



Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/EPCE-2016

**Ansiedade aos Testes em estudantes universitários: um novo modelo de avaliação e conceptualização**

Ana Cláudia Alves Nogueira  
(a.claudia.nog21@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde,  
subespecialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas  
Perturbações Psicológicas e da Saúde, sob a orientação da Professora  
Doutora Maria do Céu Salvador.

**Ansiedade aos Testes em estudantes universitários: um novo modelo de avaliação e  
conceptualização**

Ana Cláudia Alves Nogueira

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde (Subespecialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde), sob a orientação da Professora Doutora Maria do Céu Salvador.



**FPCEUC** FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## **Agradecimentos**

Chega mais um momento de analisar retrospectivamente, não só o meu percurso durante a elaboração desta Tese, mas todos os caminhos percorridos até ao momento presente, nos quais inevitavelmente me fui cruzando com pessoas que foram desempenhando, de forma direta ou indireta, um papel importante nos meus sucessos. Sem elas, tudo isto teria sido muito mais difícil e atribulado e, por isso, correndo o risco de não fazer jus aos seus contributos, deixo-lhes um sincero “Obrigado!”.

À Professora Doutora Maria do Céu Salvador, pela exigência, pelo rigor, pela atenção ao detalhe, pelas (muitas) horas despendidas com paciência na orientação da minha tese. Pelos incentivos constantes para cumprir os objetivos a que me propus e pelo desafio de ir um pouco mais além do que estaria estipulado inicialmente. Foi essencial neste processo de aprendizagem e desenvolvimento académico, mas também pessoal, e por isso será sempre uma boa referência para mim e, quem sabe, para trabalhos futuros.

A todos os docentes que, tão amável e pacientemente, disponibilizaram tempo das suas aulas, assim como os seus alunos, para me ser possível recolher a amostra necessária a este estudo. Fica um agradecimento especial à Professora Doutora Paula Castilho, à Professora Doutora Ana Paula Matos, à Professora Doutora Graça Bidarra, à Dra Jaqueline (FPCEUC), ao Professor Doutor Arménio Correia, ao Sr. Engenheiro Carlos Borges (ISEC), ao Professor Doutor António Bernardes (FMUC), e ao Professor Doutor João Afonso (FCTUC).

Aos participantes no estudo pela sua colaboração, prontidão e abertura para pensarem sobre si próprios para conseguirem responder aos questionários.

Como não podia deixar de ser, pelo relevo que foi tendo ao longo do meu percurso académico, ao Professor Doutor Valentim Alferes, pelos conhecimentos transmitidos dentro e

fora do contexto acadêmico, que tantas vezes pus em prática durante a elaboração deste trabalho. Também pela relação de amizade que discretamente se foi estabelecendo.

Às companheiras de tese, Ana, Raquel, Marina, Natacha e Carla, pelo espírito de entreatajuda, pela partilha de frustrações quando as coisas não fluíam ao ritmo desejado, pelo interesse mútuo pelos sucessos de todas e de cada uma. Pelas palavras de consolo e de motivação quando as coisas estavam difíceis e os desafios não paravam de surgir.

Às amigas de sempre, Daniela e Teresa, que foram deixando a sua marca no meu caminho, vincando-a, e que, apesar da distância resultante do decorrer da vida e de caminhos que se vão bifurcando, nunca deixaram de ter ouvidos atentos e disponíveis, assim como palavras amigas e meigas, e de querer estar presentes sempre que foi possível. E dizem que os amigos da faculdade,...

À minha família, ao meu irmão Bruno e, com uma palavra especial e com muito carinho, aos meus pais, Paula e Zeca, que me deram uma nova oportunidade de crescer e de lutar pelo meu futuro, que culmina neste momento, esperando enchê-los de orgulho e de esperança. Por terem sempre acreditado que eu ia conseguir, não só agora, mas durante toda a minha vida.

Ao Rafael, por toda a amizade, carinho e companheirismo. Pela compreensão, pela cumplicidade e por me incentivares a perseguir o meu futuro. Por toda a confiança, apoio e presença constante. Por me perguntares: “Mas, tens dúvidas?”, quando realmente duvidei...e tu não.

A todos vocês

Um merecido

Muito Obrigado!

## **Nota Introdutória**

O presente trabalho consiste numa Dissertação, visando a aprovação no Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e integra dois artigos científicos, resultantes de trabalho de investigação científica e empírica, subordinados à temática da Ansiedade aos Testes.

A ansiedade aos testes constitui uma problemática atual, com uma influência significativa ao nível do rendimento académico em todos os níveis de ensino (Hembree, 1988). Por essa razão, tem merecido um crescente interesse por parte dos investigadores, também em Portugal. No nosso país não são muitos os instrumentos de avaliação da ansiedade aos testes, validados e específicos, e parece existir um debate quanto à sua conceptualização (Knappe et al, 2011; LeBeau et al, 2010; Putwain, 2008; Salvador, 2009), não existindo ainda uma categoria diagnóstica específica para a classificar, com subsequentes implicações ao nível da intervenção psicoterapêutica.

Assim, o primeiro artigo enfatiza a avaliação da ansiedade aos testes, através do desenvolvimento e estudo de dois novos questionários de autorresposta, um para avaliar cognições e outro para avaliar comportamentos, junto de uma amostra de estudantes universitários.

O segundo artigo incide sobre a conceptualização e compreensão do fenómeno da ansiedade aos testes em estudantes universitários, com base no modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) para a perturbação de ansiedade social, de forma a contribuir construtivamente para a sua classificação em termos de uma categoria diagnóstica, para que a intervenção clínica possa ser cada vez mais focalizada, fundamentada e específica.

## Lista de Artigos

Os artigos que compõem a presente Dissertação são os seguintes:

- I. Nogueira, A. C. & Salvador, M. C. (2016). *Avaliação da Ansiedade aos Testes: o Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste para Adultos (QPAST) e Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste para Adultos (QCST)*. Manuscrito em preparação.
  
- II. Nogueira, A. C. & Salvador, M. C. (2016). *Um novo olhar sobre a Ansiedade aos Testes: Relação com o Modelo de Clark e Wells para a Fobia Social*. Manuscrito em preparação.

# ARTIGO I

Nogueira, A. C. & Salvador, M. C. (2016). *Avaliação da Ansiedade aos Testes: o Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste para Adultos (QPAST) e Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste para Adultos (QCST)*.

Manuscrito em preparação.

**Avaliação da Ansiedade aos Testes: o Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste para Adultos (QPAST) e Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste para Adultos (QCST)**

Ana Cláudia Nogueira<sup>1</sup>

Maria do Céu Salvador<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Coimbra

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Ana Cláudia Alves Nogueira

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: a.claudia.nog21@gmail.com



## Resumo

Dada a escassez de instrumentos de avaliação de aspetos específicos da ansiedade aos testes, o objetivo desta investigação prendeu-se com o desenvolvimento e aferição de dois novos instrumentos – o *Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste* (QPAST) e o *Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste* (QCST) – destinados a avaliar cognições e comportamentos específicos antes, durante e depois de um teste, numa amostra de 160 estudantes universitários portugueses, com uma média de idades de 19.56 ( $DP = 2.53$ ). A Análise Fatorial Exploratória mostrou que o QPAST ficou constituído por três subescalas, com dois fatores cada uma – *Antecipação do Desempenho e Medo de Avaliação Negativa* (subescala Antes); *Avaliação Negativa do Desempenho e Medo de Avaliação Negativa* (subescala Durante); *Consequências Negativas do Fracasso e Autópsia* (subescala Depois). Apresentou índices bons a muito bons de consistência interna e de estabilidade temporal. O QCST ficou composto pelas subescalas Antes (fatores *Controlo Direto* e *Controlo Externo*) e Durante (fatores *Cábulas* e *Tentativa de Controlo*). Os valores de consistência interna revelaram-se razoáveis para as subescalas e fatores, registando-se um valor inadmissível para o fator *Tentativa de Controlo*. Obtiveram-se valores aceitáveis de estabilidade temporal. Recomendam-se estudos adicionais da validade convergente e discriminante e a realização de uma Análise Fatorial Confirmatória. Apesar das limitações detetadas, ambos os instrumentos apresentam utilidade para fins de investigação, avaliação e intervenção clínica.

