .87$).

2.2.7 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

O Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; WHO, 2001) é um questionário desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliar o padrão de consumo de álcool e os problemas associados. É composto por 10 itens (ex.: *“Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?”*). Os itens são respondidos numa escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, que varia entre 0 (“nunca”) e 4 (“diariamente ou quase diariamente”). Pontuações mais elevadas indicam maior risco de consumo problemático ou dependência alcoólica. A consistência interna obtida nesta amostra foi adequada ($\alpha = .84$).

2.2.8 The Personality Inventory for DSM-5

O Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (Krueger et al., 2013; versão portuguesa de Pires et al., 2016) é constituído por 5 dimensões (afeto negativo, desligamento, antagonismo, desinibição e psicoticismo). No presente estudo foi apenas utilizada a dimensão do psicoticismo, que avalia experiências subjetivas relacionadas com pensamentos e percepções atípicas, ocorridas nos últimos 12 meses. É composto por 5 (ex.: *“Já vi coisas que na realidade não estavam lá”*). Os itens são respondidos numa escala de resposta tipo Likert de 4 pontos, que varia entre 0 (“discordo fortemente”) e 3 (“concordo fortemente”). Pontuações mais elevadas indicam maior frequência de experiências de tipo psicótico. Na presente amostra, a escala apresentou consistência interna adequada ($\alpha = .78$).

2.3 Procedimentos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (Ref. 2025-03-10).

2.3.1 Processo de tradução

A tradução da escala foi feita mediante a autorização formal dos autores. Dois estudantes com domínio da língua inglesa procederam a uma tradução independente para a língua portuguesa. Esta tradução teve por referência a versão original do instrumento, bem como as linhas orientadoras para traduzir e adaptar testes da International Test Commission (Gregoire, 2018), e procurou-se garantir um nível de linguagem consistente com os hábitos de expressão em português. Pequenas divergências na formulação dos itens em português foram resolvidas por uma terceira pessoa, investigadora doutorada em psicologia, com conhecimento e investigação no domínio. De seguida, um estudante familiarizado com o construto, fluente em inglês e português e que desconhecia os itens originais, realizou a retroversão da escala. Apenas se observaram pequenas diferenças entre a retroversão e os itens originais, não se verificando a necessidade de fazer correções à tradução efetuada. A compreensão dos itens e das instruções da versão portuguesa foi testada numa amostra de jovens adultos (18-35 anos; $n = 224$), através de um procedimento de reflexão falada. Não foram acrescentadas alterações à versão.

2.3.2 Recolha de dados

Foram recolhidos os dados através de um formulário *online*, elaborado numa plataforma adequada para esse fim (*LimeSurvey*), não permitindo a identificação do ID dos participantes. O recrutamento dos participantes ocorreu através da divulgação feita por diversas instituições de ensino superior do país, hospitais, empresas, bem como pelas redes sociais LinkedIn, Instagram e Facebook. A participação restringiu-se a indivíduos entre os 18 e os 35 anos de idade. Os participantes obtiveram as principais informações acerca do estudo e da sua participação, tendo escolhido participar voluntariamente após darem o seu consentimento informado. O protocolo de investigação incluiu um breve formulário de caracterização sociodemográfica e clínica, ao que se seguiram 6 instrumentos de autorrelato. Os participantes receberam informação detalhada sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos e

os seus direitos, tendo a participação sido voluntária mediante consentimento informado. Foi ainda explicitado que não seriam atribuídos quaisquer benefícios ou compensações pela participação. O protocolo de investigação incluiu um breve questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, seguido da aplicação de nove instrumentos de autorrelato. O tempo médio de resposta foi de aproximadamente 15 minutos.

2.4 Estratégia de análise de dados

A análise estatística foi realizada no software IBM SPSS Statistics (versão 29) e no *IBM SPSS Amos*, na versão 30. Inicialmente, foram conduzidos procedimentos preliminares com vista a verificar os pressupostos da estatística multivariada. Inspeccionou-se a existência de potenciais outliers univariados através dos valores z , considerando-se casos extremos aqueles com valores superiores a $[-3; 3]$ (Tabachnick & Fidell, 2013). Foram ainda analisados outliers multivariados através da distância de Mahalanobis, sendo removido apenas um caso. A normalidade foi avaliada de acordo com os critérios propostos por Kline (2016), admitindo-se como aceitáveis valores de assimetria inferiores a 3 e de curtose inferiores a 10. Na maioria das variáveis, os valores respeitaram estes limites; contudo, observaram-se assimetrias positivas acentuadas e curtose elevada nos itens das dimensões de Autoagressão e Consumo de Álcool/Drogas (ex., curtose > 60 no item “*Teve problemas derivados do consumo de álcool/drogas*”), bem como em alguns itens de Sintomas Psicóticos (ex., curtose > 30 em “*Ouvir vozes ou ver coisas?*”). As variáveis foram posteriormente analisadas de forma descritiva (medidas de tendência central, dispersão e frequências). A consistência interna da escala foi avaliada através do coeficiente alpha de Cronbach, considerando-se aceitáveis valores iguais ou superiores a .70 (Kline, 2016). Para avaliar a validade convergente, foram calculadas correlações bivariadas de Pearson entre as variáveis de interesse. Adicionalmente, foram realizadas análises diferenciais para verificar a capacidade discriminativa do Basis-24 em função de variáveis sociodemográficas (sexo, idade e atividade atual) e clínicas (estado de saúde geral e história de saúde mental). Para esse efeito, foram realizados testes t de amostras independentes e análises de variâncias (ANOVA), consoante o número de grupos definidos. Os grupos foram criados com base nas respostas ao questionário sociodemográfico e clínico (presença vs ausência de doença física; presença atual vs presença no passado vs ausência de histórico de doença mental).

3. Resultados

3.1 Estatística Descritiva

A Tabela 1 (consultar material suplementar) apresenta as estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, assimetria e curtose) das dimensões do BASIS-24 e demais medidas do estudo. De modo geral, os participantes mostraram níveis baixos de sintomatologia, especialmente nas dimensões de autoagressão e sintomas psicóticos, cujas médias se aproximaram do valor mínimo da escala. Esses resultados indicam um efeito de “floor effect”, comum em amostras não clínicas, onde a maioria dos indivíduos não apresenta sintomas severos. Quanto à distribuição, a maioria das dimensões apresentou valores de assimetria e curtose dentro dos limites recomendados por Kline (2016). No entanto, ocorreram violações importantes nas dimensões de Autoagressão ($Sk = 3.23$; $K = 11.03$) e Consumo de Álcool/Droga ($Sk = 3.66$; $K = 16.26$). Esses valores indicam distribuições enviesadas e picos de curtose elevados, reforçando o efeito de “floor effect” mencionado. Apesar dessas exceções, os pressupostos de normalidade podem, de modo geral, ser considerados aceitáveis para a maioria das dimensões.

