



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Matilde Rodrigues Marques Azenha

**ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DA VERSÃO EM
PORTUGUÊS EUROPEU DA ESCALA DE
SEVERIDADE E COMPROMISSO DA
ANSIEDADE**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Marco Daniel de Almeida Pereira, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2023

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DA VERSÃO EM PORTUGUÊS EUROPEU DA ESCALA DE SEVERIDADE E COMPROMISSO DA ANSIEDADE

Matilde Rodrigues Marques Azenha

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Marco Daniel de Almeida Pereira, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2023



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Marco Pereira, pela orientação de excelência, rigor, (muita) paciência e disponibilidade. Sabemos que não foi um caminho fácil nem linear, mas com o incentivo e partilha de conhecimentos de um docente com estas características, culminou num trabalho que agora consigo olhar com bastante orgulho. À semelhança no que escrevi nos agradecimentos do Relatório de Estágio Curricular, escrevo-o também aqui: “Quando me perguntam quem são os meus orientadores académicos, de estágio e tese, e eu revelo o nome dos docentes que me acompanharam e orientaram ao longo deste ano, costumam dizer que tenho *“o melhor dos dois mundos”*. E eu concordo”. Obrigada!

A todos os docentes e demais investigadores da FPCEUC que me permitiram aprender tanto ao longo destes anos, o meu mais sincero obrigada. Sem dúvida que jamais me arrependerei de ter escolhido esta instituição e este mestrado de excelência.

Mamã, papá, mana. Porque vocês são os meus maiores alicerces e foram vocês que me deram todas as ferramentas pessoais (e não só) para que chegasse até aqui hoje. Vocês são os o meu maior exemplo de resiliência e humildade. Obrigada por todos os esforços que fizeram para que tudo isto fosse possível.

Tio Aires, consegui! A sua Matildinha escreveu uma tese de mestrado! E teve a oportunidade de contribuir para a investigação e para a saúde pública, tal como você sempre me incutiu. Aqui em baixo temos muitas saudades suas e por isso e por outros tantos motivos, dedico-lhe esta vitória.

Pedrito, Gonçalo, Joãozinho, Mariana, Daniela, Filipa, Raquel, Brunicas. Vocês são família. Obrigada por me terem escolhido para viver com vocês estes anos maravilhosos e vos acompanhar nesta cidade, sem dúvida que não seria o mesmo sem vocês. Pelo companheirismo, pelas saídas e cafés (distratores mas que sabiam tão bem) e por terem sempre uma palavra de força para mim. Levo-vos comigo sempre!

Eva, Tomás Morais, Tomás Vidal e Jobê, a grupeta maravilha. Obrigada por tudo, por serem ar fresco e risada garantida. Por estarem lá nos bons e mais importante, nos maus momentos.

Aos meus amigos “tochanos”, obrigada por serem Casa, na Tocha e em Coimbra. E sei que o serão em qualquer parte do mundo.

À Associação Académica de Coimbra, que foi sem dúvida a história mais bonita de amor que vivi em Coimbra. Que honra que foi poder servir a Casa mais eclética, a Casa dos estudantes.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo apresentar o desenvolvimento e aplicação da versão em Português Europeu da *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (OASIS; Norman et al., 2006), designada em Português Europeu por Escala Global de Severidade e Compromisso da Ansiedade, numa amostra comunitária da população Portuguesa. A amostra foi composta por 367 participantes da população geral (69.5% do sexo feminino), com idade média de 30.23 anos ($DP = 13.07$). Para além da OASIS, a bateria de avaliação o protocolo de avaliação disponível na plataforma Limesurvey® foi composta por questionários de autorresposta que avaliavam outros construtos relacionados com psicopatologia e processos psicológicos, tais como a ansiedade, depressão, evitamento experiencial, fusão cognitiva, dificuldades de regulação emocional, e qualidade de vida. O valor de fiabilidade da OASIS foi bastante elevado ($\alpha = .89$). A análise fatorial confirmatória corroborou a estrutura unidimensional, replicando assim a estrutura de fator único encontrada no estudo de validação original. Evidenciado a validade convergente da escala, foram encontradas correlações significativas e na direção esperada com medidas que avaliam construtos teoricamente relacionados como a depressão, ansiedade, qualidade de vida, bem como com processos psicológicos como a fusão cognitiva, evitamento experiencial e as dimensões das dificuldades de regulação emocional. As boas características psicométricas encontradas no presente de estudo, sugerem a adequabilidade da OASIS na avaliação dos níveis de severidade e compromisso funcional associados à ansiedade na população portuguesa. O estudo desta escala constitui-se como um bom contributo para a investigação e prática clínica, tendo em conta a brevidade desta medida de *screening* e o facto de ser capaz de captar não só a severidade, mas também o grau de incapacidade associado à ansiedade, que se constitui como um dos objetivos primários do tratamento devido ao impacto significativo no normal funcionamento dos indivíduos que experienciam sintomatologia desta natureza.

Palavras-chave: ansiedade; Overall Anxiety Severity and Impairment Scale; propriedades psicométricas; fiabilidade; validade.

Abstract

The main purpose of this study was to present the development and application of the European Portuguese version of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS; Norman et al., 2006), designated in European Portuguese by *Escala de Severidade e Compromisso da Ansiedade* in a community sample of the Portuguese population. The sample consisted of 367 participants from the general population (69.5% female), with a mean age of 30.23 years ($SD = 13.07$). Besides the OASIS, the research protocol available at the Limesurvey® consisted of a set of self-reported questionnaires that assessed other constructs related to psychopathology and psychological processes, such as anxiety, depression, experiential avoidance, cognitive fusion, difficulties of emotional regulation, and quality of life. The reliability value for OASIS was high ($\alpha = .89$). Confirmatory factor analysis corroborated the one factor (one-dimensional structure), as proposed on the original validation study. Supporting the convergent validity of the scale, significant correlations, in the expected direction, were observed with measures that assessed theoretically related constructs such as depression, anxiety, quality of life, as well as with psychological processes such as cognitive fusion, experiential avoidance and the dimensions of the difficulties in emotion regulation. In the present study, the OASIS presented good psychometric characteristics, which suggests its suitability in the assessment of severity and functional impairment related to anxiety in the Portuguese population. The study of this instrument was a good contribution to research and clinical practice, considering the brevity of this screening measure as well as the fact that it is able to capture not only the severity, but also the degree of impairment associated with anxiety, which is one of the main goals of treatment due to the significant impact on the normal functioning of individuals who experience anxiety symptoms.

Keywords: anxiety; Overall Anxiety Severity and Impairment Scale; psychometric properties; reliability; validity.

Índice

Agradecimentos.....	2
Resumo.....	4
Abstract.....	5
Índice	6
Introdução.....	7
Enquadramento teórico	9
Método.....	17
Resultados.....	25
Discussão	30
Conclusões.....	34
Referências.....	36

Introdução

O estudo das propriedades psicométricas da *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (OASIS), aplicada à população adulta portuguesa, que surge como objetivo para a presente investigação, emerge no contexto da implementação do Protocolo Unificado para o tratamento transdiagnóstico de Perturbações Emocionais (Barlow et al., 2010), que consiste num protocolo intervenção transdiagnóstico cognitivo-comportamental aplicável às diferentes perturbações emocionais (e.g., ansiedade, depressão e outras perturbações em que ansiedade e a desregulação emocional desempenhem um papel importante), tendo como alvo os processos cognitivos, emocionais, comportamentais e interpessoais maladaptativos subjacentes a estes quadros clínicos, baseando-se nos princípios da abordagem cognitivo-comportamental com particular ênfase na forma como os indivíduos experienciam e respondem às suas emoções.

Em Portugal, a investigação até ao momento atual tem evidenciado prevalências cada vez mais elevadas de perturbações emocionais e sintomatologia psicopatológica na população, o que remete para a necessidade de desenvolver instrumentos de *screening* que possam detetar o risco de desenvolver estas perturbações de forma breve e abrangente. Isto é particularmente relevante pois a maioria dos instrumentos existentes e validados no nosso país objetivam primordialmente a quantificação da presença e/ou gravidade de categorias específicas de sintomas, e neste sentido, não foram desenvolvidas para captar a gravidade e o compromisso funcional e comportamental que resulta destas perturbações, de um modo rápido e geral. Assim, e tendo em conta que não existe qualquer indicação de que existam outras validações da escala mencionada para o contexto referido, o que se pode constituir como uma limitação tanto na investigação como em contexto clínico, a validação da OASIS para a população portuguesa, que se constitui como objetivo da presente dissertação, pretende colmatar esta lacuna.