**Palavras-Chave:** Ansiedade aos Testes, Avaliação, Questionário, Pensamentos Automáticos, Comportamentos de Segurança.

## Abstract

Due to the lack of specific assessment instruments for test anxiety, the aim of this investigation was to develop and study two new questionnaires – the *Automatic Thoughts Questionnaire in Test Situations* (QPAST) and the *Behaviours Questionnaire in Test Situations* (QCST) – which assess specific cognitions and behaviours before, during and after a test, in a sample of 160 Portuguese college students, with a mean age of 19.56 ( $DP = 2.53$ ). Exploratory Factor Analysis revealed three subscales for QPAST, each with two factors – *Performance Anticipation* and *Fear of Negative Evaluation* (Before subscale); *Negative Evaluation of Performance* and *Fear of Negative Evaluation* (During subscale); *Negative Consequences of Failure* and *Autopsy* (After subscale). All factors and subscales showed high to excellent values of internal consistency and temporal stability. The QCST was composed by the Before (*Direct Control* and *External Control* factors) and During (*Cheating* and *Control Attempt* factors) subscales. It showed reasonable internal consistency for the subscales and factors, but an inadmissible alpha in the *Control Attempt* factor. Temporal stability was acceptable. We recommend further studies to ascertain and clarify convergent and discriminant validities and a Confirmatory Factor Analysis. Despite the mentioned limitations, both instruments may be useful tools for research, assessment and clinical intervention purposes.

**Key-Words:** Test Anxiety, Assessment, Questionnaire, Automatic Thoughts, Safety Behaviours

## **Introdução**

### **Ansiedade aos Testes**

Os sistemas educativos em Portugal ditam que, desde o Ensino Básico, os alunos devem ser sujeitos, entre outras, a provas de avaliação formais, vulgo testes e exames, de forma a quantificar o seu rendimento escolar e permitir as transições entre os ciclos de formação. Tais momentos de avaliação geram usualmente desconforto e ansiedade, aliados à pressão que os alunos sentem para serem bem-sucedidos. A este propósito, McDonald (2001) insinua que, conforme avançam no sistema educativo, as crianças vão experienciando uma crescente frequência de momentos de avaliação, levando a um aumento das expectativas e pressões para um bom desempenho por parte dos pais e da escola.

Chegando ao Ensino Superior, esse é o procedimento de avaliação mais comum, cujos resultados muitas vezes contribuem para seriar os alunos para fases posteriores, seja para o prosseguimento dos estudos, seja para a escolha de uma especialidade profissional, seja para a seleção para um posto de trabalho (Pereira & Flores, 2012). Assim, dada a presença e exigência constantes das situações de avaliação no Ensino Superior, aliadas à sociedade competitiva em que vivemos, não será de estranhar que os estudantes apresentem graus elevados de Ansiedade aos Testes (AT) (Melo, 2006).

Relativamente à definição deste constructo, têm-se destacado algumas conceptualizações ao longo da literatura. Liebert e Morris (1967) definiram a AT como uma resposta de ansiedade situacional, com um componente cognitivo, ou seja, a preocupação com as consequências do fracasso ou falta de confiança nas suas capacidades, e um componente fisiológico, isto é, a ativação autonómica ou emocionalidade que refletem a incerteza da situação de teste. Por sua vez, Sarason (1978) indicou que estamos perante o fenómeno de AT quando os componentes da ansiedade (cognitivos e emocionais) estão relacionadas com situações académicas ou de avaliação, sendo que corresponde à tendência para interpretar como

perigosas e ameaçadoras as consequências de um desempenho inadequado numa dessas situações (e.g. teste ou exame). Já Spielberger e Vagg (1995) conceptualizaram a AT numa perspectiva de ansiedade-estado ou ansiedade-traço. Isto é, na maior parte dos estudantes, as situações de teste ou exame provocam respostas ansiosas (ansiedade-estado). Contudo, indivíduos que possuam ansiedade aos testes como um traço de personalidade estável vão apresentar, em situações específicas de avaliação formal (teste/exame), maiores níveis de ansiedade-estado do que as pessoas que não possuam o mesmo traço, devido às interpretações subjetivas de ameaça percebida perante essas situações.

De um modo geral, atendendo aos contributos anteriores, vários autores (Gibson, 2014; Hill, 1971; King, Ollendick & Prins, 2000; McDonald, 2001; Sarason, 1984; Zeidner, 1998) têm referido que a ansiedade aos testes é um constructo multidimensional que implica componentes fisiológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais antes, durante ou depois de situações de teste ou exame, que são interpretadas como ameaçadoras para o indivíduo, que antecipa as possíveis consequências negativas ou o fracasso na situação de avaliação (e.g. teste ou exame). Por outras palavras, perante uma situação de teste, os autores têm indicado que essa é percebida como uma ameaça subjetiva para o sujeito, por este acreditar que as suas capacidades para a tarefa ficam aquém do exigido, desencadeando cognições de preocupação, apreensão, autocrítica, insegurança, dúvida e medo, que ocorrem de forma intrusiva e interferente. Essas cognições são desencadeadoras de ansiedade, manifestada através de sintomas fisiológicos (e.g. sudação, palpitações, agitação, tremores) e cognitivos (e.g. dificuldades de memória).

A ansiedade aos testes, presente em todos os indivíduos, numa maior ou menor escala, pode ter uma função adaptativa se contribuir para concentrar recursos e competências a fim de obter uma produtividade maior e mais eficaz. Por outro lado, assume uma função maladaptativa se reduzir a eficácia ou impedir a concretização de tarefas e desafios desejados ou necessários

para alcançar objetivos (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Cunha & Paiva, 2012). Neste sentido, tem também sido encontrado que alunos com ansiedade aos testes veem o seu rendimento reduzido e sofrem um prejuízo no seu desempenho académico (Escolar-Llmazares & Serrano-Pintado, 2014; Gibson 2014; McDonald, 2001; Sarason, 1978; Tobias, 1985; Zeidner, 1998). De facto, na meta-análise de Hembree (1988) ficou claro que a ansiedade aos testes reduzia o desempenho académico em qualquer nível de ensino (do 1º Ciclo ao Ensino Superior). O estudo de Chapell e colaboradores (2005) mostrou também que existem correlações negativas e significativas entre pontuações na ansiedade aos testes e o desempenho em alunos universitários, mostrando que a ansiedade aos testes elevada está associada a reduções na média dos resultados académicos em estudantes femininas. Ainda, Gibson (2014) verificou que a ansiedade aos testes em estudantes de enfermagem era um problema crucial com um impacto negativo na aprendizagem, afetando as suas capacidades de resposta às exigências da avaliação, e levando a que não atingissem o seu potencial académico, o que explicava a taxa significativa de insucesso devido a fracasso nos testes.

Todas estas investigações no que concerne à clarificação do constructo de ansiedade aos testes apenas foram sendo possíveis graças à utilização de instrumentos de avaliação específicos e fidedignos. Explicitamos em seguida alguns dados da evolução histórica dos instrumentos de medição de ansiedade aos testes e seus componentes, com ênfase nos trabalhos realizados no contexto português.

### **Instrumentos de Avaliação da Ansiedade aos Testes**

O fenómeno da ansiedade aos testes tem sido estudado desde os anos 50, cujos pioneiros foram Sarason e Mandler, registando-se como primeiros instrumentos de autorresposta de ansiedade aos testes o *Test Anxiety Questionnaire* (TAQ; Mandler & Sarason, 1952) para adultos, o *Test Anxiety Scale* (TAS; Sarason, 1958) para estudantes universitários, e o *Test*

*Anxiety Scale for Children* (TASC; Sarason et al., 1958) para crianças. Desde aí, têm sido desenvolvidos e estudados, ao longo dos anos, vários instrumentos que avaliam a ansiedade aos testes, enquanto constructo uni ou multidimensional (Zeidner, 1998).