3.2 Consistência Interna

A consistência interna (tabela 1) do BASIS-24 foi avaliada através do coeficiente α de Cronbach. A escala total apresentou uma fiabilidade elevada ($\alpha = .88$), o que sugere uma boa homogeneidade entre os itens. Em termos de subescalas, os valores foram os seguintes: Depressão/Funcionamento ($\alpha = .83$), Problemas Interpessoais ($\alpha = .61$), Autoagressão ($\alpha = .87$), Sintomas Psicóticos ($\alpha = .61$), Labilidade emocional ($\alpha = .73$) e Consumo de Álcool/Drogas ($\alpha = .69$). A dimensão de Autoagressão evidenciou uma elevada consistência interna, enquanto os Problemas Interpessoais e os Sintomas Psicóticos apresentaram valores inferiores ao limiar recomendado (.70). A análise do α de Cronbach mostrou que, no caso dos Problemas Interpessoais, a remoção do item 4 (Conviveu com membros da sua família?) aumentaria o valor do α para .70, e nos Sintomas Psicóticos a remoção do item 14 (“Pensou ter poderes especiais?”) elevaria o α para .68.

Tabela 1*Consistência interna*

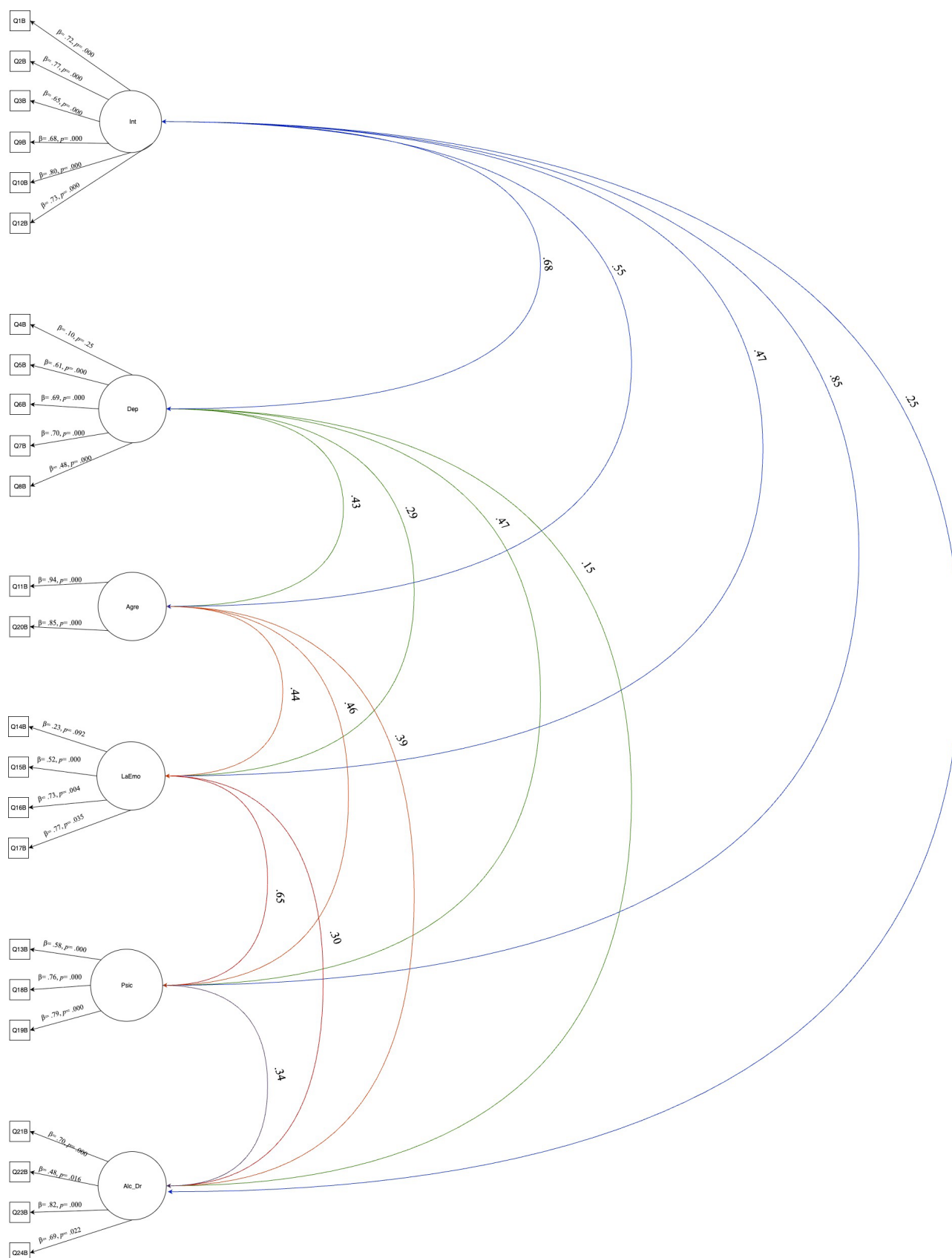
Dimensão	Nº de Itens	α de Cronbach
BASIS-24 (total)	24	0.88
Depressão/Funcionamento Emocional	6	0.83
Problemas Interpessoais	5	0.61
Autoagressão	2	0.87
Sintomas Psicóticos	4	0.61
Labilidade Emocional	3	0.73
Consumo de Álcool/Droga	4	0.69