Posto isto, a presente dissertação está organizada em cinco partes; numa primeira parte referente ao enquadramento teórico, onde consta a definição do constructo em estudo (a ansiedade) numa perspetiva cognitivo-comportamental, sendo ainda abordados alguns dados de prevalência e salientados problemas no que respeita à qualidade de vida e compromisso funcional associado à ansiedade no contexto de saúde mental. Nesta secção é ainda apresentado o panorama atual da avaliação da ansiedade, terminando com os objetivos do estudo. De seguida, numa segunda parte, é apresentada a metodologia do

presente estudo, incluindo instrumentos que compõem o protocolo de avaliação, os dados e as características gerais da amostra, os procedimentos e o plano de análise de dados. Posteriormente, são reportados os resultados obtidos nas análises estatísticas da escala OASIS e é feita a interpretação e discussão dos resultados. Por último, são reveladas as conclusões, as forças e as limitações do estudo, sendo indicadas as implicações para a prática e investigação.

Enquadramento teórico

Ansiedade: Conceptualização cognitivo-comportamental

Ao longo do tempo e consoante diferentes visões teóricas, têm sido percebidas diversas conceptualizações da ansiedade, sendo que, segundo a perspetiva cognitivo-comportamental, postula-se que a ansiedade seja um construto evolucionário e inerente à condição humana (Clark & Beck, 2010). Esta é uma emoção universal (Taylor & Arnou, 1998), considerando-se que sentir ansiedade é normal no decorrer da experiência humana (Gross & Hen, 2004). A experiência de ansiedade corresponde a um estado emocional subjetivamente desagradável (Beck et al., 1985) e é acompanhado por respostas afetivas, (tais como sentimentos subjetivos como tensão ou nervosismo), e respostas comportamentais e fisiológicas (tais como o evitamento, vigilância e ativação), respostas estas que são também encontradas em animais e parecem fazer parte do mecanismo universal através do qual os organismos se adaptam a condições potencialmente adversas (Gross & Hen, 2004).

No sentido de clarificar e conceptualizar o construto que pretende ser descrito no presente estudo, importa mencionar que a ansiedade se encontra estreitamente ligada ao medo. Segundo Barlow (2002), o medo define-se como um alarme primitivo, em resposta a perigo, caracterizado por ativação intensa e tendências de ação. Assim, o medo surge como uma interpretação básica e automática do perigo, ativado quando uma pessoa é exposta à situação ou estímulo que ela considera ameaçadora, sendo que, a ansiedade surge como o estado emocional experienciado quando este é ativado (Beck et al., 1985). A ansiedade apresenta-se, assim, como uma resposta à ameaça, e na medida em que os seres humanos são desenhados para experienciar ansiedade em resposta a um perigo, experienciar ansiedade surge como um mecanismo para o reduzir e prevenir a sua recorrência (Beck et al., 1985).

Tendo em conta esta perspetiva de ansiedade adaptativa e fulcral para a sobrevivência, importa salientar que esta também se pode tornar disfuncional e atingir níveis clinicamente significativos, tornando-se assim patológica. Neste sentido, importa compreender quando é que a ansiedade se torna um problema de saúde mental.

A resposta de ansiedade é uma reação vital e normal à ameaça, sendo elicitada por um perigo realista e dissipando-se quando a ameaça já não está presente. A ansiedade torna-se um problema quando a resposta é exagerada face à ameaça ou quando ocorre na ausência de uma ameaça real (Beck et al., 1985). Adicionalmente, é importante ainda ter em conta o impacto da ansiedade no funcionamento do indivíduo, avaliando aspetos como o sofrimento subjacente, os potenciais sintomas psicossomáticos e o compromisso do funcionamento em diversas áreas da vida. Assim, existem determinados critérios que permitem fazer a distinção entre estados de medo normativos e ansiedade (Clark & Beck, 2010), sendo que é esperada a presença destas características em casos de ansiedade clinicamente significativa, ou seja, quando esta se torna excessiva e mal adaptativa. Dos cinco critérios referidos por estes autores (i.e., cognições disfuncionais, compromisso no funcionamento, persistência, ocorrência de falsos alarmes e hipersensibilidade aos estímulos), e considerando o âmbito do presente estudo, destaca-se o compromisso no funcionamento.

Com efeito, postula-se que a ansiedade interfere significativamente na capacidade de o indivíduo ter uma vida produtiva e satisfatória, isto é, no seu funcionamento do dia a dia. A ansiedade clínica interferirá diretamente no enfrentamento eficaz e adaptativo diante de uma ameaça percebida e, de maneira mais geral, no funcionamento social ou ocupacional diário da pessoa (Beck et al., 1985). Isto também é demonstrado pelo DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), dado que a "interferência significativa com a rotina normal, funcionamento ocupacional/ académico ou atividades e relacionamentos sociais" é um dos principais critérios diagnósticos para a maioria das perturbações mentais desta natureza.

Ansiedade no contexto de saúde mental: Um problema de saúde pública

As perturbações de ansiedade classificam-se, segundo o DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013), como perturbações mentais que compartilham características como o medo e ansiedade excessivos e estão associadas a disfunção no comportamento, sendo que esta ansiedade patológica não é causada por doença física, não está associada ao uso de substâncias e não faz parte de uma doença psicótica. Nesta classificação, inclui-se a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), a Perturbação de Pânico, Perturbação de Ansiedade Social, Fobias, Perturbação Obsessivo-compulsiva

(POC) e Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), cujos sintomas podem variar de leves a graves e a duração dos mesmos segue normalmente um curso crónico (World Health Organization [WHO], 2017).

Como mencionado anteriormente, as perturbações de ansiedade estão associadas um compromisso significativo no funcionamento, elevada incapacidade e bem-estar reduzido, quer de uma perspetiva comunitária ou clínica (Stein et al., 2005). O compromisso pode ocorrer em diversas áreas da vida do indivíduo, tais como o funcionamento ocupacional, social, lazer e/ou doméstico (Naragon-Gainey et al., 2013). Estas dificuldades no funcionamento manifestam-se pela ausência de desejo e evitamento em realizar determinadas atividades e conseqüentemente, na interferência ao nível do desempenho (Sherbourne et al., 2010). Em geral, o compromisso associado a estas perturbações tem um impacto significativo no bem-estar pessoal, nas relações sociais, na produtividade no trabalho (Alonso et al., 2004), na qualidade de vida e nos seus vários domínios (Rapaport et al., 2005), evidenciando-se ainda que ansiedade pode aumentar a probabilidade de abandono escolar, instabilidade no casamento, escolhas de carreira pobres e ainda necessidade de cuidados pela família ou amigos (Lépine, 2002).

As perturbações de ansiedade estão associadas ao compromisso quando ocorrem por si só, mas também quando ocorrem em comorbilidade com outras perturbações de ansiedade ou perturbações de humor, como a depressão (Sherbourne et al., 2010; Stein et al., 2005), bem como quando existem sintomas subclínicos, dado que existe evidência de que a associação entre perturbações de ansiedade e compromisso é uma relação gradual e contínua (e.g., Markon, 2010; Olfson et al., 1996; Ruscio et al., 2007; Spitzer et al., 2006). Inclusive, salienta-se que a presença tanto de uma perturbação de ansiedade como apenas de sintomatologia ansiosa associa-se a uma redução significativa na qualidade de vida e no funcionamento social e ocupacional (Mendlowicz & Stein, 2000). De igual modo, salienta-se que o compromisso é significativamente maior à medida que aumenta o número de comorbidades de perturbações de ansiedade (Sherbourne et al. 2010).

Relativamente à existência de compromisso na ausência de diagnóstico de perturbação de ansiedade, a literatura evidencia que doentes oriundos de cuidados de saúde primários que não cumprem critérios para perturbações mediadas pela ansiedade, tais como a Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pânico e Perturbação Obsessivo-Compulsiva, mas que apresentam sintomatologia típica destas perturbações,

relataram significativamente mais dias de trabalho perdido, maior sofrimento conjugal e a mais visitas a profissionais de saúde mental (Olfson et al., 1996).

Concomitantemente com as perturbações de humor e as relacionadas com o uso de substâncias, as perturbações de ansiedade são as perturbações mais comuns na população geral (Michael et al., 2007), com uma prevalência média ao longo da vida para qualquer perturbação de ansiedade de aproximadamente 16% e uma prevalência média de 12 meses de cerca de 11% (Kessler et al., 2009). Em 2019, estimou-se que 1 em cada 8 pessoas viviam, globalmente, com uma condição de saúde mental (WHO, 2022). Isto traduz-se em cerca de 13% da população global, ou seja, um número total de 970 milhões de pessoas em todo o mundo, diagnosticadas com uma perturbação mental. Estimou-se, ainda, no mesmo ano, que cerca de 31% da população global sofria de uma perturbação de ansiedade, o que se reflete em cerca de 301 milhões de pessoas (WHO, 2022), sendo este tipo de perturbação emocional a mais prevalente dentro de todas as perturbações analisadas. Analisando os casos de perturbações de ansiedade em regiões específicas, postulava-se, até à data referida, que a Europa Ocidental se constituía como uma das regiões com mais alta prevalência (4 903 casos por 100 000 pessoas), com cerca de 41, 64 milhões de pessoas afetadas (Javid et al., 2023).