No nosso país, podem também destacar-se estudos que visaram a adaptação ou o desenvolvimento de alguns instrumentos nesta área. Em primeiro lugar, referimos a adaptação do questionário *Reações aos Testes* (RT – *Reactions to Tests*; Sarason, 1984; versão portuguesa por Baptista, Soczka & Pinto, 1989), usado em estudantes universitários, e que avalia as seguintes dimensões da ansiedade aos testes: *Preocupação, Sintomas Somáticos, Tensão, e Pensamentos Irrelevantes*. Seguiu-se a adaptação do *Inventário de Ansiedade aos Testes* (TAI – *Test Anxiety Inventory*; Spielberger et al., 1976; versão portuguesa por Ponciano, Loureiro, Pereira & Spielberger, 2005), também em estudantes universitários portugueses, que mede diferenças individuais da ansiedade aos testes enquanto traço, descrevendo a frequência com que se experienciam sintomas específicos de ansiedade antes, durante e após os exames, e avaliando os componentes de preocupação e emocionalidade. Podemos igualmente referir a *Escala de Cognições e Comportamentos na Ansiedade aos Exames* (ECCAE), construída e estudada por Melo (2006), que avalia o tipo de pensamentos e os comportamentos que ocorrem antes e durante os testes, em estudantes universitários.

Mais recentemente, foram desenvolvidos e estudados, em termos de qualidades psicométricas, dois novos instrumentos, o *Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste para Adolescentes* (QPAST-A; Reis & Salvador, 2016) e o *Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste para Adolescentes* (QCST-A; Reis & Salvador, 2016). Com esses instrumentos pretendeu-se avaliar o conteúdo específico de cognições relacionadas com a situação de teste e os possíveis comportamentos de segurança utilizados no mesmo tipo de situação, respetivamente, utilizando três subescalas em cada instrumento, correspondentes às várias fases temporais da realização de um teste/exame – antes, durante e

depois. A relevância deste estudo prendeu-se com o facto de ter sido uma tentativa de colmatar as limitações de outros instrumentos já existentes (e.g. ECCAE), que não avaliavam estas dimensões de forma tão específica (Reis & Salvador, 2016). Da análise fatorial exploratória do QPAST-A resultaram dois fatores na subescala Antes (*Antecipação do Fracasso e Medo de Avaliação Negativa*), na subescala Durante (*Avaliação Negativa do Desempenho e Medo de Avaliação Negativa*) e na subescala Depois (*Autópsia e Medo de Avaliação Negativa*). Ao analisar o QCST-A, apenas as subescalas Antes e Durante com uma estrutura unidimensional foram mantidas (*idem*).

Atualmente, do nosso conhecimento, não existe ainda o mesmo tipo de instrumentos que avaliem os componentes cognitivos e comportamentais em amostras de adultos estudantes, nomeadamente, estudantes universitários, inclusivamente no contexto português. Como já foi explicitado anteriormente, também a população universitária sofre exigências e pressões em termos de avaliação formal no Ensino Superior, levando ao aumento dos níveis de ansiedade relacionados com a execução de testes e exames. Seria importante em termos de avaliação e intervenção na prática clínica dispor de instrumentos que permitam discriminar componentes específicos do fenómeno da ansiedade aos testes, tal como já foi feito com adolescentes por Reis e Salvador (2016).

### **Objetivos e Hipóteses**

Este estudo surge no seguimento da investigação realizada anteriormente com população adolescente (Reis & Salvador, 2016), uma vez que não existiam instrumentos semelhantes para adultos. Assim, propusemo-nos a desenvolver e aferir dois novos questionários de autorresposta, o *Questionário de Pensamentos Automáticos Face a Situações de Teste* (QPAST) e o *Questionário de Comportamentos Face a Situações de Teste* (QSCT), partindo de uma *pool* de itens já existente, completando-a e adaptando-a para alunos do Ensino Superior.

Pretendeu-se ainda estudar a sua estrutura fatorial e características psicométricas, comparando estes resultados com os que foram obtidos anteriormente com sujeitos mais jovens.

Tratando-se de novos instrumentos para uma amostra de adultos, não foi possível estabelecer hipóteses quanto às subescalas a manter ou aos fatores a retirar. No entanto, para ambos os instrumentos, esperava-se: escalas multidimensionais, com um determinado número de fatores que auxiliasse na conceptualização do fenómeno de AT nas diferentes etapas (antes, durante e depois) constituintes de uma situação de teste/exame (H1); índices razoáveis a bons de consistência interna (H2); boa fiabilidade teste-reteste, revelando a estabilidade temporal do instrumento (H3); validade convergente, através de correlações significativas com outras medidas amplamente validadas de ansiedade aos testes, e validade discriminante, através de correlações baixas com instrumentos que avaliassem constructos diferentes (H4).

## **Metodologia**

### **Participantes**

Atendendo aos objetivos deste estudo, foi realizada uma investigação não experimental e transversal, em que se tentou abranger sujeitos de ambos os géneros, de vários cursos do Ensino Superior e de vários anos curriculares. Definiram-se como critérios de exclusão dos participantes neste estudo: (i) idades inferiores a 18 anos; (ii) nacionalidade não portuguesa (e.g. alunos Erasmus); (iii) preenchimento incompleto das medidas, que levassem à sua invalidação.

Foi assim obtida uma amostra de conveniência constituída por 165 sujeitos. Foi necessário excluir 5 sujeitos, por não cumprirem os critérios definidos. Desta forma, a amostra contou com um total de 160 casos válidos, sendo 53 do género masculino (33.1%) e 107 do género feminino (66.9%), com uma média de idades de 19.56 ( $DP = 2.53$ ). Quanto à distribuição geográfica da proveniência dos participantes, pudemos verificar que 65.6% ( $n =$



105) pertenciam à Região Centro (distritos de Coimbra, Aveiro, Leiria, Guarda, Castelo Branco), 24.4% (n = 39) à Região Norte (distritos de Braga, Bragança, Porto, Lamego, Viana do Castelo, Vila Real), 4.4% (n = 7) à Região do Alentejo (distritos de Beja, Santarém, Évora), 3.8% (n = 6) à Região Autónoma da Madeira, e 1.3% (n = 2) à Região do Algarve (distrito de Faro). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em relação ao género quanto à idade ( $t_{(158)} = 1.95, p = .053$ ) e à proveniência geográfica ( $\chi^2_{(4)} = 3.05, p = .549$ ).

A fim de calcular a estabilidade temporal do instrumento, utilizou-se uma subamostra de 26 sujeitos, dos quais 5 (19.2%) eram do género masculino e 21 (80.8%) eram do género feminino, com uma média de idades de 20.27 ( $DP = 2.46$ ).

## **Instrumentos**

No sentido de obtermos dados que nos permitissem estudar as hipóteses levantadas, foi administrado aos sujeitos um protocolo de questionários de autorresposta, no qual se incluíram os dois novos instrumentos, cujo estudo constituiu o principal objetivo desta investigação. Os instrumentos desse protocolo são descritos em seguida.