3.3 Estrutura Fatorial

Foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC) para avaliar a estrutura de seis fatores do BASIS-24. O modelo inicial, composto pelos 24 itens originais, apresentou os seguintes índices de ajustamento: $\chi^2 (235) = 438.38$; $p < .001$; CFI = .90; TLI = .89; RMSEA = .06; SRMR = .06. Embora os valores de RMSEA e SRMR se encontrem dentro dos critérios recomendados ($\leq 0,08$), o índice TLI situou-se abaixo do limiar de 0.90, sugerindo um ajustamento aceitável, mas com margem para melhoria. Em conformidade com os resultados da consistência interna, foi realizada uma nova análise fatorial confirmatória (AFC), tendo sido excluídos dois itens com um desempenho psicométrico reduzido (item 4: "Conviveu com membros da sua família?"; item 14: "Pensou ter poderes especiais?"). O modelo resultante, com 22 itens, evidenciou uma ligeira melhoria nos índices de ajustamento: $\chi^2 (237) = 448.78$; $p < .001$; CFI = .90; TLI = .88; RMSEA = .06; SRMR = .07. A comparação entre os modelos revelou que a exclusão dos itens 4 e 14 não melhorou substancialmente o ajustamento global, observando-se apenas variações residuais nos índices de qualidade do modelo. A manutenção de todos os itens permite, assim, preservar a estrutura original e garantir a comparabilidade internacional dos resultados. Ainda assim, a análise sugere que os itens 4 e 14 poderão apresentar especificidades culturais ou etárias na população portuguesa, recomendando-se a sua reavaliação em estudos futuros.

Figura 1

Modelo de Equações Estruturais



3.4 Validade convergente

A Tabela 5 apresenta as correlações entre as dimensões do BASIS-24 e as restantes medidas de saúde mental. A validade convergente refere-se à relação entre construtos teóricos próximos, pelo que foram analisadas as associações entre o BASIS-24 e as medidas de sintomatologia ansiosa e depressiva. Conforme o esperado, as subescalas do BASIS-24, em particular as dimensões “Depressão/Funcionamento Emocional” e “Labilidade Emocional”, apresentaram correlações positivas e significativas com as medidas de depressão (PHQ-9; $r = .46-.80$, $p < .01$) e de ansiedade (GAD-7; $r = .35-.77$, $p < .01$), confirmando a validade convergente. A subescala de Consumo de Álcool/Drogas apresentou uma correlação forte com o AUDIT ($r = 0.69$, $p < .01$), ao passo que a subescala de Sintomas Psicóticos mostrou uma correlação moderada com a medida de Psicoticismo ($r = .55$, $p < .01$). Foram ainda observadas correlações negativas significativas entre todas as dimensões do BASIS-24 e o bem-estar psicológico (MHC-SF; $r = -.17$ a $-.68$, $p < .01$), o que evidencia a coerência teórica entre o sofrimento psicológico e os níveis mais baixos de bem-estar. A dimensão da autoagressão apresentou correlações mais fracas do que o esperado, possivelmente devido à reduzida prevalência destes comportamentos na amostra, limitando a sua variabilidade.

Tabela 5*Correlações entre as variáveis em estudo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
BASIS																
1. _D1	-															
2. _PI2	.47**	-														
3. _A3	.47**	.33**	-													
4. _SP4	.35**	.18**	.39**	-												
5. _LE5	.69**	.35**	.39**	.45**	-											
6. _CAD6	.22**	.07	.29*	.29**	.31**	-										
7. GAD7	.77**	.41**	.38*	.39**	.74**	.19**	-									
8. PHQ9	.80**	.46**	.58**	.44**	.68**	.31**	.76**	-								
9. AUDIT	-.02	-.14*	-.03	-.01	.03	.42**	-.06	.03								
10. GSM	-.68**	-.42**	-.36**	-.27**	-.56**	-.18**	-.64**	-.64**	.12	-						
11. PSICO	.45**	.30**	.37**	.54**	.54**	.28**	.42**	.48**	.02	-.37**	-					
MHC																
12. _SF_BEE	-.68**	-.53**	-.45**	-.28**	-.51**	-.17**	-.61**	-.67**	.07	.65**	-.40**	-				
13. _SF_BES	-.57**	.38**	-.32**	-.26**	-.49**	-.12	-.56**	-.53**	.17**	.58**	-.41**	.64**	-			
16. _SF_BEP	-.70**	-.55**	-.37**	-.32**	-.51**	-.18**	-.59**	-.64**	.27	.67**	-.42**	.78**	.71**	-		
24. Idade	-0.73	0.85	-0.27	-.158*	.011	-.054	-.015	.003	-.05	-.030	-.13	-.092	.008	.010	-	
25. Sexo	-.033	-.16*	.009	-.026	-.111	-.007	-.098	-.039	.08	.152*	-.04	-.035	.167*	.082	-.007	-
Média	1.59	1.65	0.20	0.28	1.68	.16	15.4	16.4	12.8	2.79	1.72	4.43	3.28	4.04		
Desvio Padrão	0.86	0.63	0.55	0.46	0.87	0.38	5.42	5.67	3.63	1.02	0.60	1.04	1.24	1.15		

Nota: BASIS_D1: BASIS Depressão; BASIS_PI2: BASIS Problemas Interpessoais; BASIS_A3; BASIS Autoagressão; BASIS_SP4: BASIS Sintomas Psicóticos; BASIS_LE5: BASIS Labiedade Emocional; BASIS_CAD6: BASIS Consumo de Álcool e Droga; GAD: Generalized Anxiety Disorder Scale ;PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; GSM: Questionário de percepção geral da saúde mental; PSICO: Questionário de psicoticismo; MHC_SF_BEE: Mental Health Continuum- short Bem-estar emocional; MHC_SF_BES: Mental Health Continuum- short Bem-estar social; MHC_SF_BEP: Mental Health Continuum- short Bem-estar psicológico.

3.6 Análises Diferenciais

Foram analisadas diferenças nas dimensões do BASIS-24 em função das variáveis sociodemográficas e clínicas (sexo, idade, atividade atual e doença física). No que respeita ao sexo (Tabela 1, ver material suplementar), verificou-se uma diferença significativa na dimensão “Problemas Interpessoais”, $t(214) = -2.39, p = .018, d = -.37$, com os homens a apresentarem valores mais elevados ($M = 1.82, DP = .69$) em comparação com as mulheres ($M = 1.59, DP = 0.60$). Nas restantes dimensões (“Depressão/Funcionamento Emocional”, “Autoagressão”, “Sintomas Psicóticos”, “Labilidade Emocional” e “Consumo de Álcool/Drogas”), não se observaram diferenças significativas entre sexos ($p > .05$).