Importa ainda salientar que, como resultado da pandemia pela COVID-19, relatou-se um aumento significativo nas perturbações de ansiedade (WHO, 2022), como demonstrado por dados obtidos no *The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study* (GBD, 2020). Deste modo, prevalência global de perturbações de ansiedade em 2020, após ajustada para a pandemia pela COVID-19, aumentou para cerca de 374 milhões, estimando-se um aumento de cerca de 76.2 milhões novos casos de perturbações de ansiedade, representando um aumento de cerca de 26% em apenas um ano (Santomauro et al., 2021). Em Portugal, cerca 26.6% da população inquirida, com 16 ou mais anos, referiu o efeito negativo da pandemia pela COVID-19 sobre a sua saúde mental (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021), e segundo os resultados descritos no Relatório Final do estudo SM-COVID19 – Saúde Mental em tempos de pandemia (Almeida et al., 2020), 27% da amostra da população geral e 30.8% da amostra de profissionais de saúde apresentaram sintomas de ansiedade moderada a grave. No nosso país, estes dados reforçam o agravamento dos níveis de saúde mental, com particular ênfase na sintomatologia ansiosa, tendo em conta o impacto da pandemia pela COVID-19.

A análise dos dados na Europa da Iniciativa *World Mental Health Survey* (WMHS) mostraram que Portugal e a Irlanda do Norte eram os países com a maior prevalência aos 12 meses de qualquer perturbação mental (Antunes et al., 2018). No espectro das perturbações mentais, as condições mais prevalentes eram as perturbações do humor e da ansiedade, que eram designadas por perturbações mentais comuns. Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2016), destacam-se ainda as proporções mais altas de registo nos Cuidados de Saúde Primários para utentes com perturbações depressivas e perturbações ansiosas.

Em síntese, e dos dados apresentados nesta revisão, a evidência de elevada prevalência bem como de impacto e interferência ao nível do funcionamento associada às perturbações (ou sintomas) de ansiedade, sustentam a importância de ter em consideração a ansiedade com um problema significativo de saúde pública.

Avaliação da ansiedade: *A Overall Anxiety Severity and Impairment Scale*

A avaliação da ansiedade, na sua apresentação patológica, deve incluir uma avaliação completa do tipo, frequência e gravidade dos sintomas fisiológicos (Clark & Beck, 2010). Dada a significativa morbilidade associada à ansiedade, o seu impacto negativo em várias esferas da vida dos indivíduos, tais como na produtividade, relações sociais e no funcionamento diário (Clark e Beck, 2010), deve-se dar atenção a estes parâmetros supramencionadas no processo de avaliação, postulando-se o uso de instrumentos adicionais que meçam construtos como o medo, o evitamento e a incapacidade (Taylor & Arnou, 1998). Adicionalmente, na medida em que as dificuldades no funcionamento quotidiano costumam ser o principal motivo subjacente à procura de tratamento, reduzir o compromisso associado às perturbações de ansiedade surge também como um objetivo primário do tratamento (e.g., Lam et al. 2011; Zimmerman et al. 2006). Tendo em conta o compromisso significativo associado às perturbações de ansiedade, é necessária uma intervenção eficaz. Porém, é importante ter em atenção que o impacto destas intervenções não pode ser determinado sem a utilização de medidas de avaliação adequadas (González-Robles et al., 2018).

Assim, considerando a importância de avaliar a severidade e o compromisso associados à ansiedade, percebe-se que atualmente existem uma grande variedade de medidas que avaliam estes dois construtos no contexto da saúde (e.g., *WHO Disability*

Assessment Schedule 2.0 [WHODAS 2.0], Üstün et al., 2010; *Sheehan Disability Inventory*; Sheehan, 1983), bem como no contexto de perturbações de ansiedade específicas ([e.g., *Liebowitz Self-Rated Disability Scale for Social Phobia*; Schneier et al., 1994], *Panic Disorder Severity Scale* [PDSS], Shear et al., 1997). No entanto, estas medidas não permitem captar a severidade e do compromisso para os casos em que ocorre comorbilidade de perturbações ansiosas e ansiedade subclínica, que como foi evidenciado neste enquadramento teórico, está também associado a compromisso significativo. Também existem outros instrumentos (inclusive previamente validados para o contexto português e amplamente usados para fins de avaliação clínica) que visam avaliar a ansiedade enquanto um construto global, tais como o *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck et al., 1988; versão portuguesa de Quintão et al., 2013) e o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y; Spielberger, 1983; versão portuguesa de Silva, 2003), bem como avaliar os sintomas associados a perturbações de ansiedade específicas, como a *Social Phobia Scale* (SPS; Mattick & Clarke (1998); Versão Portuguesa de Pinto-Gouveia & Salvador, 2001) para a Fobia Social e o *General Anxiety Disorder 7-Item* (GAD-7; Spitzer, et al., 2006; Versão Portuguesa de Sousa et al., 2015) para a Perturbação de Ansiedade Generalizada. Contudo, todos estes instrumentos focam-se na avaliação dos sintomas da ansiedade (i.e., a ocorrência de sintomas cognitivos, emocionais e fisiológicos), mas não permitem avaliar a severidade global e o compromisso funcional e comportamental associado aos sintomas, independentemente da perturbação de ansiedade específica, ou seja, estes instrumentos quantificam a presença/e ou severidade dos sintomas, assumindo que a frequência de sintomas se associa à severidade da perturbação (Osma et al., 2021). Adicionalmente, importa referir que, no processo de avaliação, a administração de múltiplos instrumentos de *screening* se torna pouco exequível em contextos clínicos exigentes como cuidados de saúde primários, em que os recursos são limitados, e por isso, medidas breves e transdiagnósticas podem constituir-se como formas mais eficazes de obter dados relevantes (Campbell-Sills et al., 2009; Ziegler et al., 2014).

Neste contexto, Norman et al. (2006) desenvolveram a *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (OASIS). Segundo os autores, a escala pode ser usada como uma medida breve de *screening* da severidade e do compromisso, independentemente de um indivíduo preencher os critérios para uma única perturbação de ansiedade, para múltiplas perturbações ou apresente sintomas subclínicos, sem satisfazer os critérios para qualquer perturbação em particular.

A OASIS constitui-se como um questionário de autorrelato composto por cinco itens, respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, avaliando a frequência da ansiedade ("quantas vezes se sentiu ansioso"), a severidade da ansiedade ("quão intensa/ grave foi a sua ansiedade?"), o evitamento comportamental ("com que frequência evitou situações por causa da ansiedade/ medo?"), a interferência nos domínios de trabalho ("quanto é que a sua ansiedade interferiu na sua capacidade de fazer as coisas que precisava de fazer no trabalho, na escola ou em casa") e a interferência nos domínios sociais ("quanto é a ansiedade interferiu na sua vida social e nos relacionamentos").

O desenvolvimento e validação desta medida (Norman et al., 2006) foi realizado numa amostra não clínica de estudantes universitários. Os resultados demonstram que a OASIS apresentou uma estrutura unidimensional confirmada por meio de análise fatorial, em que os cinco itens apresentaram saturações fortes no fator único. Foi ainda demonstrado que os itens da escala apresentaram uma elevada consistência interna (alfa de Cronbach = .80), bem como foi evidenciada uma forte fidelidade teste-reteste. No estudo original, foram ainda encontradas correlações positivas e significativas com outras medidas de ansiedade, evidenciado assim uma excelente validade convergente. A validade discriminante também se mostrou muito adequada, demonstrada por correlações fracas e não significativas com construtos não relacionados com a ansiedade, tais como abertura, amabilidade e impulsividade.

As versões abreviadas da OASIS mostram propriedades psicométricas muito boas em outros estudos de validação da escala, incluindo na língua inglesa (Campbell-Sills et al., 2009), espanhola (González-Robles et al., 2018; Osma et al., 2019; Osma et al., 2022), japonesa (Ito et al., 2014), persa (Farrahi et al., 2020) e neerlandês (Hermans et al., 2014). Importa referir que o estudo das propriedades psicométricas foi realizado tanto em amostras clínicas (Campbell-Sills et al., 2009; González-Robles et al., 2018; Hermans et al., 2014; Osma et al., 2019), amostras não clínicas (Farrahi et al., 2020; Osma et al., 2022) e amostras clínicas e não clínicas (Ito et al., 2014). Em todos estes estudos de validação (Campbell-Sills et al., 2009; Farrahi et al., 2020; González-Robles et al., 2018; Hermans et al., 2014; Ito et al., 2014; Osma et al., 2019; Osma et al., 2022), foi replicada a estrutura unidimensional, tendo sido ainda demonstrada uma excelente consistência interna (i.e., valores do alfa de Cronbach entre .80 e .94). Em termos globais, nos estudos supramencionados, os resultados de análises das correlações da medida em estudo com

outras medidas, através da magnitude do coeficiente de correlação de Pearson, constituem-se como evidência para validade convergente e divergente do instrumento.