O *Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste* (QPAST; Nogueira & Salvador, 2016) resulta da adaptação para a população adulta do *Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste para Adolescentes* (QPAST-A; Reis & Salvador, 2016), que se destina a avaliar cognições, e sua frequência, relacionadas com a ansiedade aos testes. Este é composto por três subescalas (Antes, Durante e Depois dos testes), com dois fatores cada uma: *Antecipação do Fracasso* e *Medo da Avaliação Negativa* (subescala Pensamentos Antes dos Testes), *Avaliação Negativa do Desempenho* e *Medo da Avaliação Negativa* (subescala Pensamentos Durante os Testes), e *Autópsia* e *Medo da Avaliação Negativa* (subescala Pensamentos Depois dos Testes). Os itens são respondidos, quanto à sua frequência, numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos entre 1 (“*Nunca*”) e 5

(“*Sempre*”), sendo que quanto mais elevada a pontuação maior a frequência de ocorrência de pensamentos automáticos em situações de teste. A versão para adolescentes evidenciou boas qualidades psicométricas, ao nível da consistência interna ( $\alpha = .90$  a  $.91$  nas subescalas, e  $\alpha = .77$  a  $.89$  nos fatores), da fiabilidade teste-reteste ( $r = .82$  a  $.84$ ), da validade convergente e da validade discriminante. A construção e estudo do questionário para estudantes universitários foi um dos objetivos da presente investigação.

O *Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste* (QCST; Nogueira & Salvador, 2016) resultou também da adaptação para estudantes universitários do *Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste para Adolescentes* (QCST-A; Reis & Salvador, 2016), e avalia a frequência de comportamentos que podem ocorrer antes, durante e depois de situações de teste/exame. Os sujeitos devem responder quanto à frequência dos comportamentos descritos numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos entre 1 (“*Nunca*”) e 5 (“*Sempre*”), sendo que quanto mais elevada a pontuação obtida maior a frequência dos comportamentos em situações de teste. Na versão para adolescentes, apenas se mantiveram as subescalas “Comportamentos Antes dos Testes” e “Comportamentos Durante os Testes”, com estruturas unidimensionais, apresentando valores de consistência interna razoáveis ( $\alpha = .75$  e  $.70$ , respetivamente) e uma elevada estabilidade temporal ( $r = .72$  e  $.77$ , respetivamente). A construção e estudo deste questionário para estudantes universitários foi um dos objetivos desta investigação, partindo da utilização de três subescalas (Comportamentos Antes, Durante e Depois dos testes).

O *Reações aos Testes* (RT – *Reactions to Tests*; Sarason, 1984; versão portuguesa para adultos por Baptista, Soczka, & Pinto, 1989) é um instrumento de autorresposta que se destina a avaliar vários componentes da ansiedade numa situação de teste/exame. A sua versão original (Sarason, 1984) é composta por 40 itens, agrupados em quatro fatores: *Tensão*, *Preocupação*, *Pensamentos Irrelevantes* e *Sintomas Somáticos*. Este questionário tem boas qualidades

psicométricas em termos de consistência interna ( $\alpha = .78$ , para o total da escala, e  $.68$  a  $.81$  para os fatores) e de validade convergente. Na adaptação portuguesa para alunos universitários (Baptista et al., 1989), é composto por 34 itens, agrupados na mesma estrutura fatorial da versão original, cuja resposta deve ser dada numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos entre 1 (“*Nada típico*”) e 4 (“*Muito típico*”), sendo que uma pontuação elevada corresponde a um maior nível de ansiedade. Apresenta igualmente boas características psicométricas ao nível de consistência interna (entre  $.76$  e  $.93$ , para o total e fatores), estabilidade teste-reteste, validade convergente (Baptista et al., 1989) e sensibilidade à mudança resultante de tratamento (Salvador, 2009). Existe também uma versão portuguesa para adolescentes (Vicente, 2011), adaptada a partir da versão para adultos. No presente estudo, registaram-se valores de consistência interna muito bons para o total da escala ( $\alpha = .94$ ) e para os fatores *Pensamentos Irrelevantes* e *Tensão* ( $\alpha = .93$  e  $.90$ ), e razoáveis para os fatores *Preocupação* e *Sintomas Somáticos* ( $\alpha = .87$  e  $.80$ ).

A *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21* (DASS-21 – *Depression, Anxiety and Stress Scale 21 Item Version*; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) corresponde à versão reduzida da versão original de 42 itens e destina-se a avaliar o grau de ansiedade, depressão e stress. É composta por 21 itens distribuídos equitativamente por três fatores: *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress*. As respostas devem ser assinaladas numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos entre 0 (“*Não se aplicou nada a mim*”) e 3 (“*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”), tendo como referência temporal a semana anterior, atendendo a que quanto maior for a pontuação obtida maiores serão os graus de ansiedade, depressão ou stress. A versão portuguesa apresentou boas qualidades psicométricas, semelhantes à versão original, quanto à consistência interna ( $\alpha = .74$  a  $.91$ ), à validade convergente, à validade discriminante. No presente estudo, obtivemos valores de consistência interna de  $.87$  (*Ansiedade*),  $.92$  (*Depressão*) e  $.89$  (*Stress*).

## **Procedimento**

No âmbito deste estudo, foi obtida autorização pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) para levarmos a cabo a recolha e o tratamento dos dados dentro dos trâmites éticos.

Para a construção dos novos questionários (QPAST e QCST), partiu-se de uma *pool* de itens baseada naquela previamente utilizada para os questionários para adolescentes (Reis & Salvador, 2016), com o cuidado de adaptar a linguagem das instruções e dos itens para estudantes universitários. Acrescentaram-se ainda alguns itens que pudessem contribuir para uma maior abrangência dos fenómenos.

Foi selecionado um conjunto de instrumentos para integrarem o protocolo, para garantir o estudo das qualidades psicométricas dos novos questionários. Esse protocolo era ainda constituído por uma folha de rosto, com a explicação dos objetivos do estudo e garantia de confidencialidade, pelo consentimento informado e por um questionário sociodemográfico. A fim de controlar efeitos de contaminação de respostas e de fadiga, contrabalanceou-se a ordem dos questionários no protocolo.

Previamente à recolha dos dados, foram contactados docentes de cursos superiores da Universidade de Coimbra e Instituto Politécnico de Coimbra, a fim de obter a sua autorização para recolha de dados em contexto de sala de aula. A distribuição dos questionários ocorreu no início ou no fim da aula, sendo o tempo de administração, em média, de 20 minutos.

Numa fase posterior, ao fim de cerca de 16 semanas, foram administrados o QPAST e o QCST a 26 dos mesmos sujeitos da primeira fase, para averiguar a estabilidade temporal das respostas.

Após a recolha dos dados, procedeu-se à inserção dos mesmos numa base de dados, criada para o efeito, no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 22.0, para Windows), seguindo-se a sua análise estatística.

### **Estratégica analítica**

Para que a Análise Fatorial Exploratória pudesse ser realizada, assegurámos o cumprimento dos requisitos mínimos relativamente ao tamanho da amostra. Partimos dos pressupostos de Hill e Hill (2000) que indicam que, considerando uma variável com  $k$  itens, se  $k \leq 5$ , é preciso um número mínimo de respostas válidas ( $N$ ) de 50; se  $5 < k \leq 15$ , então  $N = 10 \times k$ ; e se  $k > 15$ , então  $N = 5 \times k$ . Visto que, dos dois testes, a subescala mais longa tinha 31 itens ( $k = 31$ ), o número mínimo de respostas válidas necessárias seria 155 ( $5 \times 31$ ).

A normalidade da distribuição também foi avaliada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* e os desvios à mesma pela assimetria (*skewness*) e pelo achatamento (*kurtosis*). A análise de *outliers* foi feita pela representação gráfica através de diagramas de caixas.

A fim de selecionar os itens que integrariam as subescalas (i.e. antes, durante e depois) de ambos os testes, procedeu-se a uma Análise dos Itens, em que se analisaram os valores de correlação inter-item em cada subescala e de item-total da subescala, tendo como base os valores apontados por Pestana e Gageiro (2008): um coeficiente de correlação superior a .90 corresponde a uma associação muito elevada; entre .70 e .89 a uma associação elevada; entre .40 e .69 a uma associação moderada; entre .21 e .39 a uma associação baixa; e inferior a .20 a uma associação muito baixa. Para eliminação de itens, tivemos como valores de referência os seguintes: correlações inter-item superiores a .75 (correspondentes a itens redundantes); e correlações item-total da subescala inferiores a .40. Foi ainda realizada a análise da consistência interna para cada subescala, atentando à possibilidade de eliminação de itens com o intuito de a aumentar, tendo como critério valores de alfa de *Cronbach* superiores a .90 como muito bons;

entre .81 e .90 como bons; entre .71 e .80 como razoáveis; entre .61 e .70 como fracos; e inferiores a .60 como inadmissíveis (Pestana & Gageiro, 2008).

