

Escalas de Auto-Avaliação de Estados Subjetivos — Influência das Instruções

José Alberto Del Porto¹
 Ronaldo R. Laranjeiras²
 Jandira Masur³

Resumo

As publicações concernentes aos psicotrópicos apontam a mensuração de seus efeitos psíquicos como uma das grandes dificuldades metodológicas nessa área de pesquisa.

Em nosso meio, uma dificuldade adicional resulta do fato de que, na maioria das vezes, as escalas de avaliação são traduções de métodos desenvolvidos no estrangeiro, e que necessitam de validação em nossas condições culturais.

No presente trabalho aplicamos uma escala analógica de auto-avaliação de estados subjetivos (escala de Norris) a 436 estudantes universitários, com a finalidade de comparar a distribuição das respostas, em cada item, com os resultados obtidos por Bond e Lader (Br J med Psychol, 47: 211, 1974), na Inglaterra, e por Zuardi e Karniol (J bras Psiq, 31: 403, 1981), em nosso meio. Estes últimos obtiveram resultados que se concentraram nos extremos de cada item, enquanto que no estudo inglês houve maior porcentagem de respostas em torno dos valores centrais.

Neste trabalho verificamos que a modificação das instruções, em português, dadas aos voluntários, alterou marcadamente a distribuição das respostas, tornando-a semelhante àquela obtida pelos autores ingleses.

Unitermos: escalas de auto-avaliação, estados subjetivos; escalas de avaliação psiquiátrica*

A necessidade de se avaliar a sintomatologia psiquiátrica de forma padronizada já é antiga, datando do início do século o uso de escalas de medida com essa finalidade¹. A busca de instrumentos confiáveis que possibilitem a detecção de características clínicas e o desenvolvimento de uma linguagem comum que permita a comunicação dos resultados obtidos entre diferentes pesquisadores tem sido objeto de um número crescente de publicações nos últimos anos²⁻⁵

Seja com relação aos critérios diagnósticos ou à detecção de sintomas, a utilização dos recursos tradicionais mostra enorme discrepância entre psiquiatras de diferentes escolas, e mesmo entre aqueles de formação semelhante; a título de exemplo, citamos o trabalho de Kreitman e cols.⁶ em que duplas de psiquiatras, independentemente um do outro, entrevistaram uma série de 90 pacientes e registraram a presença ou ausência de 24 itens clínicos, apresentando concordância em apenas 46% dos itens.

O advento da psicofarmacologia, com a exigência de se testarem os efeitos psíquicos dos diferentes fármacos, em pacientes ou em voluntários sadios, veio tornar ainda mais imperativo o uso de medidas adequadas para a detecção e quantificação desses efeitos.

Em que pese sua importância, as escalas são, no entanto, instrumentos limitados, e o pesquisador que as utiliza não pode deixar de levar em consideração essas limitações.

As escalas de avaliação têm sido produzidas, de modo geral, na Europa e na América do Norte, o que cria problemas especiais para sua aplicação em nosso meio. Essas dificuldades são ainda maiores no emprego de escalas de auto-avaliação, ou seja, aquelas nas quais o próprio sujeito, paciente ou voluntário, deve fazer uma apreciação de seu estado subjetivo. Essas escalas não podem incluir termos técnicos ou expressões consagradas entre os especialistas, e necessariamente devem se adaptar às características culturais e à linguagem corrente dos probandos.

A escala que estudamos foi originalmente empregada por Norris⁷ na Inglaterra, em 1971. Trata-se de uma escala constituída por 16 itens, sendo cada item composto por 2 adjetivos de sentidos opostos, separados por uma linha de 100mm. Segundo Aitken⁴, as escalas visuais lineares alcançam sensibilidade bem maior que aquelas que utilizam palavras ou numerais, sendo ao mesmo tempo mais simples quanto à sua aplicação. Os probandos avaliam seu estado subjetivo, em cada item, através de uma marca vertical

¹ Professor-Assistente do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina. Pós-Graduando do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina.

² Médico-Residente do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina.