Face ao exposto, o presente estudo tem como principal objetivo analisar as qualidades psicométricas da versão em Português Europeu da *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (OASIS) e apresentar os primeiros estudos de validação desta medida na população portuguesa, dado que até ao momento, do nosso conhecimento, não existe qualquer evidência de validação no contexto Português. Neste sentido, perspetiva-se preencher a lacuna existente ao nível da avaliação da ansiedade (e da severidade e compromisso associado) numa perspetiva transdiagnóstica que seja capaz de captar a heterogeneidade das perturbações emocionais, quando esta surge em manifestações subclínicas ou em comorbilidade com outras perturbações de ansiedade, de forma breve e rápida aplicação cujos resultados possam ser utilizados tanto em contexto clínico como para fins de investigação.

Assim, a fim de avaliar as propriedades psicométricas da OASIS, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: 1) testar a dimensionalidade da escala; 2) avaliar a sua fiabilidade através da consistência interna; e 3) testar a validade concorrente relação a variáveis externas relevantes.

Método

Participantes

A amostra do presente estudo foi composta por 367 participantes da população geral. As características gerais da amostra encontram-se descritas e detalhadas no Quadro 1. De modo global, as idades dos participantes estão compreendidas entre os 18 e 90 anos ($M = 30.23$; $DP = 13.07$), sendo a amostra maioritariamente do sexo feminino (69.5%). A maior parte dos participantes era solteira (50.1%), não tinha filhos (74.9%), possuía habilitações superiores (75.5%), estavam empregados (42.5%) ou eram estudantes (42%) e viviam em meio urbano (60.5%). No que concerne à perceção do impacto negativo da pandemia por COVID-19 na vida dos participantes, numa escala de resposta entre 0 (Nada negativo) e 10 (Impacto muitíssimo negativo), a média de respostas situou-se na pontuação de 6 ($M = 6.00$; $DP = 2.26$; Amplitude = 1-10).

Quadro 1 – *Características sociodemográficas da amostra (N= 367)*

	<i>N</i>	<i>%</i>
Género		
Masculino	108	29.4
Feminino	255	69.5
Transgénero	1	0.3
Não binário/a	2	0.5
Outro	1	0.3
Estado Civil		
Solteiro	184	50.1
Casado	66	18.0
União de facto	24	6.5
Numa relação (não vivendo juntos)	79	21.5
Divorciado/Separado	13	3.5
Viúvo	1	0.3
Grau de escolaridade		
Ensino Básico (até ao 9º ano)	5	1.4

Ensino Secundário (10º-12º ano)	85	23.2
Estudos Universitários	277	75.5
Situação Profissional		
Empregado	156	42.5
Desempregado	24	6.5
Estudante	154	42.0
Trabalhador Estudante	29	7.9
Reformado	4	1.1
Local de residência		
Meio Rural	145	39.5
Meio Urbano	222	60.5
Problema psicológico ou psiquiátrico (e.g., depressão, ansiedade)		
Sim	141	38.4
Não	217	59.1
Não sei/Não quero responder	9	2.5

Procedimentos

O presente estudo foi realizado no âmbito de um projeto de investigação mais alargado, relacionado com a implementação do Protocolo Unificado para o tratamento transdiagnóstico de Perturbações Emocionais (Barlow et al., 2010), a ser desenvolvidas por investigadores do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC). Para efeitos de recolha de amostra, os participantes foram convidados a participar num estudo sobre o desenvolvimento e validação das versões em Português Europeu da *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (Norman et al., 2006) e *Overall Depression Severity and Impairment Scale* (Bentley et al., 2014). Para participar, os indivíduos tinham de ter uma idade igual ou superior a 18 anos.

Os dados foram recolhidos através de um questionário online, disponível na plataforma LimeSurvey®, alojada no servidor da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (FPCEUC), tendo decorrido entre novembro de 2022 e abril de 2023, por meio de divulgação via redes sociais e partilha através de contactos de e-mails pessoais.

Todos os participantes receberam informação detalhada acerca do estudo, constando na primeira página do questionário todas as informações relativas aos objetivos do estudo, aos critérios de inclusão, à explicação sobre o carácter voluntário e anónimo do mesmo, à confidencialidade das respostas e aos contactos dos investigadores responsáveis. Os participantes, antes de dar início ao preenchimento do questionário, forneceram ainda o seu consentimento informado. O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da FPCEUC e privacidade e proteção dos dados foi estabelecida de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos

A ficha de dados sociodemográficos e clínicos foi composta por questões desenvolvidas pelos autores sobre as características sociodemográficas (idade, género, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão e situação profissional, área de residência, estado civil e duração da relação amorosa, número de filhos, vencimento mensal líquido). Nesta ficha de dados constava ainda uma questão sobre o impacto negativo da pandemia COVID-19, em que os participantes eram instruídos a responder numa escala de resposta que variava entre 0 (Nada negativo) e 10 (Impacto muitíssimo negativo). Em relação aos dados clínicos, os participantes foram solicitados a responder a questões de natureza clínica, relacionadas com a sua saúde física e psicológica (e.g., ter algum problema de saúde física, diagnóstico de problema psicológico ou psiquiátrico, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico prévio e medicação psiquiátrica atual).

Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)

A OASIS (Norman et al., 2006) foi desenvolvida como uma medida de autorrelato da ansiedade que avalia vários domínios de severidade clínica, incluindo o compromisso funcional de qualquer categoria de perturbação de ansiedade, bem como múltiplas perturbações de ansiedade e que seja breve e de aplicação abrangente. Este é um questionário composto por cinco itens, respondidos numa escala de resposta de cinco pontos (entre 0 e 4), destinando-se à avaliação da frequência da ansiedade, gravidade, evitamento comportamental e interferência nos domínios do trabalho e relações sociais. Pontuações mais elevadas correspondem a maior severidade e compromisso no

funcionamento resultantes dos sintomas de ansiedade. Os estudos psicométricos da OASIS constituem-se como objetivo do presente estudo.

General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7)

A GAD-7 (Spitzer, et al., 2006) é uma breve escala de autorresposta desenvolvida para identificar possíveis casos de Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) e procura avaliar a gravidade dos sintomas. Este instrumento mede a frequência de sintomas ansiógenos nas últimas duas semanas, e é composto por sete itens, que correspondem a sintomas baseados nos critérios de diagnóstico para a PAG do DSM-V (APA, 2013), respondidos numa escala de resposta quatro pontos, cujo 0 indica “nenhuma vez” e o 3 indica “quase todos os dias”. Os resultados são indicados pela pontuação total (composta pela soma das pontuações dos sete itens) que pode variar entre 0 e 30, sendo interpretados através dos valores dos pontos de corte de 5, 10 e 15, que correspondem a ansiedade normal, moderada e severa, respetivamente. Nos estudos originais, a consistência interna da GAD-7 (Spitzer et al., 2006) revelou-se excelente (alfa de Cronbach = .92). A GAD-7 demonstrou ainda boa validade convergente, critério e de constructo. Na versão portuguesa (Sousa et al., 2015), os estudos psicométricos evidenciaram uma excelente consistência interna ($\alpha = .88$) e fiabilidade teste-reteste, bem como boa validade constructo e critério. Na amostra do presente estudo, a GAD-7 apresentou um valor excelente de consistência interna ($\alpha = .92$).

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

O PHQ-9 (Spitzer & Williams, 2001) é uma medida breve avaliação da severidade da depressão, tendo como referência a sintomatologia depressiva nas últimas duas semanas. É um questionário autoadministrado e é composto por nove itens, que são respondidos numa escala de uma escala de quatro pontos, variando entre 0 (nenhuma vez) e 3 (quase todos os dias). A pontuação do PHQ-9 varia entre 0 e 27, sendo que pontuações mais elevadas refletem sintomas depressivos. Nos estudos psicométricos originais (Kroenke et al., 2001) a medida demonstrou bons indicadores de validade, bem como uma consistência interna excelente (Alfa de Cronbach = .86). Na versão Portuguesa (Ferreira et al., 2018), as características psicométricas do PHQ-9 revelaram boa consistência interna nos dois estudos realizados com esta medida (α de Cronbach = .75

no primeiro e .87 no segundo) bem como validade convergente e de critério. Na amostra da presente investigação, o PHQ-9 apresentou o valor de alfa de Cronbach de .89.