Realizámos uma série de Análises em Componentes Principais (ACP), para verificar a distribuição de itens por fatores, utilizando rotações oblíquas, por considerarmos que existiria relação entre os fatores. Assegurámos também a validade dessas análises através do critério de adequação da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), que se considera excelente acima de .90; muito boa entre .81 e .89; boa entre .71 e .80; medíocre entre .51 e .70; e inaceitável abaixo de .50 (Hutcheson e Sofroniou, 1999 cit in Field, 2009); e do teste de esfericidade de *Bartlett*. Considerámos a retenção dos fatores cujos *eigenvalues* fossem superiores a 1 (cf. Tabachnick & Fidell, 2013), com recurso à análise do *Scree Test*. Em relação às saturações fatoriais, considerámos os valores de Comrey e Lee (1992, cit in Tabachnick & Fidell, 2013), sendo excelentes acima de .71; muito boas entre .63 e .70; boas entre .55 e .62; razoáveis entre .45 e .54; e pobres entre .32 e .44. Quanto às correlações entre fatores, entre itens e fatores e entre itens e subescalas, tomámos como referência os valores de coeficiente de correlação apontados por Pestana e Gageiro (2005), referidos anteriormente.

Para além destes procedimentos, pretendeu ainda verificar-se se as escalas eram fidedignas e válidas. Para o primeiro parâmetro, calculámos a consistência interna das escalas, através do valor do alfa de *Cronbach*, e a estabilidade temporal, através do coeficiente de correlação de Spearman (por se tratar de uma amostra com um número de sujeitos inferior a 30) entre os resultados do teste e do reteste. Para verificar o segundo parâmetro, estudámos a validade convergente e a discriminante, através de coeficientes de correlação de *Pearson* (Campbell & Fiske, 1959).

Finalmente, realizámos uma Análise Univariada da Variância (ANOVA) para estudar a influência do género sobre as subescalas e fatores dos dois novos questionários, calculando o tamanho desse efeito partindo dos valores de eta quadrado parcial definidos por Cohen

(1988): a partir de .14 existe uma magnitude do efeito elevado; entre .07 e .13 é uma magnitude média; e entre .01 e .06 considera-se uma magnitude do efeito baixa.

## **Resultados**

### **Análises Preliminares**

A distribuição das variáveis em estudo não se desviou significativamente da normalidade. Verificou-se igualmente a existência de *outliers*, mas optámos por mantê-los para preservar a validade ecológica.

### **Desenvolvimento do Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste (QPAST)**

A partir dos critérios referidos na estratégia analítica de seleção dos itens que integrariam as subescalas, excluámos aqueles cuja correlação com os outros itens era elevada (superior a .75), cuja correlação com o total da subescala era baixa (inferior a .40) e cuja retirada permitisse aumentar a consistência interna da subescala. Assim, a subescala Antes ficou constituída por 13 itens (12 itens excluídos), a subescala Durante por 18 itens (13 itens excluídos) e a subescala Depois por 13 itens (9 itens excluídos).

### *Estrutura fatorial*

Realizámos Análises em Componentes Principais para as três subescalas, cumprindo o critério de adequação da amostra e o da esfericidade. A medida KMO revelou-se excelente para as subescalas Durante (.93) e Depois (.91) e muito boa para a subescala Antes (.89), enquanto que o teste de esfericidade de *Bartlett* foi sempre estatisticamente significativo ( $p < .001$ ) para as três subescalas (Antes:  $\chi^2_{(78)} = 995.83$ ; Durante:  $\chi^2_{(153)} = 1851.16$ ; Depois:  $\chi^2_{(78)} = 1281.33$ ).

Relativamente à subescala Antes, a solução inicial obtida apontava para a existência de três componentes, enquanto o *Scree Plot* indicava apenas dois. Visto que a estrutura com três componentes não apresentava uma coerência teórica, forçámos a extração a dois componentes que, em conjunto, explicaram 54.62% da variância. Após a exclusão dos itens pouco discriminativos (i.e. cujas diferenças entre saturações fatoriais fossem inferiores a .10), e daqueles cujo conteúdo era redundante, obtivemos uma estrutura fatorial em que os dois componentes passaram a explicar 57.59% da variância.

Na subescala Durante, a solução inicial indicava a extração espontânea de quatro componentes, aos quais não foi possível atribuir uma dimensão teórica com significado. Forçámos a extração a dois componentes, tal como indicado pelo *Scree Plot*, cuja variância conjunta explicada foi de 57.02%. Eliminámos igualmente os itens pouco discriminativos e redundantes, obtendo uma estrutura de dois componentes que explicaram 59.43% da variância.

Finalmente, a solução inicial da subescala Depois remetia para a existência de três componentes para os quais não encontramos uma dimensão teórica subjacente. Recorrendo à análise do *Scree Plot*, segundo o qual a subescala seria constituída por dois componentes, forçámos novamente a extração a esse número. A variância explicada foi de 62.23%, que passou a 65.07% após a eliminação dos itens pouco discriminativos.

Desta forma, cada subescala ficou composta por dois fatores, cuja designação foi atribuída de forma a representar fielmente o seu conteúdo: *Antecipação de Desempenho* (F1) e *Medo de Avaliação Negativa* (F2) – subescala Antes; *Avaliação Negativa de Desempenho* (F1) e *Medo de Avaliação Negativa* (F2) – subescala Durante; *Consequências Negativas do Fracasso* (F1) e *Autópsia* (F2) – subescala Depois.

Os itens resultantes desta análise estatística foram aleatorizados e renumerados, de forma a formar as novas escalas depuradas. Podem consultar-se no Quadro 1 as distribuições



dos itens pelos fatores, as respectivas saturações fatoriais e comunalidades, as correlações entre fatores e entre os fatores e os totais das subescalas correspondentes.

Os *eigenvalues* obtidos em todas as extrações foram superiores a 1 e as saturações fatoriais foram sempre superiores a .30, variando entre valores razoáveis e excelentes. Obtivemos correlações positivas, significativas e moderadas entre os fatores da subescala Antes e entre os fatores da subescala Depois, e elevadas entre os fatores da subescala Durante. Quanto às correlações entre fatores e totais das respectivas subescalas, estas foram positivas e significativas muito elevadas para os F1 e elevadas para os F2.