Relativamente à *idade* (Tabela 2, ver material suplementar), analisada inicialmente como variável contínua, observou-se uma correlação negativa significativa com a dimensão “Sintomas Psicóticos” (Pearson: $r = -.16, p = .021$; Spearman: $\rho = -.14, p = .046$), sugerindo que os participantes mais jovens reportaram maior frequência destes sintomas. Quando analisados os *grupos etários* (18–21, 22–25 e 26–35 anos), a ANOVA revelou diferenças significativas apenas na dimensão “Depressão/Funcionamento Emocional”, $F(2, 211) = 4.60, p = .011, \eta^2 = .04$. Os testes *post hoc* de Tukey indicaram que o grupo dos 22–25 anos apresentou níveis mais elevados de sintomatologia depressiva em comparação com o grupo dos 26–35 anos ($p = .01$). Nas restantes dimensões do BASIS-24, não se observaram diferenças significativas entre faixas etárias ($p > .05$).

Em relação à *atividade atual* (Tabela 3, ver material suplementar) (estudante, trabalhador-estudante, trabalhador, desempregado e outro), observaram-se diferenças significativas na dimensão “Depressão/Funcionamento Emocional”, $F(4, 218) = 3.63, p = .007, \eta^2 = .06$, com os estudantes a apresentarem níveis mais elevados de sintomatologia depressiva em comparação com os participantes empregados ($p = .005$). Nas restantes dimensões, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > .05$).

Quanto à *doença física* (Tabela 4, ver material suplementar) (presença vs. ausência), observaram-se diferenças significativas em várias dimensões. Os participantes com doença reportaram valores superiores em “Depressão/Funcionamento Emocional”, $t(222) = 4.45, p < .001, d = .87$; “Autoagressão”, $t(36.92) = 2.32, p = .027, d = .77$; “Sintomas Psicóticos”, $t(222) = 2.35, p = .019, d = .46$; e “Labilidade Emocional”, $t(222) = 3.23, p = .001, d = .63$. Não se registaram diferenças significativas nas dimensões “Problemas Interpessoais” e “Consumo de Álcool/Drogas” ($p > .05$).

Por fim, na variável *história de saúde mental* (Tabela 5, ver material suplementar) (sim, no passado; sim, atualmente; não; não sei), verificaram-se diferenças significativas nas dimensões “Depressão/Funcionamento Emocional”, $F(3, 219) = 26.82, p < .001, \eta^2 = .27$; “Problemas Interpessoais”, $F(3, 219) = 7.64, p < .001, \eta^2 = .10$; “Autoagressão”, $F(3, 219) = 14.45, p < .001, \eta^2 = .17$; “Sintomas Psicóticos”, $F(3, 219) = 7.08, p < .001, \eta^2 = .09$; e “Labilidade Emocional”, $F(3, 219) = 27.33, p < .001, \eta^2 = .27$. Em todas estas dimensões, os participantes que referiram ter atualmente um problema de saúde mental apresentaram valores significativamente mais elevados do que os grupos que indicaram ter tido problemas no passado, os que nunca tiveram e os que não souberam responder. Não se observaram diferenças significativas relativamente ao “Consumo de Álcool/Drogas”, $F(3, 219) = 2.25, p = .08, \eta^2 = .03$.

4. Discussão

A análise fatorial confirmatória apoiou parcialmente a estrutura de seis fatores proposta pelos autores originais do BASIS-24. Embora o valor de TLI se situasse abaixo do ponto de corte recomendado, o modelo inicial com 24 itens apresentou índices de ajustamento aceitáveis. Após a eliminação dos itens 4 e 14, devido aos seus reduzidos pesos fatoriais, o modelo de 22 itens mostrou uma ligeira melhora, mantendo-se globalmente consistente com a estrutura teórica. Estes resultados sugerem que a versão portuguesa do BASIS-24 possui uma estrutura fatorial adequada, embora não totalmente sobreposta à versão original. Valores semelhantes têm sido relatados em estudos internacionais. No estudo de validação original, Eisen et al. (2004) verificaram bons índices de consistência interna e suporte geral para a estrutura de seis fatores, mas também dificuldades em alcançar ajustamentos perfeitos em modelos confirmatórios. Cameron et al. (2007), com uma amostra clínica do Reino Unido, obtiveram igualmente índices aceitáveis, mas sem uma replicação plena do modelo, o que reforça a sensibilidade do instrumento a variações culturais e contextuais. Eisen et al. (2009), ao validarem a versão espanhola aplicada nos Estados Unidos, confirmaram a estrutura fatorial, mas observaram uma consistência interna mais fraca na subescala de Labilidade Emocional. De forma semelhante, Connell et al. (2014) salientaram no Reino Unido que o BASIS-24 demonstrou uma boa validade estrutural e sensibilidade às mudanças clínicas, apesar de alguns desvios nos índices de ajustamento. Os resultados do presente estudo estão em conformidade com a literatura internacional, demonstrando que, embora a estrutura de seis fatores seja globalmente aceitável, pequenas alterações, como a exclusão de itens com baixas cargas

fatoriais, podem melhorar o ajuste do modelo em contextos específicos, nomeadamente na população geral e dentro da faixa etária do presente estudo. Além da adequação psicométrica, os resultados obtidos têm implicações relevantes para a prática clínica e para a investigação em saúde mental em Portugal. No contexto clínico, o BASIS-24 pode ser uma ferramenta útil para monitorizar sintomas e resultados da intervenção, permitindo identificar áreas problemáticas específicas, como a depressão, a ansiedade, o consumo de substâncias e a autoagressão, e acompanhar a evolução dos utentes ao longo do tratamento. A possibilidade de utilizar tanto as subescalas como a pontuação total aumenta a versatilidade do instrumento, tornando-o adequado para utilização em diferentes serviços de saúde mental, desde o internamento até às consultas de ambulatório. No âmbito da investigação, a adaptação portuguesa do BASIS-24 proporciona uma medida validada e ajustada culturalmente, que pode ser utilizada em estudos sobre a prevalência de sintomas, a eficácia de intervenções e a comparação transcultural de dados. No entanto, os resultados também sugerem cautela: a necessidade de eliminar dois itens para melhorar o ajustamento fatorial indica que futuras investigações devem explorar a robustez do modelo em amostras mais amplas e diversificadas, incluindo adultos de diferentes faixas etárias e contextos clínicos. A realização de estudos longitudinais poderá também clarificar a sensibilidade do instrumento a mudanças ao longo do tempo, aspeto fundamental para a sua utilização como medida de resultados.