³ Professora-Adjunta do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina. Pesquisadora 1-A do CNPq

sobre a linha de 100mm, correspondendo os extremos da linha à intensidade máxima de cada dimensão. Os 16 itens foram agrupados, aprioristicamente, por Norris, em 4 categorias: "Comprometimento da vigilância" ("mental sedation or intellectual impairment"), "sedação física" ("physical sedation or bodily impairment"), "tranqüilização" ("tranquillization") e "outros tipos de sentimentos ou atitudes" ("other types of feelings or attitudes"), este último grupo incluindo sentimentos como tristeza, desinteresse e hostilidade (e seus opostos).

Bond & Lader⁵ em 1974, também na Inglaterra, aplicaram essa escala a 500 voluntários normais, com o objetivo de, através da análise fatorial, extrair os fatores comuns e estudar sua distribuição nessa população. Esses autores observaram que os 16 itens se agruparam em três fatores, que mediram alerta, tranqüilização e contentamento, ao invés dos 4 propostos anteriormente por Norris. Verificaram também que, de modo geral, houve tendência de os valores se agruparem em torno da medida central; além disso, a transformação logarítmica das respostas obteve distribuição normal, aspecto que justificaria, segundo alguns, o emprego de estatística paramétrica para essa escala.

Zuardi & Karniol⁷, em 1981, traduziram e aplicaram, em nosso meio, a escala de Norris, replicando o estudo estatístico de Bond & Lader com 540 voluntários, sendo todos universitários da cidade de São Paulo. Esses autores encontraram uma grande concentração de respostas nos extremos de cada item, enquanto que no estudo inglês as respostas distribuíram-se em torno de um valor aproximadamente central.

No presente trabalho replicamos o estudo de Zuardi & Karniol, modificando as instruções dadas aos voluntários, com a finalidade de testar sua influência sobre os resultados obtidos.

Métodos e resultados

Submetemos a escala a 436 estudantes universitários da cidade de São Paulo, em situação de sala de aula. A amostra compôs-se de 196 homens e 240 mulheres, variando as idades entre 17 e 38 anos (mediana = 19,5 anos).

As instruções fornecidas aos voluntários foram as seguintes:

Nas páginas que se seguem você encontrará, em cada linha, separados por um traço de 10cm, adjetivos ou grupos de palavras com sentidos opostos que visam descrever como você está se sentindo no momento. Você deve fazer um traço vertical na linha de 10cm, no ponto que melhor corresponde a seu estado atual.

Os extremos de cada linha devem ser considerados como equivalentes ao máximo que você já tenha sentido anteriormente. Nos exemplos que se seguem utilizamos as palavras BEM e MAL: o extremo da linha, à direita, onde está escrita a palavra MAL, deve corresponder ao pior estado que você já vivenciou anteriormente. O oposto vale para o pólo da palavra BEM, que deve equivaler ao máximo de bem-estar que você já experimentou. Os graus intermediários podem

se distribuir ao longo de toda a linha, correspondendo o centro da linha ao estado de indiferença, em que você não se sente nem bem nem mal.

Exemplo 1 – Você está se sentindo extremamente bem, em grau comparável ao máximo de bem-estar que já sentiu anteriormente:

BEM |----- MAL

Exemplo 2 – Você está se sentindo extremamente mal, em grau comparável ao pior estado que já sentiu anteriormente:

BEM -----| MAL

Exemplo 3 – Você não está se sentindo nem bem nem mal:

BEM -----|----- MAL

Exemplo 4 – Você está se sentindo moderadamente mal.

BEM -----|----- MAL"