#### Quadro 1

*Análise de Componentes Principais do QPAST: Itens e Fatores de cada Subescala, respectivas Saturações Fatoriais e Comunalidades ( $h^2$ ), Correlações Fator-Fator de cada subescala (F-F) e Correlações Fator-Subescala (F-S)*

QPAST – Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste	F1	F2	$h^2$
<b>Pensamentos Antes dos Testes</b>			
<i>F1: Antecipação de Desempenho</i>			
13: Não vou conseguir tirar X	.85	.00	.67
9: Tenho de tirar X	.80	.13	.55
11: Não vou ter tempo para estudar tudo	.77	.07	.54
3: Devia ter começado a estudar mais cedo	.67	.03	.44
6: Vou ter má nota	.67	-.09	.51
4: Vai ser difícil	.59	-.07	.40
1: Vai correr mal	.57	-.30	.59
7: Nunca vou conseguir saber isto	.56	-.27	.54
<i>F2: Medo de Avaliação Negativa</i>			
5: Os(as) meus(minhas) professores(professoras) vão ficar desiludidos(as) comigo	-.12	-.95	.79
8: Vão achar que sou burro(a)	.02	-.82	.69
10: Se tiver má nota o(a) professor(a) vai ficar com má impressão minha	.00	-.78	.61
2: Vão achar que não sei nada	.10	-.76	.67
12: Os meus pais vão ficar desiludidos comigo	.34	-.47	.51
Valores próprios ( <i>eigenvalues</i> )	6.02	1.46	
Variância explicada (%)	46.33	11.26	
Correlações F-F e F-S	F1	F2	Total
F1	1	.63**	.93**
F2		1	.88**

QPAST – Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste	F1	F2	h <sup>2</sup>
<b>Pensamentos Durante os Testes</b>			
<i>F1: Avaliação Negativa de Desempenho</i>			
13: Não estou a conseguir resolver isto	.96	-.22	.71
6: É muito difícil	.79	-.04	.58
9: Ainda ontem vi isto e agora já não sei	.78	-.03	.58
11: Já não vou conseguir tirar X	.78	.02	.63
3: Não vou conseguir acabar a frequência/exame a tempo	.73	-.02	.52
8: Isto deve estar mal	.71	.02	.53
2: Devia ter estudado mais	.70	.02	.52
5: Vou ter má nota	.69	.11	.58
18: Já sabia que isto me ia acontecer; é sempre a mesma coisa	.67	.16	.61
1: Está a correr mal	.62	.14	.51
16: Não sei nada	.55	.28	.57
15: Estou a bloquear/ter uma branca	.54	.19	.45
<i>F2: Medo de Avaliação Negativa</i>			
7: Se tiver má nota o(a) professor(a) vai ficar com má impressão minha	-.04	.90	.77
17: Os(as) meus(minhas) professores(professoras) vão ficar desiludidos(as) comigo	-.05	.90	.75
4: Vão achar que sou burro(a)	-.02	.87	.75
14: Vão notar que estou nervoso(a)	.12	.65	.53
10: É uma vergonha não saber responder a isto!	.27	.54	.54
12: Os meus pais vão ficar desiludidos comigo	.33	.52	.59
Valores próprios ( <i>eigenvalues</i> )	9.19	1.51	
Variância explicada (%)	51.04	8.40	
Correlações F-F e F-S	F1	F2	Total
F1	1	.73**	.96**
F2		1	.89**
<b>Pensamentos Depois dos Testes</b>			
<i>F1: Consequências Negativas do Fracasso</i>			
7: Vão achar que sou burro(a)	.95	-.141	.77
5: Os meus professores vão ficar desiludidos	.88	-.077	.70
1: Sou mesmo burro(a)	.83	-.035	.67
11: Os meus pais vão ficar desiludidos	.73	.169	.69
3: Vou chumbar à cadeira	.71	.081	.57
13: A minha nota vai ser uma vergonha	.63	.303	.70
9: Não vou conseguir ter a média de curso que quero	.53	.391	.66
<i>F2: Autópsia</i>			
4: Podia ter feito melhor	-.10	.89	.70
12: Como é que não me lembrei daquilo?	-.06	.81	.61
2: Devia ter estudado mais!	-.02	.79	.60
6: Correu mal	.11	.70	.59
8: Devia ter estudado mais a matéria X em vez da Y	.23	.59	.55
10: Vou descer a nota	.38	.53	.64
Valores próprios ( <i>eigenvalues</i> )	6.70	1.46	
Variância explicada (%)	53.82	11.26	
Correlações F-F e F-S	F1	F2	Total
F1	1	.69**	.95**
F2		1	.89**

Nota: \*\*  $p < .01$

### *Estudo dos Itens do QPAST*

Com o intuito de fazer o estudo dos itens deste instrumento, apresentamos no Quadro 2 as médias, os desvios-padrão, as correlações entre os itens e os totais dos fatores aos quais pertencem, as correlações entre os itens e o total da respectiva subescala, a consistência interna da subescala e dos fatores, a consistência interna se o item for removido e a correlação entre os itens da primeira e segunda administração, utilizando o coeficiente de correlação de *Spearman* ( $n = 26$ ).

Como evidenciado pelos dados obtidos, todas as correlações item-fator se revelaram moderadas a elevadas, com valores compreendidos entre .64 e .85. Quanto às correlações entre os itens e os totais das subescalas, obtivemos valores moderados a elevados, entre .58 e .83. Não se mostrou pertinente remover nenhum item, uma vez que esta remoção não aumentaria a consistência interna em nenhum dos fatores ou subescalas. As correlações entre os itens do teste-reteste manifestaram-se moderadas na subescala Antes ( $r_s = .40$  a  $.77$ ), moderadas a elevadas na subescala Durante ( $r_s = .48$  a  $.79$ ) e moderadas a muito elevadas na subescala Depois ( $r_s = .44$  a  $.90$ ), com a exceção de dois itens que apresentaram correlações fracas (.24 e .26) entre a primeira e segunda administrações.

### **Fidelidade do QPAST**

#### *Consistência Interna*

Calcularam-se os valores de alfa de *Cronbach* para analisar a consistência interna do QPAST, verificando-se que todas as subescalas obtiveram valores muito bons (Antes:  $\alpha = .90$ ; Durante:  $\alpha = .94$ ; Depois:  $\alpha = .93$ ). Quanto aos fatores, na subescala Antes a consistência interna foi boa para ambos os fatores ( $\alpha = .86$ ); nas subescalas Durante e Depois o F1 obteve uma consistência interna muito boa ( $\alpha = .93$  e  $.91$ , respectivamente), e o F2 dessas subescalas obteve consistências boas ( $\alpha = .88$  e  $.87$ , respectivamente).

Quadro 2

*Média (M), Desvios-Padrão (DP), Correlações Item-Fator (I-F), Correlações Item-Subescala (I-S), Consistência Interna ( $\alpha$ ), Consistência Interna se o Item for Removido ( $\alpha$ -I) e Correlações Teste-Reteste (t-r) (n = 26)*

QPAST – Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste	M	DP	I-F	I-S	$\alpha$ -I	t-r
<b>Pensamentos Antes dos Testes (<math>\alpha = .90</math>)</b>						
<i>F1: Antecipação de Desempenho (<math>\alpha = .86</math>)</i>						
1	3.04	.86	.75**	.74**	.84	.59**
3	3.47	1.07	.66**	.59**	.86	.50**
4	3.52	.91	.64**	.58**	.86	.46**
6	3.03	1.02	.72**	.67**	.85	.65**
7	2.74	1.12	.74**	.73**	.84	.74**
9	3.19	1.15	.71**	.63**	.85	.60**
11	3.45	1.02	.72**	.64**	.85	.50**
13	3.25	1.02	.81**	.74**	.83	.65**
<i>F2: Medo de Avaliação Negativa (<math>\alpha = .86</math>)</i>						
2	2.53	1.18	.81**	.73**	.82	.40**
5	2.14	1.05	.85**	.69**	.80	.61**
8	2.14	1.14	.83**	.71**	.81	.72**
10	2.45	1.12	.77**	.66**	.83	.58**
12	2.89	1.28	.74**	.71**	.86	.77**
<b>Pensamentos Durante os Testes (<math>\alpha = .94</math>)</b>						
<i>F1: Avaliação Negativa de Desempenho (<math>\alpha = .93</math>)</i>						
1	2.76	.80	.70**	.69**	.92	.50**
2	3.23	1.15	.73**	.70**	.92	.24
3	2.88	1.01	.72**	.68**	.92	.72**
5	2.87	.95	.75**	.74**	.92	.71**
6	2.98	.94	.75**	.71**	.92	.65**
8	3.00	.78	.71**	.68**	.92	.68**
9	3.08	1.11	.76**	.72**	.92	.61**
11	2.84	1.09	.78**	.76**	.92	.57**
13	2.86	.87	.79**	.72**	.92	.63**
15	2.57	1.03	.68**	.67**	.92	.48**
16	2.35	1.05	.75**	.76**	.92	.76**
18	2.56	1.20	.80**	.78**	.92	.62**
<i>F2: Medo de Avaliação Negativa (<math>\alpha = .88</math>)</i>						
4	1.87	.99	.83**	.71**	.86	.70**
7	2.03	1.04	.85**	.71**	.85	.63**
10	2.42	1.12	.74**	.71**	.88	.64**
12	2.40	1.25	.79**	.75**	.87	.76**
14	1.86	.96	.74**	.65**	.87	.79**
17	1.99	1.03	.85**	.70**	.85	.60**