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)

O CFQ (Gillanders et al., 2014) é uma medida breve de autorrelato de avaliação da fusão cognitiva e é composta por sete itens, sendo cada item respondido numa escala tipo Likert de sete pontos, variando entre 1 (nunca verdadeiro) e 7 (sempre verdadeiro). Nesta medida, pontuações mais altas refletem mais fusão cognitiva com o conteúdo dos eventos cognitivos. O CFQ, nos estudos originais de validação (Gillanders et al., 2014), apresentou uma estrutura fatorial unidimensional, demonstrou uma excelente consistência interna em cinco amostras diferentes (alfa de Cronbach entre .88 e .93), bem como boa fiabilidade teste-reteste ($r = .81$). A versão portuguesa do CFQ (Pinto-Gouveia et al., 2020) também apresentou uma estrutura unidimensional e revelou uma excelente fiabilidade (alfa de Cronbach = .90), estabilidade temporal adequada num período de dois meses e bons indicadores de validades convergentes e discriminantes. Na amostra do presente estudo, o CFQ apresentou uma excelente consistência interna ($\alpha = .95$)

Acceptance and Action Questionnaire–II (AAQ-II)

O AAQ-II (Bond et al., 2011) é uma medida que avalia o evitamento experiencial e a inflexibilidade psicológica e tem uma estrutura fatorial unidimensional. A escala é composta por sete itens, respondidos numa escala de resposta de sete pontos, variando entre 1 (nunca verdadeiro) e 7 (sempre verdadeiro), sendo que pontuações mais altas são indicativas de maior inflexibilidade psicológica ou evitamento experimental. O AAQ-II apresentou um alfa de Cronbach de .84 na versão original (Bond et al., 2011). A versão portuguesa do AAQ-II (Pinto-Gouveia et al., 2012) também apresentou uma estrutura fatorial indicativa de um fator, boa consistência interna e bons indicadores de validade convergente e discriminante entre amostras clínicas e não clínicas. O alfa de Cronbach obtido para a amostra do presente estudo foi de .95, sendo este valor considerado como indicativo de excelente consistência interna.

Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form (DERS-SF)

Esta escala é uma versão breve da *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004), que avalia dificuldades na regulação emocional. A

DERS-F (Kaufman et al., 2015) obedece à estrutura fatorial da escala original, sendo composta por seis subescalas (i.e., não aceitação das respostas emocionais; dificuldade no envolvimento em comportamento direcionado a objetivos; dificuldade no controlo de impulsos; falta de consciência emocional; acesso limitado a estratégias de regulação emocional e falta de clareza emocional). A DERS-SF é composta por 18 itens, sendo que cada subescala tem três itens e estes são respondidos numa escala de cinco pontos, variando entre 1 (quase nunca) e 5 (quase sempre). Valores mais elevados são indicativos de mais dificuldade na regulação emocional. Os estudos de validação desta versão abreviada demonstraram que esta pode ter um desempenho semelhante à medida completa, indicando que as suas propriedades psicométricas são comparáveis ou até melhores que a original (e.g., os coeficientes alfa de Cronbach para cada uma das subescalas variaram de .79 a .91, e para a escala total .89). Nos estudos de validação da versão portuguesa (Moreira et al., 2022), a escala evidenciou robustez psicométrica, demonstrando boa consistência interna (valores de Omega para todas as subescalas acima de .70) e excelentes indicadores de validade. Na amostra do presente estudo, a DERS-SF apresentou um bom valor de consistência interna ($\alpha = .91$) para o total da escala.

EUROHIS-QOL-8

O EUROHIS-QOL-8 (Power, 2003) é uma medida de avaliação da qualidade de vida composta por oito itens e desenvolvida a partir dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref. Cada um dos domínios (físico, psicológico, das relações sociais e ambiente) encontra-se representado por dois itens, sendo estes respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo, entre 1 (nem um pouco) e 5 (completamente). O resultado é um índice global, calculado a partir do somatório dos oito itens, sendo que a um valor mais elevado corresponde uma melhor perceção da qualidade de vida. Os resultados dos estudos de validação originais (Schmidt et al., 2006), revelaram boa consistência interna, boa validade convergente com medidas de saúde física e mental, bem como boa validade de construto. Nos estudos de validação em Portugal (Pereira et al., 2011), o EUROHIS-QOL-8 apresentou boa consistência interna (α de Cronbach = .83) e indicadores satisfatórios de validade. O alfa de Cronbach obtido para a amostra do presente estudo foi de .86, sendo este valor considerado como indicativo de boa consistência interna.

Análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS; IBM Corp., Armonk, NY), na versão 27.0. Em primeiro lugar, para analisar as características sociodemográficas da amostra e as características distribucionais dos itens, foram calculadas estatísticas descritivas, tais como medidas de tendência central (Média [M]) e de dispersão (Desvio Padrão [DP]), bem como medidas de assimetria e achatamento (os índices de assimetria e curtose) e análises de frequência para avaliar a presença de efeito chão e efeito teto. Com o intuito de avaliar o cumprimento dos pressupostos de normalidade, foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), em que, de acordo com o critério de referência, uma distribuição é considerada normal quando $p > .05$.

Posteriormente, para analisar os dados relativos à consistência interna dos instrumentos e da escala em estudo, foi realizado o cálculo do alfa de Cronbach. De acordo com Nunnally (1978), valores de .70 ou superiores são considerados aceitáveis. Foram também realizadas análises para avaliar a validade interna ou poder discriminativo dos itens, cujos valores dizem respeito às correlações entre cada item e o resultado total da escala (Field, 2006), esperando-se encontrar correlações altas que significa que o item em particular se correlaciona com a escala total. Para analisar a validade de construto foi efetuada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), realizada através do software *Analysis of Moment Structure* (AMOS), de modo a avaliar a qualidade do ajustamento do modelo em estudo. Neste sentido, para avaliar a adequabilidade do modelo, foram tidos como referência os seguintes índices de ajustamento: o teste do qui-quadrado (χ^2), o rácio $\chi^2/g.l.$, os índices de ajustamento incremental: *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker-Lewis index* (TLI); o *Root Mean Square of Approximation* (RMSEA) e o *Standardised Root Mean Square Residual* (SRMR). Nestes índices, é esperado que, os valores obtidos no teste do qui quadrado (χ^2) não sejam significativos ($p > .05$), o rácio $\chi^2/g.l.$ seja inferior a 5, os valores do CFI e do TLI sejam superiores a .90, os de RMSEA inferiores a .06 e os de SRMR sejam inferiores a .80, de modo a demonstrar bom ajustamento do modelo (Byrne, 2010; Hu & Bentler, 1999).

No que concerne aos estudos de validade, foram ainda calculados os coeficientes de correlação de Pearson entre o resultado total da escala OASIS com um conjunto de variáveis relacionadas com ansiedade, bem como com outras variáveis relevantes relacionadas com a sintomatologia psicopatológica, processos psicológicos e qualidade

de vida. Os coeficientes de correlação de *Pearson* foram interpretados segundo os critérios de Cohen (1998), considerando que correlações com magnitude entre .10 e .29 são consideradas baixas, de .30 a .49 dizem-se médias e de .50 a 1.0 altas.

Por último, foi analisada a validade de grupos conhecidos, com o objetivo de perceber se o instrumento é capaz de diferenciar grupos com características diferentes, tendo em conta a comparação de médias entre pessoas com histórico prévio de perturbação psicológica e outras sem. Para avaliar a validade de grupos conhecidos, foi utilizado um teste *t* de *student* para amostras independentes. Foi ainda calculado o respetivo tamanho do efeito, através da estatística *d* de Cohen, e interpretado segundo os critérios de Cohen (1988): um resultado de 0.20 é considerado um tamanho do efeito pequeno; 0.50 médio; e 0.80 grande.

Resultados

Sensibilidade

No Quadro 2 estão presentes as características distribucionais dos itens da escala. Para efeitos da avaliação da sensibilidade dos itens e da escala, foram utilizados os coeficientes de assimetria e de curtose. A análise dos valores da assimetria (Sk) dos cinco itens da OASIS, que variam entre 0.09 e 0.90, encontrava-se distribuída entre os valores -1 e 1 , o que indica que a distribuição se aproxima da normal. No que diz respeito à curtose (Ku), a totalidade dos itens apresentou valores entre -1 e 1 , variando os índices desta medida de achatamento entre -0.30 e 0.13 , o que nos indica que a distribuição é mesocúrtica. No que diz respeito ao total da escala, os resultados obtidos variaram entre -1 e 1 e indicaram a existência de uma assimetria positiva ($Sk = 0.45$) e uma tendência mesocúrtica ($Ku = -0.31$). Adicionalmente, considerando a análise do Quadro 2 e tendo como referência o valor referido na literatura de $> 10\%$ (McHorney et al., 1994), é possível verificar que foram detetados efeitos de chão para todo os itens da escala à exceção do item 1, variando entre 9.8% a 40.1% . Por outro lado, não foram observados efeitos teto para os cinco itens, variando este efeito entre 1.1% e 3% .

Para avaliar se os pressupostos de normalidade se encontravam cumpridos, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para os cinco itens e para o total da escala. Os resultados revelaram-se significativos para os cinco itens da escala bem como para o total da escala ($K-S = 0.10$, $p < .001$), o que indica que os pressupostos de normalidade não são cumpridos.