Quanto à validade convergente, foram observadas correlações positivas significativas entre as subescalas do BASIS-24 e medidas que avaliam construtos teóricos próximos, nomeadamente a sintomatologia depressiva (PHQ-9) e a sintomatologia ansiosa (GAD-7), conforme os resultados apresentados na literatura (Eisen et al., 2004; Idiculla, 2012). Estes resultados reforçam a robustez do instrumento na identificação de sintomas centrais da psicopatologia e confirmam que as diferentes dimensões estão associadas a indicadores consolidados de sofrimento emocional. Adicionalmente, a subescala de Consumo de Álcool/Drogas apresentou uma correlação elevada com o AUDIT, ao passo que a subescala de Sintomas Psicóticos demonstrou uma correlação moderada com a medida de Psicoticismo, corroborando a validade convergente destas dimensões específicas. Estes resultados estão de acordo com investigações que salientam a utilidade do BASIS-24 na avaliação transversal de vários domínios sintomatológicos (Madden et al., 2022). A validade convergente foi ainda confirmada pelas correlações negativas entre as subescalas do BASIS-24 e o bem-estar avaliado pelo MHC-SF. Constatou-se que, quanto mais elevada a sintomatologia, menor o bem-estar subjetivo, social e psicológico, o que está em linha com os estudos que evidenciam a relação inversa entre o sofrimento psicológico e o funcionamento positivo (Keyes, 2002). Estes

resultados sugerem que o BASIS-24 permite distinguir, de forma consistente, perfis de maior vulnerabilidade e comprometimento psicológico, reforçando a sua relevância clínica e investigativa. Para além das propriedades psicométricas, foram ainda analisadas diferenças em função das variáveis sociodemográficas (sexo e idade). Os resultados revelaram que, no presente estudo, apenas a dimensão "Problemas Interpessoais" apresentou diferenças significativas entre os sexos, com valores mais elevados nos homens. Este resultado contrasta com a literatura que frequentemente descreve maiores dificuldades interpessoais reportadas pelas mulheres, sobretudo associadas a sintomas de ansiedade e depressão (Kessler et al., 2005; Seedat et al., 2009). Uma possível explicação para este resultado poderá residir nas características da amostra em estudo, que é maioritariamente composta por jovens adultos em fase de transição académica ou profissional. Neste contexto, os homens poderão experienciar maiores desafios na gestão das relações sociais e familiares. Relativamente à idade, os jovens adultos com idades entre os 22 e os 25 anos apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que os participantes com idades entre os 26 e os 35 anos. Este resultado é consistente com investigações epidemiológicas que apontam para uma maior prevalência de perturbações depressivas e ansiosas na adolescência tardia e no início da vida adulta, com um pico de incidência entre os 18 e os 25 anos (Kessler et al., 2007; Arnett, 2000). O aumento das exigências académicas, profissionais e relacionais nesta fase pode contribuir para um aumento do sofrimento psicológico, o que pode explicar os resultados encontrados.

Não foram observadas diferenças significativas em função do sexo ou da idade nas restantes dimensões do BASIS-24 (Autoagressão, Sintomas Psicóticos, Labilidade Emocional e Consumo de Álcool/Drogas). Este resultado sugere que, na amostra comunitária em questão, estas dimensões não apresentam diferenças substanciais em termos sociodemográficos, o que poderá dever-se ao baixo nível de prevalência de sintomas mais graves (psicóticos ou autoagressivos) neste grupo, bem como à relativa homogeneidade da amostra em termos etários. Relativamente ao estatuto ocupacional atual, os estudantes exibiram níveis substancialmente mais elevados de "Depressão/Funcionamento Emocional" em comparação com os participantes empregados. Este resultado pode refletir o elevado grau de exigência académica e a incerteza quanto ao futuro profissional, características desta faixa etária. Estudos anteriores demonstram que estudantes universitários reportam taxas particularmente elevadas de depressão e ansiedade quando comparados com pares já inseridos no mercado de trabalho (Ibrahim et al., 2013). Nas restantes dimensões, não se observaram diferenças, o que pode indicar que outros fatores, para além da atividade ocupacional, têm maior peso na manifestação de sintomas.

Foi significativa a associação entre a presença de doença física e níveis mais elevados de "Depressão/Funcionamento Emocional", "Autoagressão", "Sintomas Psicóticos" e "Labilidade Emocional". Embora o questionário não especifique a natureza das doenças referidas, é provável que uma parte significativa corresponda a doenças crônicas, o que está em concordância com a evidência da comorbilidade entre doenças físicas prolongadas e sofrimento psicológico (Scott et al., 2007). O impacto da doença física na qualidade de vida, associado às exigências de tratamentos médicos, pode contribuir para níveis superiores de sofrimento psicológico.

Por fim, a história de saúde mental revelou diferenças consistentes em quase todas as dimensões do BASIS-24. Os participantes que referiram atualmente apresentar um problema de saúde mental apresentaram níveis substancialmente mais elevados de sintomatologia do que os que indicaram ter tido problemas no passado, os que nunca tiveram e os que não souberam responder, o que corrobora a sensibilidade da escala para distinguir entre populações clínicas e não clínicas. Estes resultados corroboram a evidência de estudos prévios que apontam para a robustez do BASIS-24 na identificação de níveis mais elevados de sofrimento em indivíduos com diagnóstico clínico (Eisen et al., 2004; Madden et al., 2022). A ausência de discrepâncias na dimensão "Consumo de Álcool/Drogas" poderá dever-se à reduzida prevalência de consumos problemáticos nesta amostra comunitária, limitando a variabilidade das respostas. A natureza comunitária e jovem da amostra pode ter limitado a expressão de sintomas graves (psicóticos e autoagressivos), restringindo as diferenças observadas. Estudos futuros com amostras clínicas mais diversificadas poderão clarificar em maior detalhe as diferenças sociodemográficas e clínicas nas várias dimensões da escala.