QPAST – Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste	M	DP	I-F	I-S	$\alpha$ -I	t-r
Pensamentos Depois dos Testes ( $\alpha = .93$ )						
<i>F1: Consequências Negativas do Fracasso (<math>\alpha = .91</math>)</i>						
1	2.08	1.11	.80**	.73**	.90	.69**
3	2.39	1.08	.76**	.71**	.91	.75**
5	1.99	1.04	.81**	.73**	.90	.54**
7	2.01	1.07	.83**	.74**	.90	.58**
9	2.82	1.25	.80**	.81**	.90	.90**
11	2.48	1.23	.85**	.81**	.90	.67**
13	2.81	1.17	.83**	.83**	.90	.78**
<i>F2: Autópsia (<math>\alpha = .87</math>)</i>						
2	3.48	1.05	.77**	.66**	.85	.54**
4	3.64	1.00	.81**	.66**	.84	.44*
6	3.21	.88	.77**	.69**	.84	.68**
8	3.30	1.02	.76**	.71**	.85	.26
10	3.04	.95	.77**	.78**	.84	.67**
12	3.42	.96	.77**	.64**	.85	.60**

Nota: \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

### *Estabilidade Temporal*

A fim de verificar se as respostas ao instrumento apresentavam estabilidade ao longo do tempo, administrámos as escalas depuradas a uma subamostra de indivíduos comuns à primeira administração do protocolo ( $n = 26$ ), após um período de cerca de 16 semanas. Recorremos à estatística não-paramétrica do coeficiente de correlação de *Spearman* para calcular as associações dos totais dos fatores e dos totais das subescalas entre a primeira administração e a segunda. Obtiveram-se, entre fatores e entre totais das subescalas para ambos os momentos de administração, correlações positivas, significativas e elevadas a muito elevadas, com valores de *rho* de *Spearman* compreendidos entre .71 e .91.

## **Validade**

### *Validade Convergente e Validade Discriminante*

A fim de se determinar a validade convergente do QPAST, efetuaram-se correlações das suas subescalas e respetivos fatores com o total e fatores do *Reações aos Testes – RT* (que mede a Ansiedade aos Testes). Analisámos ainda a validade discriminante através das

correlações das subescalas e respectivos fatores do QPAST com os fatores *Ansiedade* e *Depressão* da DASS-21 (*Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21*). Seguem-se os resultados no Quadro 3.

Relativamente à validade convergente, todos os fatores e totais de todas as subescalas apresentaram correlações mais elevadas com os fatores *Preocupação*, e correlações mais baixas com os fatores *Pensamentos Irrelevantes* e *Sintomas Somáticos*. Além disso, verificou-se que foi entre a subescala *Durante* e o fator *Preocupação* que se observaram correlações mais elevadas.

Quanto à validade discriminante, observámos que as correlações com os fatores da DASS-21 foram significativas, com valores baixos a moderados.

### Quadro 3

*Correlações (r de Pearson) entre o QPAST (fatores e totais das subescalas), RT (fatores e total) e DASS-21 (fatores)*

QPAST		RT				Total	DASS-21	
		RT_PI	RT_P	RT_T	RT_SS		Ansiedade	Depressão
Antes	F1	.38**	.61**	.50**	.32**	.59**	.34**	.46**
	F2	.37**	.62**	.47**	.46**	.62**	.47**	.58**
	Total	.41**	.68**	.54**	.42**	.66**	.44**	.57**
Durante	F1	.50**	.73**	.51**	.47**	.71**	.41**	.51**
	F2	.44**	.70**	.47**	.50**	.67**	.51**	.55**
	Total	.51**	.78**	.53**	.51**	.75**	.48**	.56**
Depois	F1	.40**	.69**	.56**	.51**	.70**	.48**	.58**
	F2	.40**	.62**	.48**	.38**	.61**	.38**	.42**
	Total	.44**	.72**	.57**	.50**	.71**	.47**	.55**

*Nota:* QPAST = Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste. Antes\_F1 = Fator Antecipação de Desempenho. Antes\_F2 = Fator Medo de Avaliação Negativa. Durante\_F1 = Avaliação Negativa de Desempenho. Durante\_F2 = Medo de Avaliação Negativa. Depois\_F1 = Consequências Negativas do Fracasso. Depois\_F2 = Autópsia. RT = Reações aos Testes. RT\_PI = Fator Pensamentos Irrelevantes do RT. RT\_P = Fator Preocupação do RT. RT\_T = Fator Tensão do RT. RT\_SS = Fator Sintomas Somáticos do RT. DASS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21.

\*\*  $p < .01$

Para averiguar se as correlações obtidas para efeitos de validade convergente eram significativamente diferentes das obtidas para efeitos de validade divergente, comparámos as correlações obtidas com o Total do RT com os valores de correlação obtidos com o fator

*Ansiedade* e com o fator *Depressão* da DASS-21, recorrendo ao teste Z de Fisher (Lee & Preacher, 2013). Todas as diferenças se mostraram significativas ( $p < .05$ ), sendo que as correlações obtidas com a medida de validade convergente (RT) foram significativamente superiores às correlações obtidas com as medidas de validade discriminante (fatores *Ansiedade* e *Depressão* da DASS-21), exceto na comparação das correlações entre total e fatores da subescala Antes e total do RT com total e fatores da subescala Antes e o fator *Depressão* da DASS-21.

### Dados Normativos

Realizámos o estudo da influência do género sobre os fatores e subescalas do QPAST, cujos resultados se encontram no Quadro 4.

Quadro 4

*Médias (M), Desvios-Padrão (DP), Influência do Género (ANOVA) nos Fatores e Subescalas do QPAST e Magnitude do Efeito ( $\eta^2$ )*

		Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste (QPAST)								
		Antes			Durante			Depois		
		F1	F2	Total	F1	F2	Total	F1	F2	Total
		N	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Total	160	25.67 (5.85)	12.16 (4.61)	37.82 (9.46)	33.93 (8.94)	12.57 (5.10)	46.50 (13.13)	16.57 (6.45)	20.09 (4.55)	36.67 (10.16)
Género										
Masculino	53	24.34 (.80)	10.66 (.62)	35.00 (1.27)	31.32 (1.21)	11.11 (.69)	42.43 (1.77)	14.59 (.87)	18.85 (.62)	33.43 (1.36)
Feminino	106	26.33 (.56)	12.91 (.44)	39.24 (.90)	35.24 (.85)	13.30 (.49)	48.54 (1.25)	17.57 (.61)	20.72 (.44)	38.28 (.96)
	$F_{(1, 159)}$	4.17*	8.81*	7.37*	7.04*	6.76*	7.98*	7.87*	6.14*	8.44*
	$\eta^2$	.026	.053	.045	.043	.041	.048	.048	.038	.051

*Nota:* Antes\_F1 = Fator Antecipação de Desempenho. Antes\_F2 = Fator Medo de Avaliação Negativa. Durante\_F1 = Avaliação Negativa de Desempenho. Durante\_F2 = Medo de Avaliação Negativa. Depois\_F1 = Consequências Negativas do Fracasso. Depois\_F2 = Autópsia.

\*  $p < .05$

Encontraram-se diferenças significativas entre géneros quanto às respostas nos diferentes fatores e subescalas, conforme indicado pelos valores de  $F$ , sendo que os indivíduos do género feminino apresentaram pontuações mais elevadas relativamente aos sujeitos do género masculino. Contudo, analisando o tamanho do efeito dessas diferenças, verificamos que este foi sempre baixo (sempre inferior a .07).