Quadro 2. *Características distribucionais dos itens da OASIS*

Item	Min-Max	M	DP	Assimetria	Curtose	Efeito chão (%)	Efeito teto (%)
1	0-4	1.72	1.01	0.18	-0.70	9.8	3.0
2	0-4	1.46	0.89	0.09	-0.30	15.3	1.1
3	0-4	0.99	1.01	0.77	0.05	40.1	2.2
4	0-4	1.17	1.08	0.61	-0.58	33.0	1.6
5	0-4	0.99	1.03	0.90	0.13	39.5	1.9

Fiabilidade

Na avaliação da consistência interna, as análises indicaram um valor excelente de alfa de Cronbach (.89). O Quadro 3 indica-nos a correlação item-total da escala e os coeficientes de alfa excluindo o item total. No que se prende com as correlações item-total, foi tido em conta o critério de Kline (2000), que aponta para valores superiores a .30, tendo este critério sido comprovado em todos os itens da escala. No que diz respeito à contribuição particular de cada item para a consistência interna do instrumento, analisada através dos coeficientes alfa de Cronbach excluindo um a um os itens, os resultados sugerem todos os itens são relevantes para a OASIS, sendo os valores obtidos elevados e menores que o alfa de Cronbach para a escala, variando entre .85 a .89.

Quadro 3. *Correlações item-total dos itens da OASIS*

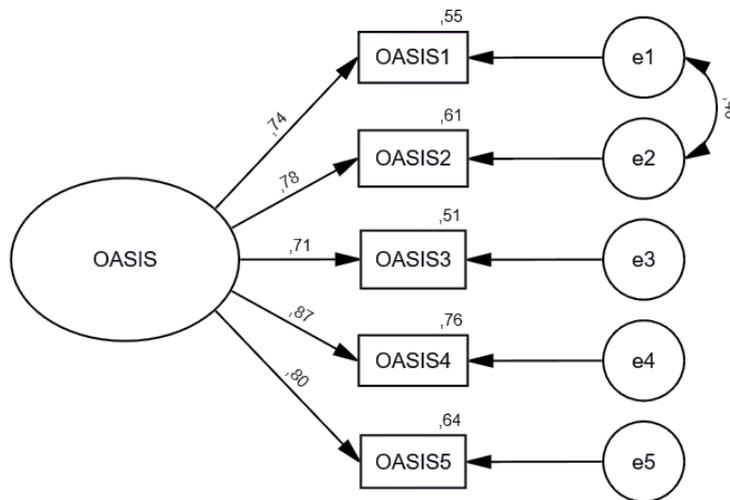
Item	Correlação de item-total	Alfa de Cronbach excluindo o item
1	.73	.87
2	.77	.86
3	.65	.89
4	.79	.85
5	.74	.87

Validade de construto

Foi utilizada a análise fatorial confirmatória (AFC) para avaliar a validade de construto da versão portuguesa da OASIS, de modo a confirmar a estrutura unidimensional da escala. Os resultados indicam que o modelo é significativo ($p < .001$) e, tendo em conta a análise dos valores dos índices de ajustamento, estes mostraram um ajustamento do modelo aos dados menos aceitável, principalmente tendo em conta o valor do RMSEA ($\chi^2 = 50.37$; $\chi^2/g.l. = 10.07$; CFI = .91; TLI = .96; RMSEA = .16 [.12-.20]; SRMR = .04). Porém, a análise dos índices de modificação sugeriu a correlação entre o item 1 [Durante a última semana, com que frequência se sentiu ansioso(a)] e o item 2 [Durante a última semana, quando se sentiu ansioso (a), quão intensa ou grave foi a sua

ansiedade?], e, nesse sentido, procedeu-se ao estudo da covariação entre os erros 1 e 2. Tendo em conta os resultados do novo modelo, percebe-se uma melhoria dos índices de ajustamento do modelo ($\chi^2 = 9.41$; $\chi^2/g.l. = 2.35$; CFI = 1.0; TLI = .99; RMSEA = .06 [.00-.11]; SRMR = .02), salientando-se ainda que, de acordo com o expectável, o modelo deixou de ser significativo ($p \geq .05$). Por fim, como é possível contemplar pela Figura 1, os pesos fatoriais para todos os itens revelaram-se superiores a .70, demonstrando que todos os itens se encontram relacionados com o fator em estudo.

Figura 1. Estrutura fatorial da OASIS



Validade concorrente

Para avaliar a validade da OASIS, recorreu-se ao cálculo das correlações de Pearson com outras variáveis relevantes relacionadas com a sintomatologia psicopatológica, processos psicológicos e qualidade de vida. A OASIS demonstrou estar associada de forma positiva e significativa à ansiedade ($r = .78$; $p < .001$) e à depressão ($r = .70$; $p < .001$), sendo estes valores indicativos de correlações fortes. A escala apresentou de igual modo correlações positivas e significativas com a fusão cognitiva, o evitamento experiencial e as dimensões das dificuldades de regulação emocional, com exceção da subescala de Consciência ($r = -.14$, $p = .009$), onde a direção da associação apresentou um sentido negativo e a correlação uma magnitude fraca. Por fim, a OASIS

demonstrou estar associada, de forma significativa e negativa à qualidade de vida. De um modo geral, as correlações do total da escala com as restantes variáveis em estudo, interpretadas de acordo com os critérios de Cohen (1988), são baixas a altas (valores de r de Pearson variam entre $-.14$ a $.78$), conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4. *Matriz de correlações entre as escalas em estudo*

Variáveis	$M (DP)$	Amplitude	OASIS
Ansiedade (GAD-7)	7.50 (5.11)	0-21	.78***
Depressão (PHQ-9)	7.60 (5.83)	0-27	.70***
Fusão Cognitiva	24.20 (11.31)	7-49	.70***
Evitamento experiencial	22.62 (11.23)	7-49	.68***
Dificuldades de regulação emocional			
Estratégias	2.11 (1.06)	1-5	.53***
Não aceitação	2.20 (1.08)	1-5	.45***
Impulsos	1.86 (1.02)	1-5	.43***
Objetivos	2.64 (1.15)	1-5	.55***
Consciência	2.55 (0.95)	1-5	-.14**
Clareza	2.09 (0.97)	1-5	.47***
Total	2.18 (0.87)	1-4.67	.59***
Qualidade de vida	63.87 (16.75)	6.25-100	-.53***

** $p < .01$; *** $p < .001$

Validade de grupos conhecidos

Com o intuito de avaliar a validade de grupos conhecidos, foi calculado um teste *t* de *student* para amostras independentes, de modo a examinar se existiam diferenças entre sujeitos com história prévia de perturbação psicológica no que diz respeito ao resultado total da escala.

Os resultados desta análise indicaram a existência de diferenças significativas nos resultados obtidos pelos sujeitos com história de perturbação psicológica prévia ($M = 8.02$, $DP = 4.57$) e sujeitos sem história de perturbação psicológica prévia ($M = 5.18$, $DP = 3.55$; $t(246,57) = 6.25$, $p < .001$; $d = 3.98$). Deste modo, os resultados obtidos mostraram que os participantes com história prévia de perturbação psicológica (comparativamente aos participantes sem essa história) apresentavam valores significativamente mais elevados de severidade e compromisso da ansiedade.

Discussão

O presente estudo teve por objetivo contribuir para a validação da versão em Português Europeu da *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (OASIS), procurando analisar as suas características psicométricas numa amostra comunitária Portuguesa composta por homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, sem outro critério de exclusão. Os principais resultados na amostra deste estudo sugerem boas características psicométricas de validade e fiabilidade.

No que respeita às características distribucionais dos itens, a OASIS apresentou valores de assimetria e curtose adequados (entre -1 e 1) para todos os itens, bem como uma distribuição aproximada da normal. Não foram observados efeitos de teto no que concerne às respostas dos sujeitos aos cinco itens da escala, contudo, importa referir efeitos de chão (> 10% McHorney et al., 1994), para todos os itens da OASIS, com exceção do item 1 (sendo o valor do efeito de chão deste item bastante próximo do valor referido na literatura), o que significa que os indivíduos demonstraram uma tendência para selecionar respostas com pontuação mais baixa. Importa salientar que estes efeitos, sendo dependentes da população (Hyland, 2003), podem ter que ver com a natureza da amostra na qua a escala foi aplicada, uma amostra comunitária, na qual se espera que haja menor probabilidade de presença de sintomatologia ansiosa.

No que concerne aos estudos de fiabilidade, a versão portuguesa da OASIS apresentou um alfa de Cronbach de .89, que é superior ao valor recomendado pela literatura ($\alpha \geq .70$; Nunnally, 1978), sendo este um indicador de boa consistência interna da escala. Este valor é superior ao encontrado no primeiro estudo de validação original da escala ($\alpha = .80$; Norman et al., 2006), sendo também ligeiramente superior aos valores encontrados em outras validações com amostras não clínicas, como para a população espanhola ($\alpha = .84$; Osma et al., 2022) e persa ($\alpha = .87$; Farrahi et al., 2020) e ligeiramente inferior à versão japonesa ($\alpha = .92$; Ito et al., 2014). Por outro lado, o valor é ligeiramente superior que o encontrado em estudos de validação com amostras clínicas, tais como na língua inglesa ($\alpha = .84$; Campbell-Sills et al., 2009) e espanhola ($\alpha = .86$ González-Robles et al., 2018; $\alpha = .87$; Osma et al., 2019), e ligeiramente inferior às versões japonesa ($\alpha = .93$ Ito et al., 2014) e neerlandesa ($\alpha = .91$; Hermans et al., 2014). Ainda no que respeita aos estudos da fiabilidade, perante os resultados encontrados, as correlações item-total,

que indicam em que medida cada item isoladamente é capaz de representar adequadamente o constructo que o instrumento pretende medir, apresentaram valores satisfatórios, tendo em conta que todos os resultados foram superiores a .30 (Kline, 2000). Adicionalmente, os coeficientes de alfa de Cronbach, quando os itens foram excluídos um a um, confirmaram a relevância de todos os itens que constituem a escala, visto que os mesmos apresentaram valores de alfa de Cronbach iguais ou superiores a .89.