Não obstante, os resultados encorajadores, duas subescalas evidenciaram fragilidades psicométricas. A dimensão de Problemas Interpessoais apresentou um alfa de *Cronbach* baixo ($\alpha = .61$), melhorando para valores aceitáveis após a remoção do item "Conviveu com membros da sua família?". Esta discrepância pode indicar que o item em questão não se alinha plenamente com o construto avaliado, possivelmente devido a fatores de pertinência cultural ou etária. A amostra consistia em jovens adultos, para os quais a ausência de convivência familiar pode não refletir dificuldades interpessoais significativas, mas tão somente um processo normativo de transição desenvolvimental. De forma similar, a subescala de Sintomas Psicóticos evidenciou uma consistência interna moderada ($\alpha = .61$). A análise dos dados revelou médias extremamente baixas, assimetria e curtose elevadas, traduzindo um marcado “floor effect”. Este resultado é compreensível, dado que se trata de uma amostra não clínica, em que a prevalência de sintomas psicóticos é, de forma expectável, muito baixa. A literatura confirma

que esta subescala tende a apresentar maior utilidade e consistência em populações clínicas, especialmente em contextos de psicose ou perturbações graves (Eisen et al., 2004). A subescala de autoagressão apresentou correlações de .60 com a depressão (PHQ-9) e valores mais modestos com a ansiedade (GAD-7). Embora estas associações sejam significativas e de magnitude moderada, são mais baixas do que o esperado com base em estudos anteriores realizados em populações clínicas, nos quais foram reportadas correlações mais elevadas entre a autoagressão, a depressão e a ansiedade (Klonsky e Olin, 2008; Nock et al., 2006; Whitlock et al., 2006). Uma possível explicação para estes resultados reside no reduzido número de comportamentos ou na ideação autoagressiva na amostra em estudo, o que limita a variabilidade dos itens e reduz a magnitude das associações observadas.

Em suma, os resultados deste estudo corroboram os de investigações internacionais que validam o BASIS-24 como um instrumento fidedigno e útil para a avaliação multidimensional de sintomas psicológicos (Madden et al., 2022; Idiculla, 2012). No entanto, foram identificadas fragilidades em subescalas específicas, sobretudo quando aplicadas a populações não clínicas. A versão portuguesa confirma, assim, a adequação geral do instrumento, embora se recomende cautela na interpretação das dimensões menos consistentes e na integração dos resultados com outras fontes de informação clínica. Entre as implicações práticas, destaca-se a utilidade do BASIS-24 como medida breve e abrangente, que pode ser utilizada em diferentes contextos de avaliação da saúde mental. A adaptação deste instrumento para utilização em Portugal é um passo importante para reforçar as práticas de avaliação psicológica e harmonizá-las com os padrões internacionais. A utilização do BASIS-24 poderá contribuir para uma monitorização mais sistemática dos sintomas e das dificuldades funcionais, promovendo uma avaliação mais abrangente e comparável a nível internacional. No entanto, este potencial deverá ser confirmado por meio de estudos adicionais que testem a robustez psicométrica da escala em diferentes contextos clínicos e populacionais. A sua natureza multidimensional sugere que o BASIS-24 pode proporcionar uma visão global da experiência psicológica, facilitando a identificação de perfis clínicos complexos e de comorbilidades, aspetos que são frequentemente negligenciados por instrumentos mais restritos. É, no entanto, importante reconhecer as limitações deste estudo. A amostra foi constituída por jovens adultos da comunidade em geral, o que condiciona a generalização dos resultados e limita a variabilidade em dimensões de baixa prevalência, como os sintomas psicóticos e a autoagressão. Além disso, a recolha de dados por meio de questionários online de autorrelato pode introduzir enviesamentos associados à perceção subjetiva e à desejabilidade social. Acresce que, por ser de natureza transversal, o estudo não

permite avaliar a sensibilidade do instrumento a mudanças ao longo do tempo, aspeto relevante para a monitorização de processos terapêuticos.

Futuras investigações deverão procurar replicar estes resultados em amostras clínicas diversificadas, incluindo participantes com perturbações depressivas, psicóticas e com historial de autoagressão, de modo a testar de forma mais rigorosa a consistência interna e a validade das subescalas menos robustas. Será igualmente pertinente realizar análises de invariância fatorial entre grupos (sexo, idade e condição clínica) e estudos longitudinais que permitam avaliar a sensibilidade do BASIS-24 à mudança ao longo do tempo.

Concluindo, a versão portuguesa do BASIS-24 apresentou propriedades psicométricas adequadas, com uma consistência interna aceitável na maioria das subescalas, bem como evidência de validade convergente e discriminante. Apesar de algumas fragilidades observadas nas dimensões "Problemas Interpessoais", "Sintomas Psicóticos" e "Autoagressão", o instrumento constitui uma ferramenta relevante para a investigação em Portugal, permitindo uma avaliação breve, multidimensional e comparável a nível internacional da sintomatologia em saúde mental.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*, 5(5). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arnett, J. J. (2000). *Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties*. Psycnet.apa.org.
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0003-066X.55.5.469>
- Beutler, L. E., & Malik, M. L. (Eds.). (2002). *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10456-000>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Cameron, I. M., Cunningham, L., Crawford, J. R., Eagles, J. M., Eisen, S. V., Lawton, K., Naji, S. A., & Hamilton, R. J. (2007). Psychometric properties of the BASIS-24© (Behaviour and Symptom Identification Scale–Revised) Mental Health Outcome Measure. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(1), 36–43.
<https://doi.org/10.1080/13651500600885531>
- Clark, D. M., Fairburn, C. G., & Jones, J. V. (1997). The science and practice of cognitive behaviour therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11(2), 141–144.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.11.2.141>
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder: Saúde mental em Portugal – um desafio para a próxima década*. <https://www.cns.min-saude.pt>
- EAPN Portugal / Observatório Nacional. (2021, novembro). *Boletim #7: A saúde mental em Portugal: Um breve retrato epidemiológico e social*. Observatório Nacional – EAPN Portugal. <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-7-A-sa%C3%BAdede-mental-em-Portugal-um-breve-retrato-epidemiol%C3%B3gico-1.pdf>
- Eisen, S. V., Normand, S.-L., Belanger, A. J., Spiro, A., & Esch, D. (2004). The Revised Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-R). *Medical Care*, 42(12), 1230–1241. <https://doi.org/10.1097/00005650-200412000-00010>
- Eisen, S. V., Seal, P., Glickman, M. E., Cortés, D. E., Gerena-Melia, M., Aguilar-Gaxiola, S., Febo San Miguel, V. E., Soto-Espinosa, J., Magaña, C., & Canino, G. (2009). Psychometric Properties of the Spanish BASIS-24© Mental Health Survey. *The*

- Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(1), 124–143.
<https://doi.org/10.1007/s11414-009-9170-6>
- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; Caldas de Almeida, J. M., & Xavier, M. (Coord.). (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório* (Relatório). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Gainé, G. S., Nealis, L. J., Zhou, H., Purdon, S. E., & Abba-Aji, A. (2021). Identification of psychiatric inpatient recovery trajectories using routine outcome monitoring with emerging adults. *Psychiatry Research*, 302, 114000.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114000>
- Hambleton, R.K., Merenda, P.F., & Spielberger, C.D. (Eds.). (2004). Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment (1st ed.). Psychology Press.
<https://doi.org/10.4324/9781410611758>
- Harvey, Allison, and others, *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment* (Oxford, 2004; online edn, Oxford Academic, 1 Aug. 2015), <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198528883.001.0001>,
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391–400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Cameron, I. M., Cunningham, L., Crawford, J. R., Eagles, J. M., Eisen, S. V., Lawton, K., ... Hamilton, R. J. (2007). Psychometric properties of the BASIS-24© (Behaviour and Symptom Identification Scale–Revised) Mental Health Outcome Measure. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(1), 36–43.
<https://doi.org/10.1080/13651500600885531>
- Idiculla, T. (2012). The BASIS-24 Behavior and Symptom Identification Scale. *Integrating Science and Practice*, 2(2), 16-19.
- International Test Commission. (2017). ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition). *International Journal of Testing*, 18(2), 101–134.
<https://doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166>
- Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M. C., Devlin, N., Harley, M., & Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review

- and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine*, 42(9), 1857–1863. <https://doi.org/10.1017/s0033291711002960>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., & Lee, S. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2009). The Nature and Importance of Positive Mental Health in America's Adolescents. In Gilman, R., Huerbner, E. S. & Furlong, M. J. (Eds.). *Handbook of Positive Psychology in Schools* (pp. 9-23). Routledge.
- Kline, R. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22–27. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.22>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2013). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879-1890
- Madden, L. M., Farnum, S. O., Bromberg, D. J., Barry, D. T., Alyona Mazhnaya, Fomenko, T., Meteliuk, A., Marcus, R., Rozanova, J., Iurii Poklad, Sergii Dvoriak, & Altice, F. L. (2022). The development and initial validation of the Russian version of the BASIS-24. *Addiction Science & Clinical Practice*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13722-022-00343-0>
- Mansell, W. (2011). Core processes of psychopathology and recovery: “Does the Dodo bird effect have wings?” *Clinical Psychology Review*, 31(2), 189–192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.009>

- McLean Hospital. (2025). McLean Hospital BASISplus/eBASIS. Retrieved from <https://www.ebasis.org/basis24>
- Matos, A. P., André, R., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira C., & Pinto, A. (2010). Estudo psicométrico preliminar da MHC-SF for youth. *Psychologica*, 53, 131-156. http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_53_7
- Muniz, M. (2018). Ética na avaliação psicológica: velhas questões, novas reflexões. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 38(spe), 133–146. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000209682>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Portugal: Country Health Profile 2023 | European Observatory on Health Systems and Policies. (223 C.E., December 15). Eurohealthobservatory.who.int. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/portugal-country-health-profile-2023>
- Pires, R., Sousa Ferreira, A., Gonçalves, B., Henriques-Calado, J., & Paulino, M. (2019). The Portuguese version of the Personality Inventory for the DSM-5 in a community and a clinical sample. *Personality and Mental Health*, 13(1), 40-52. <https://doi.org/10.1002/pmh.1437>
- Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S. P. de, Silva, N. T. B. da, Tams, B. D., Patella, A. M., & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1533–1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B.-E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., & Williams, D. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the world health organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>

- Shen, F. C., Liao, K. Y.-H., Abraham, W. T., & Weng, C.-Y. (2014). Parental pressure and support toward Asian Americans' self-efficacy, outcome expectations, and interests in stereotypical occupations: Living up to parental expectations and internalized stereotyping as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, 61(2), 241–252.
<https://doi.org/10.1037/a0036219>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
- van de Vijver, F., & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview. *European Review of Applied Psychology*, 54(2), 119–135.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2003.12.004>
- World Health Organization. (2001). *AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care*. Wwww.who.int.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a>
- Whitlock, J. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>

Material Suplementar

Tabela 1

Estatísticas descritivas dos itens do BASIS-24

Item	N	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Sk</i>
Gerir a sua vida no dia-a-dia?	1.10	1.011	0.853	0.163	0.12	0.324
Lidar com os problemas da sua vida?	1.24	1.109	0.733	0.163	-0.277	0.324
Concentrar-se	1.73	1.214	0.4	0.163	-0.803	0.324
Conviveu com membros da sua família?	2.10	1.004	-0.235	0.163	-0.833	0.324
Conviveu com pessoas fora da sua família?	1.98	0.942	-0.094	0.163	-0.77	0.324
Deu-se bem em situações sociais?	1.46	0.96	0.455	0.163	-0.615	0.324
Se sentiu próximo de outra pessoa?	1.58	0.999	0.484	0.163	-0.344	0.324
Sentiu que tinha alguém a quem recorrer?	1.09	1.148	0.811	0.163	-0.355	0.324
Sentiu confiança em si próprio?	1.87	1.027	-0.113	0.163	-0.767	0.324
Se sentiu triste ou deprimido/a?	1.49	1.015	0.542	0.163	-0.444	0.324
Pensou em pôr fim à sua vida?	0.18	0.514	3.644	0.163	16.832	0.324
Se sentiu nervoso/a?	2.07	1.15	0.091	0.163	-1.011	0.324
Sentiu que os seus pensamentos passavam depressa?	1.92	1.195	-0.019	0.163	-0.97	0.324
Pensou ter poderes especiais?	0.17	0.525	3.357	0.163	11.239	0.324
Ouviu vozes ou viu coisas?	0.08	0.398	5.429	0.163	31.664	0.324