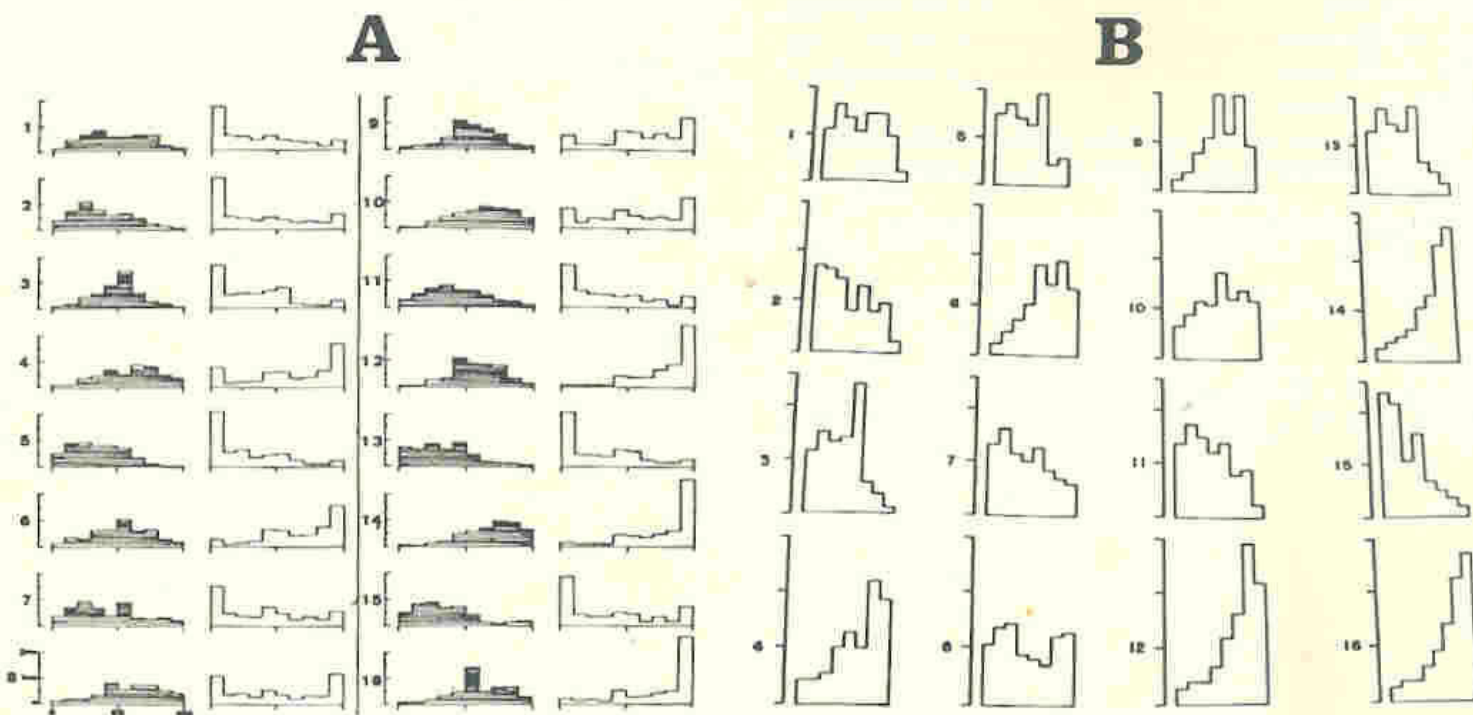
Com essas instruções procuramos enfatizar, para o voluntário, a idéia que os extremos de cada linha correspondem ao máximo de intensidade de cada condição. Buscamos, dessa forma, tornar mais clara, para os nossos probandos, a solicitação de Norris⁷: "Regard the adjectives as representing the extreme condition. For example one is seldom absolutely "Honest" or "Dishonest", normal honesty would be rated in the mid range of the line." No mesmo sentido, lê-se nas instruções propostas por Bond & Lader⁵: "Regard the line as representing the full range of each dimension."

Utilizamos a tradução da escala anteriormente empregada por Zuardi & Karniol⁸, que transcrevemos abaixo:

ALERTA	-----	SONOLENTO
CALMO	-----	AGITADO
FORTE	-----	FRACO
CONFUSO	-----	COM IDÉIAS CLARAS
ÁGIL	-----	DESAJEITADO
APÁTICO	-----	DINÂMICO
SATISFEITO	-----	INSATISFEITO
PREOCUPADO	-----	TRANQUÍLO
PENSAMENTO	-----	PERSPICAZ
LENTO		
TENSO	-----	RELAXADO
ATENTO	-----	DISTRAÍDO
INCAPAZ	-----	CAPAZ
ALEGRE	-----	TRISTE
HOSTIL	-----	AMISTOSO
INTERESSADO	-----	DESINTERESSADO
NÃO SOCIÁVEL	-----	SOCIÁVEL

Medimos a distância entre o início da linha, à esquerda, até o ponto assinalado pelo voluntário; com os valores obtidos construímos histogramas de frequência para cada item. A Fig. 2 apresenta esses histogramas ao lado dos obtidos pelo estudo de Bond & Lader e de Zuardi & Karniol.