Quanto ao estudo da validade de construto da escala, foi realizada uma Análise Fatorial Confirmatória que permitiu corroborar a estrutura unidimensional encontrada tanto no estudo original (Norman et al., 2006), como nos vários estudos de validação da OASIS para outras populações (Campbell-Sills et al., 2009; Farrahi et al., 2020; González-Robles et al., 2018; Hermans et al., 2014; Ito et al., 2014; Osma et al., 2019; Osma et al., 2022). Similarmente ao reportado noutros estudos de validação desta medida (Campbell-Sills et al., 2009; Osma et al., 2022; Osma et al., 2019, Ito et al., 2014, González-Robles et al., 2018), salienta-se a influência da covariância entre os itens 1 e 2 aquando o estudo da estrutura interna do instrumento. Neste sentido, a investigação existente sugere que os itens 1 e 2 devem ser correlacionados de modo a melhorar a adequabilidade do modelo, tendo-se comprovado o mesmo no presente estudo, dado que o modelo melhorou significativamente quando estes itens foram correlacionados, tendo sido revelados índices de ajustamento adequados ($\chi^2 = 9.41$; $\chi^2/g.l. = 2.35$; CFI = 1; TLI = .99; RMSEA = .06 [.00-.11]; SRMR = .02), tendo em conta a literatura (Hu & Bentler, 1999). Com efeito, tal como apontado pelos estudos anteriores, a pontuação de 0 no item 1 (frequência de sintomas ansiógenos) leva à pontuação de 0 no item 2 (intensidade de sintomas ansiógenos), concluindo-se que os itens são dependentes um do outro, facto que pode justificar a necessidade de correlacionar estes dois erros.

Adicionalmente, no âmbito dos estudos da validade, foram analisadas as associações entre o total da OASIS e outras variáveis relacionadas com a sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão), processos psicológicos (e.g., fusão cognitiva, regulação emocional e evitamento experiencial) e qualidade de vida. Evidenciando validade convergente, a OASIS apresenta correlações positivas e fortes ($r > .50$, Cohen, 1988) com a ansiedade (no presente estudo, como expectável, a correlação de magnitude mais forte), a depressão, o evitamento experiencial e as dificuldades na regulação emocional. Equiparando os resultados encontrados no nosso estudo com os do estudo original, neste também se verificaram correlações positivas e fortes da escala com outras

medidas que avaliam a ansiedade, bem como com medidas relacionadas com sintomatologia depressiva, tendo em conta que a literatura tem evidenciado a coocorrência elevada destes dois tipos de sintomatologia (e.g., Hirschfeld, 2001; Kessler, 2005).

Outros estudos de validação da medida também suportam a associação do construto em estudo com indicadores relacionados com ansiedade e depressão (Campbell-Sills et al., 2009; Farrahi et al., 2020; González-Robles et al., 2018; Hermans et al., 2014; Ito et al., 2014; Osma et al., 2019; Osma et al., 2022). Adicionalmente, a escala também apresenta uma correlação forte e negativa com a qualidade de vida, sendo esta associação reportada noutros estudos de validação (Campbell-Sills et al., 2009; González-Robles et al., 2018; Hermans et al., 2014; Osma et al., 2019; Osma et al., 2022). Esta associação negativa entre os dois construtos foi de encontro ao esperado, tendo em conta que a literatura tem evidenciado que a experiência de perturbação ou sintomatologia ansiosa tem impacto negativo em vários domínios da qualidade de vida (e.g. Mendlowicz & Stein, 2000; Olatunji et al., 2007).

No que concerne aos processos psicológicos em estudo, os resultados obtidos mostram-se congruentes com as associações existentes na literatura. No que respeita às dificuldades na regulação emocional, a associação entre ansiedade e regulação emocional tem sido amplamente evidenciada em diversos estudos (e.g., Cisler et al., 2010; Schneider et al., 2018), havendo evidência que as dificuldades na regulação emocional têm um impacto significativo no funcionamento psicossocial adequado dos indivíduos e podem estar subjacentes a várias condições psicopatológicas (Gross & Muñoz, 1995), como é o caso das perturbações mediadas pela ansiedade (Salters-Pedneault et al., 2006; Tull & Roemer, 2007). Também tem sido evidenciado que a fusão cognitiva se correlaciona positivamente com a ansiedade (Gillanders et al., 2014), tal como o evitamento experiencial (Hayes et al., 1996). Estes dois processos psicológicos têm sido amplamente estudados no contexto do seu papel na sintomatologia ansiosa (e.g., Bardeen & Fergus, 2016; Cookson et al., 2020; Tull et al., 2004), demonstrando-se assim no presente estudo que estas associações, para além de serem esperadas, verificam-se também com medidas que não avaliam sintomas, mas a severidade e compromisso desses sintomas. Quanto ao evitamento experiencial, importa ainda mencionar que as tentativas de evitamento das experiências internas que são percecionadas como negativas podem levar a maior frequência e intensidade de sofrimento psicológico, bem como interferência com

atividades de vida significativas (Kashdan et al., 2006), daí pode-se explicar a associação deste construto com o grau de severidade dos sintomas ansiógenos e o seu grau de compromisso no normal funcionamento do sujeito.

Por fim, para a avaliar a validade de grupos conhecidos, foi realizada uma comparação entre participantes que apresentavam história de perturbação psicológica prévia e participantes sem história de perturbação, apresentando um tamanho de efeito grande, segundo os critérios de Cohen (1988), o que revela que a OASIS é capaz de discriminar os resultados de sujeitos com características diferentes. Este resultado indica que sujeitos com perturbação psicológica prévia se constituem como mais suscetíveis a perturbações emocionais. Neste sentido, estes resultados parecem sugerir que a OASIS pode ser um instrumento bastante útil em contexto clínico e de investigação, na medida em que avalia adequadamente sintomas de perturbação emocional em populações clínicas.

Conclusões

A presente investigação teve como objetivo a adaptação e validação da *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (OASIS) para a população portuguesa. Face aos resultados encontrados nas análises de estudo de fiabilidade e validade, a escala demonstrou ser adequada para avaliar a severidade e compromisso da sintomatologia ansiosa na população portuguesa. Neste sentido, e tendo em conta a elevada prevalência de sintomatologia ansiosa na população, bem como o impacto ao nível do funcionamento que lhe está subjacente, a introdução de uma medida que permita não só ser utilizada para fins de deteção e de *screening* mas que também permita avaliar a severidade e compromisso associados, que se constituem como alvos terapêuticos importantes, parece ser bastante útil para esta população em particular. Tendo em conta as características da escala, como a brevidade (esta é uma escala curta devido ao número de itens e a duração da sua aplicação ser relativamente rápida), pode também contribuir para uma mais rápida avaliação em contextos de saúde primários, clínicos e comunitários, onde existe uma necessidade de triagem mais rápida. Por fim, a presente escala também apresenta um contributo significativo ao nível da investigação, no sentido em que poderá ser bastante útil para avaliar trajetórias de mudança ao nível do compromisso e severidade associados à sintomatologia ansiosa, permitindo assim monitorizar os efeitos do tratamento, tendo em conta que em Portugal têm sido cada vez mais desenvolvidos e estudados em termos de eficácia protocolos terapêuticos para as perturbações emocionais.

No entanto, apesar destes importantes contributos, o presente estudo apresenta também algumas limitações, tanto ao nível da amostra selecionada como dos procedimentos estatísticos realizados. No que diz respeito à amostra, para efeitos de recolha, foi efetuada uma amostragem não probabilística, obtendo-se uma amostra por conveniência autoselecionada. Apesar deste método ter permitido aceder à amostra comunitária que se objetivava, pode não ser possível obter uma boa representatividade da população portuguesa, o que dificulta a generalização dos resultados. Por exemplo, parte da amostra pertence a faixas etárias mais jovens, existe uma proporção elevada de estudantes universitários (cerca de 42% da amostra) e de participantes do sexo feminino (69.5%). Com efeito, a discrepância entre a proporção de homens (29.4%) e mulheres (69.5%) da

presente amostra também se constitui como um importante indicador a ter em conta na interpretação dos resultados, que devem ser cuidadosamente interpretados. Em estudos futuros, será relevante proceder à recolha de uma amostra mais representativa da população geral, de maior dimensão, e com uma proporção mais equivalente de homens e mulheres. No que concerne ao desenho de investigação e análises estatísticas, devido à natureza transversal do desenho do estudo, não foi possível realizar análises da fiabilidade como o estudo da estabilidade temporal do instrumento bem como análises de sensibilidade à mudança. Neste sentido, estudos futuros, de natureza longitudinal, que avaliem a estabilidade temporal e a sensibilidade à mudança da escala podem ser bastante úteis para a evidência da aplicabilidade do instrumento em contextos de monitorização da intervenção, por exemplo. Por fim, consideramos que, tendo em conta a aplicabilidade clínica da escala em estudo, também seria pertinente realizar estudos de investigação em populações clínicas.