Pensou que estava a ser observado/a?	0.33	0.721	2.587	0.163	7.422	0.324
Pensou que estavam contra si?	0.55	0.927	1.63	0.163	1.802	0.324
Teve oscilações de humor?	1.43	1.069	0.154	0.163	-0.877	0.324
Se sentiu mal-humorado/a?	1.68	0.953	-0.08	0.163	-0.576	0.324
Pensou em magoar-se?	0.23	0.656	3.085	0.163	9.05	0.324
Sentiu vontade de beber álcool/drogas?	0.36	0.797	2.311	0.163	4.692	0.324
Alguém falou consigo sobre consumo de álcool/drogas?	0.14	0.477	3.895	0.163	15.971	0.324
Tentou esconder o seu consumo de álcool/drogas?	0.09	0.414	4.822	0.163	23.181	0.324
Teve problemas derivados do consumo de álcool/drogas?	0.04	0.289	8.003	0.163	68.146	0.324

Nota: DP = desvio padrão. Sk = assimetria. Ku = curtose

Tabela 2*Estatística descritiva: valores das dimensões do BASIS-24*

Dimensões	N	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
BASIS	224	0	4	1.58	0.86	0.48	-0.70
Depressão/Funcionamento							
BASIS	224	0	4	1.65	0.87	0.39	-0.16
Problemas Interpessoais							
BASIS Autoagressão	224	0	3.5	0.21	0.55	3.23	11.03
BASIS	224	0	2.5	0.28	0.46	2.21	5.04
Sintomas Psicóticos							
BASIS	224	0	4	1.68	0.87	0.04	-0.58
Labilidade Emocional							
BASIS	224	0	2.75	0.15	0.47	3.66	16.26
Consumo Álcool/Droga							

Nota: DP = desvio padrão; Sk = assimetria; Ku = curtose.

Material Suplementar (Análises Diferenciais)

Tabela 1

Diferenças por sexo (t-test)

Dimensão	Mulheres <i>M (DP)</i>	Homens <i>M (DP)</i>	<i>t(df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Depressão/Func. Emocional	1.59 (0.82)	1.53 (0.96)	0.44(214)	.66	0.07
Problemas Interpessoais	1.59 (0.60)	1.82 (0.69)	−2.39(214)	.02	−0.37
Autoagressão	0.20 (0.53)	0.21 (0.64)	−0.13(214)	.90	−0.02
Sintomas Psicóticos	0.29 (0.47)	0.26 (0.43)	0.38(214)	.71	0.06
Labilidade Emocional	1.73 (0.86)	1.51 (0.87)	1.63(214)	.10	0.25
Consumo Álcool/Drogas	0.16 (0.37)	0.15 (0.41)	0.10(214)	.92	0.02

Tabela 2*Estado de saúde geral (t-test)*

Dimensão	Sem doença <i>M (DP)</i>	Com doença <i>M (DP)</i>	<i>t(df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Depressão/Func. Emocional	1.49 (0.81)	2.21 (0.90)	4.45(222)	<.001	0.87
Problemas Interpessoais	1.73 (0.68)	1.63 (0.68)	0.81(222)	.42	0.16
Autoagressão	0.16 (0.44)	0.57 (0.97)	2.32(36.92)	.027	0.77
Sintomas Psicóticos	0.25 (0.43)	0.47 (0.61)	2.35(222)	.019	0.46
Labilidade Emocional	1.61 (0.92)	2.14 (0.92)	3.23(222)	.001	0.63
Consumo Álcool/Drogas	0.15 (0.37)	0.21 (0.46)	0.78(222)	.44	0.15

Tabela 3
Atividade atual (ANOVA)

Dimensão	Estudante <i>M</i> (<i>DP</i>)	Trabalhador- estudante <i>M</i> (<i>DP</i>)	Empregado <i>M</i> (<i>DP</i>)	Desempregado <i>M</i> (<i>DP</i>)	Outro <i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>F(df)</i> , <i>p</i> / η^2
Depressão/Func. Emocional	1.72 (0.86)	1.41 (0.93)	1.11 (0.63)	1.50 (1.01)	1.43 (0.48)	3.63(4,218), .007 / .06
Problemas Interpessoais	1.67 (0.67)	1.63 (0.59)	1.55 (0.53)	1.67 (0.85)	1.48 (0.30)	0.30(4,218), .88 / .01
Autoagressão	0.25 (0.62)	0.11 (0.34)	0.09 (0.39)	0.33 (0.61)	0.00 (0.00)	1.09(4,218), .36 / .02
Sintomas Psicóticos	0.28 (0.46)	0.26 (0.38)	0.38 (0.61)	0.04 (0.10)	0.20 (0.27)	0.76(4,218), .55 / .01
Labilidade Emocional	1.72 (0.88)	1.61 (0.81)	1.58 (0.88)	1.72 (0.83)	1.60 (1.11)	0.23(4,218), .92 / .00
Consumo Álcool/Drogas	0.15 (0.34)	0.10 (0.25)	0.27 (0.66)	0.29 (0.51)	0.15 (0.34)	0.97(4,218), .42 / .02

Tabela 4*História de saúde mental (ANOVA)*

Dimensão	Não <i>M (DP)</i>	Passado <i>M (DP)</i>	Atual <i>M</i> <i>(DP)</i>	Não sei <i>M (DP)</i>	<i>F(df)</i>	<i>p</i>	η^2
Depressão/Func. Emocional	1.14 (0.61)	1.57 (0.98)	2.17 (0.80)	2.01 (0.79)	26.82(3,219)	<.001	.27
Problemas Interpessoais	1.45 (0.60)	1.74 (0.67)	1.93 (0.58)	1.76 (0.63)	7.64(3,219)	<.001	.10
Autoagressão	0.04 (0.27)	0.07 (0.22)	0.63 (0.94)	0.27 (0.48)	14.45(3,219)	<.001	.17
Sintomas Psicóticos	0.17 (0.35)	0.19 (0.28)	0.39 (0.49)	0.49 (0.63)	7.08(3,219)	<.001	.09
Labilidade Emocional	1.43 (0.72)	1.73 (0.87)	2.39 (0.69)	1.96 (0.76)	27.33(3,219)	<.001	.27
Consumo Álcool/Drogas	0.10 (0.25)	0.12 (0.32)	0.26 (0.56)	0.22 (0.44)	2.25(3,219)	.08	.03

FACULDADE DE **PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