verbo. Embora uma pessoa possa avaliar, com relativa precisão, a intensidade de determinado estado ou sentimento que esteja vivenciando, as palavras disponíveis são muitas vezes limitadas para descrever com exatidão a enorme diferença de matizes da experiência subjetiva. A discriminação



Observamos, em nosso trabalho, que as respostas se distribuíram de forma semelhante àquela encontrada no estudo inglês; como neste último, embora em alguns itens haja certa concentração nos extremos, a distribuição tende a se fazer ao longo de toda a linha, diferindo da polarização dos resultados obtidos anteriormente por Zuardi & Karniol.

Discussão

Interessados em aplicar a escala de Norris em pesquisas a serem realizadas em nosso meio, chamou-nos a atenção a discrepância entre os resultados de Zuardi & Karniol e aqueles obtidos na Inglaterra. A concentração das respostas nos extremos de cada linha pareceu-nos significar que, de um modo geral, a escala foi preenchida pelos voluntários, nos moldes de um questionário com duas opções: presença ou ausência da condição apontada. Dessa forma, a escala de Norris perdeu seu poder de discriminação, principal vantagem sobre as escalas usuais, que pretendem quantificar os sentimentos como "variáveis discretas", utilizando categorias como por exemplo: 0-ausente: 1-leve: 2-moderado: 3-se-

de um fenômeno contínuo perde muito quando reduzido à gradação artificial em categorias discretas.

A má compreensão das instruções foi uma das explicações sugeridas por Zuardi & Karniol para justificar os resultados obtidos; resolvemos então testar essa hipótese aplicando novamente a escala em população semelhante à anterior (estudantes universitários de São Paulo), com instruções mais detalhadas, frisando que os extremos de cada linha significavam o máximo da intensidade de cada item.

Os resultados encontrados parecem de fato confirmar essa explicação, de vez que nossa distribuição aproxima-se consideravelmente daquela obtida pelos autores ingleses. Nossos voluntários, talvez por tendência algo mais acentuada a responderem nos extremos, precisaram de instruções mais explícitas para utilizar a escala em sua total dimensão.

Summary

SELF-RATING SCALES FOR SUBJECTIVE STATES: INFLUENCE OF INSTRUCTIONS

Publications concerning psychotropic drugs point out the measurement of their psychic effects as one of the ma-

for difficulties in this area of research. Additional problems are found when scales are used in other cultures different from those in which they were developed for.

In the present paper a self evaluation scale for subjective states was administered to 436 university students. The responses distribution in each item was compared with those found by Bond & Lader, in England, and Zuardi & Karniol, in Brazil. The last authors found that the responses were largely concentrated at the extremities of the scale, while in the English study the response approximated a normal distribution.

In the present paper, by using different instructions, a distribution similar to the English study was obtained.

Uniterms: psychiatric status rating scales*; self-rating scales, subjective states

Referências

- 1. Kempf T – The behavior chart in mental diseases. *Am J Insan*, 71: 761, 1915. ■ 2. Hamilton M – A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiat*, 23: 56-62, 1960. ■ 3. Kendell RE – An important source of bias affecting ratings made by psychiatrists. *J Psychiat Res*, 6: 135-141, 1968. ■ 4. Aitken RCB – A grow edge of measurement of feelings. *Proc roy Soc Med*, 62: 889-90, 1969. ■ 5. Bond A e Lader M – The use of analogue scales in rating subjective feelings. *Br J med Psychol*, 47: 211-218, 1974. ■ 6. Kreitman N, Sainsbury P, Morrisey J, Towers J & Scrivener J – The reliability of Psychiatry assessment: an analysis. *J men Sci*, 10: 887-908, 1961. ■ 7. Norris H – The action of sedatives on brain stem oculomotor systems in man. *Neuropharmacology*, 10: 181-187, 1971. ■ 8. Zuardi AW & Karniol IG – Estudo Transcultural uma escala de auto-avaliação para estados subjetivos. *J bras Psiq*, 29: 403-406, 1981.

Endereço do autor

Departamento de Psicobiologia
Escola Paulista de Medicina
R. Botucatu 862 – 1º andar
04023 – São Paulo – SP