Referências

- Almeida, T. C., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Vicente, A., Martiniano, H., & Vicente, A. (2020). *Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. <http://hdl.handle.net/10400.18/7245>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement, 109(420)*, 38–46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.
- Antunes, A., Frasquilho, D., Azeredo-Lopes, S., Neto, D., Silva, M., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2018). Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *European Psychiatry, 49*, 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.004>
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science, 5(1)*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Ferrari, A. J., & Whiteford, H. A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine, 44(11)*, 2363–2374. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003243>

- Beck, A. T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183–196). Erlbaum.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A., Bystritsky, A., Sherbourne, C., Roy-Byrne, P., & Stein, M. B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders, 112*(1-3), 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.014>
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(1), 68–82. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1>
- Clark, D., & Beck, A. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. The Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum.
- Cookson, C., Luzon, O., Newland, J., & Kingston, J. (2020). Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 93*(3), 456–473. <https://doi.org/10.1111/papt.12233>
- Direcção-Geral de Saúde (2015). *Portugal – Saúde mental em números –2015*. Programa Nacional de Saúde Mental & Direcção de Serviços de Informação e Análise. DGS. <http://hdl.handle.net/10400.26/15541>

- Farrahi, H., Gharraee, B., Oghabian, M.A., Pirmoradi, M. R., Najibi, S.M., & Batouli, S.A.H. (2020). Psychometric Properties of the Persian Version of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 14*(4). <https://doi.org/10.5812/ijpbs.100674>
- Ferreira, T., Sousa, M., & Salgado, J. (2019). Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *The Psychologist: Practice & Research Journal, 1*(2), 1. <https://doi.org/10.33525/pprj.v1i2.36>
- Field, A. P. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2nd Editions). Sage
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P.E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy, 45*(1),83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- González-Robles, A., Mira, A., Miguel, C., Molinari, G., Díaz-García, A., Días-García, A., García Palacios, A., Bretón-López, J.,Quero, S., Banõs, R., & Botella, C. (2018). A brief online transdiagnostic measure: Psychometric properties of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) among Spanish patients with emotional disorders. *PLOS ONE 13*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206516>
- Gross, C., & Hen, R. (2004). The developmental origins of anxiety. *Nature Reviews Neuroscience, 5*(7), 545–552. <https://doi.org/10.1038/nrn1429>
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.64.6.1152>
- Hermans, M.H., Korrelboom, K., & Visser, S. (2015). A Dutch version of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS): Psychometric properties and validation. *Journal of Affective Disorders, 172*, 127-32. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.033>

- Hirschfeld R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 244–254. <https://doi.org/10.4088/pcc.v03n0609>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hyland M. E. (2003). A brief guide to the selection of quality of life instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 24. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-24>
- Instituto Nacional de Estatística (2022). *Boletim Mensal de Estatística - Fevereiro de 2022*. https://www.ine.pt/ine_novidades/BME_fev_2022/index.html
- Ito, M., Oe, Y., Kato, N., Nakajima, S., Fujisato, H., Miyamae, M., Kanie, A., Horikoshi, M., & Norman, S. B. (2015). Validity and clinical interpretability of Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, 170, 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.045>
- Javaid, S.F., Hashim, I.J., Hashim, M.J., Stip, E., Samad, M.A., & Ahbabi, A.A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry* 30, 44. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3>
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301–1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2015). The difficulties in emotion regulation scale short form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 443–455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Üstün, T. B., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from The Who World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>

- 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>
- 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>
- Lam, R. W., Filteau, M. J., & Milev, R. (2011). Clinical effectiveness: The importance of psychosocial functioning outcomes. *Journal of Affective Disorders*, *132*(Suppl. 1), S9-S13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.046>
- Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *27*(2), 93–105. <https://doi.org/10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD>
- Lépine J. P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(14), 4–8.
- Markon, K. E. (2010). How things fall apart: Understanding the nature of internalizing through its relationship with impairment. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*(3), 447–458. <https://doi.org/10.1037/a0019707>
- Mattick, R., & Clarke, J. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *36*(4), 455-470. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)10031-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)10031-6)
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Jr, Lu, J. F., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, *32*(1), 40–66. <https://doi.org/10.1097/00005650-199401000-00004>
- Mendlowicz, M. V. Stein, M. B. (2000). (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 669–682. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.669>
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, *6*(4), 136–142. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.01.007>
- Moreira, H., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2022). A bifactor analysis of the Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form (DERS-SF) in a sample of

- adolescents and adults. *Current Psychology*, *41*, 757–782.
<https://doi.org/10.1007/s12144-019-00602-5>
- Naragon-Gainey, K., Gallagher, M. W., & Brown, T. A. (2014). A longitudinal examination of psychosocial impairment across the anxiety disorders. *Psychological Medicine*, *44*(8), 1691–1700.
<https://doi.org/10.1017/S0033291713001967>
- Norman, S. B., Hami-Cissell, S., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and Validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, *23*, 245–249. <https://doi.org/10.1002/da.20182>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *27* (5), 572–581.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Olfson, M., Broadhead, W. E., Weissman, M. M., Leon, A. C., Farber, L., Hoven, C., & Kathol, R. (1996). Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Archives of general psychiatry*, *53*(10), 880–886.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830100026004>
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Díaz-García, A., Quilez-Orden, A., & Peris-Baquero, Ó. (2022). Spanish adaptation of the overall anxiety and depression severity and impairment scales in university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(1), 345. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010345>
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K.H., & Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales. *Journal of Affective Disorders*, *252*, 9–18.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, *9*(2), 109-123. <https://doi.org/10.14417/lp.627>
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (2001). *The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale in the Portuguese population* [Poster]. 31st Congress of the European Association for Behaviour and Cognitive Therapy. Istanbul, Turquia.

- Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., Gregório, S., & Pinto, A. M. (2020). Concurrent effects of different psychological processes in the prediction of depressive symptoms – The role of cognitive fusion. *Current Psychology*, 39, 528–539. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9767-5>
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese Version. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 139-156.
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys* (pp. 145-159). IOS Press.
- Quintão, S., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2013). Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale Model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 305–310. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722013000200010>
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171–1178. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171>
- Rodriguez, B. F., Bruce, S. E., Pagano, M. E., & Keller, M. B. (2005). Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 752–766. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.10.002>
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(1), 15-28. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001699>
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 469–480. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9055-4>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global

- prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Schmidt, S., Mühlan, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural Field Study. *European Journal of Public Health*, 16(4), 420–428. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki155>
- Schneider, R. L., Arch, J. J., Landy, L. N., & Hankin, B. L. (2018). The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(6), 978–991. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1157757>
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D., & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55(8), 322–331.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., & Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *The American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571–1575. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>
- Sherbourne, C. D., Sullivan, G., Craske, M. G., Roy-Byrne, P., Golinelli, D., Rose, R. D., Chavira, D. A., Bystritsky, A., & Stein, M. B. (2010). Functioning and disability levels in primary care out-patients with one or more anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 40(12), 2059–2068. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000176>
- Silva, D. (2003). Inventário de Estado-Traço de Ansiedade. In M. Gonçalves, M. M., Simões, M. R., Almeida, L. S., & C. Machado, (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. I, pp. 45-63). Quarteto.
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Spielberger, C. D. (1983). *The state-trait anxiety inventory - STAI for Y (test manual)*. Consulting Psychologists Press.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stein, M., Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Bystritsky, A., Greer Sullivan, J., Pyne, J. M., Katon, W. J., & Sherbourne, C. D. (2005). Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. *Medical Care*, 43(12), 1164–1170. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000185750.18119.fd>
- Taylor, C. B., & Arnou, B. A. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. Fres Press.
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 754–761. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000144694.30121.89>
- Tull, M.T. & Roemer, L. (2007) Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behaviour Therapy*, 38, 378-391. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.006>
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. & Rehm, J. (2010). *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43974>
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- World Health Organization (2022). *World mental health report. Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356119>.
- Ziegler, M., Kemper, C.J., & Kruey, P.M. (2014). Short Scales – Five Misunderstandings and Ways to Overcome Them. *Journal of Individual Differences*, 35, 185-189. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000148>

Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(1), 148–150. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.148>