### **Desenvolvimento do Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste (QCST)**

Tal como foi efetuado para o QPAST, começámos por excluir os itens das subescalas Antes, Durante e Depois, que compunham o QCST, com correlações superiores a .75 com outros itens, com correlações baixas (inferiores a .40) com o total da subescala e que permitissem aumentar a consistência interna da subescala caso fossem retirados. Desta forma, mantiveram-se apenas as subescalas Antes e Durante, com 11 (exclusão de 9 itens) e 12 itens (exclusão de 5 itens), respetivamente. Eliminámos a subescala Depois, uma vez que foi necessário excluir um grande número de itens de acordo com os critérios estabelecidos, tendo a subescala acabado por apresentar uma consistência interna inadmissível ( $\alpha = .16$ ).

#### *Estrutura fatorial*

Prosseguimos para a Análise Fatorial Exploratória, através de Análises em Componentes Principais com rotações oblíquas para as duas subescalas. Foi cumprido o critério de KMO, obtendo uma boa adequação amostral para as subescalas Antes (.71) e Durante (.74). Da mesma forma, o teste de esfericidade de Bartlett foi estatisticamente significativo ( $p < .001$ ) para ambas as subescalas (Antes:  $\chi^2_{(45)} = 450.51$ ; Durante:  $\chi^2_{(55)} = 420.112$ ).

Quanto à extração de componentes, a solução inicial apontada para a subescala Antes indicava a existência espontânea de três componentes, apoiada pelo *Scree Plot*. No entanto, devido à ausência de uma coerência teórica, à pouca capacidade discriminativa entre itens de alguns fatores, levando à sua eliminação, e pela consequente impossibilidade de manter no



mínimo três itens no terceiro fator, forçámos a extração a dois componentes. Nesta nova solução, estes explicaram em conjunto 47.05% da variância. Eliminou-se o único item cuja saturação fatorial era inferior a .30, e obtivemos uma estrutura fatorial de 10 itens, constituída por dois componentes que passaram a explicar 51.21% da variância.

Na subescala Durante, obtivemos uma solução inicial de quatro componentes cuja distribuição dos itens pelos fatores não apresentava uma coerência teórica nem de conteúdo. O *Scree Plot* parecia indicar a existência de apenas dois componentes e, ao forçar essa extração, verificámos que poderia ser uma solução possível, que explicaria 40.73% da variância. Eliminámos um item por ter uma saturação fatorial inferior a .30, resultando numa estrutura com 11 itens, distribuídos por dois fatores que conjuntamente explicam 43.50% da variância.

Desta forma, a subescala de Comportamentos Antes dos Testes ficou composta por dois fatores – *Controlo Direto* (F1) e *Controlo Externo* (F2) – assim como a subescala Comportamentos Durante os Testes – *Cábulas* (F1) e *Tentativa de Controlo* (F2). Os fatores receberam denominações que permitissem representar fielmente o seu conteúdo e os itens que os compõem foram renumerados para formar as novas escalas, após aleatorização da sua ordem.

Podem consultar-se as saturações fatoriais e comunalidades das subescalas Antes e Durante, e as correlações entre os fatores de cada subescala e com os totais das subescalas correspondentes, no Quadro 5. Obtiveram-se *eigenvalues* superiores a 1 e saturações fatoriais entre valores pobres e excelentes, mas sempre superiores a .30. As correlações entre os fatores de cada subescala revelaram-se baixas, positivas e significativas e as correlações entre os fatores e o total da respetiva subescala foram elevadas, positivas e significativas.

Quadro 5

*Análise em Componentes Principais do QCST: Itens e Fatores de cada Subescala, respectivas Saturações Fatoriais e Comunalidades ( $h^2$ ), Correlações Fator-Fator de cada subescala (F-F) e Correlações Fator-Subescala (F-S)*

QCST – Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste	F1	F2	$h^2$
<b>Comportamentos Antes dos Testes</b>			
<i>F1: Controlo Direto</i>			
1: Tento ler todos os materiais que tenho	.78	.06	.59
9: Tento recolher o máximo de material para a cadeira	.77	-.01	.59
7: Estou sempre a verificar a matéria (“espreitar” os apontamentos à menor dúvida)	.65	-.02	.43
5: Revejo mentalmente a matéria (“faço testes a mim próprio(a)” para ver se sei as coisas)	.58	-.01	.34
11: Quando não percebo uma parte da matéria, não passo à parte seguinte sem perceber aquela	.57	.01	.32
3: Estudo muitas horas seguidas e sem intervalos adequados	.46	-.03	.21
<i>F2: Controlo Externo</i>			
2: Peço a alguém para acender uma velinha para que a frequência/exame me corra bem	-.03	-.87	.75
10: Peço a alguém para rezar para que a frequência/exame me corra bem	.09	-.85	.76
8: Acendo uma velinha para que a frequência/exame me corra bem	-.15	-.80	.62
4: Rezo para a frequência/exame me correr bem	.12	-.69	.51
Valores próprios ( <i>eigenvalues</i> )	2.92	2.16	
Variância explicada (%)	29.61	21.60	
Correlações F-F e F-S	F1	F2	Total
F1	1	.21**	.78**
F2		1	.77**
<b>Comportamentos Durante os Testes</b>			
<i>F1: Cábulas</i>			
8: Tento espreitar as respostas dos meus colegas quando não sei a resposta	.89	.00	.79
5: Tento espreitar as respostas dos meus colegas para saber se estou a fazer bem	.84	.13	.78
10: Quando não sei a resposta pergunto a um colega	.81	-.05	.64
2: Uso cábulas	.76	-.02	.58
<i>F2: Tentativa de Controlo</i>			
11: Mudo as respostas de escolha múltipla	-.13	.72	.49
1: Verifico as respostas várias vezes logo a seguir a ter-lhes respondido	-.07	.66	.42
3: Tenho um objeto para me dar sorte (e. g. caneta da sorte)	.07	.51	.28
6: Entro na sala com o pé direito	.06	.50	.27
9: Estou sempre a olhar para o relógio	-.02	.44	.19
7: Fico muito tempo na mesma pergunta, em vez de passar à próxima	.06	.42	.19
4: Escrevo tudo o que sei numa resposta, mesmo que não seja necessário ou relevante	.03	.39	.16
Valores próprios ( <i>eigenvalues</i> )	3.13	1.66	
Variância explicada (%)	28.43	15.07	
Correlações F-F e F-S	F1	F2	Total
F1	1	.27**	.74**
F2		1	.85**

Nota: \*\*  $p < .01$

## Estudo dos Itens do QCST

No âmbito do estudo dos itens do QCST, calculámos as médias, os desvios-padrão, as correlações entre os itens e os fatores a que pertencem, as correlações entre os itens e a respetiva subescala, a consistência interna da subescala e fatores, a consistência interna da subescala se o item for removido e as correlações teste-reteste, recorrendo ao coeficiente de correlação de Spearman ( $n = 26$ ), apresentando os resultados no Quadro 6.

Quadro 6

*Média (M), Desvios-Padrão (DP), Correlações Item-Fator (I-F), Correlações Item-Subescala (I-S), Consistência Interna ( $\alpha$ ), Consistência Interna se o Item for Removido ( $\alpha$ -I) e Correlações Teste-Retestes (t-r) ( $n = 26$ )*

QCST – Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste	M	DP	I-F	I-S	$\alpha$ -I	t-r
<b>Comportamentos Antes dos Testes (<math>\alpha = .73</math>)</b>						
<i>F1: Controlo Direto (<math>\alpha = .71</math>)</i>						
1	3.67	1.00	.72**	.54**	.63	.28
3	2.39	1.05	.54**	.43**	.71	.70**
5	3.79	.93	.58**	.46**	.68	.34
7	3.18	1.03	.66**	.53**	.66	.29
9	3.55	.95	.72**	.57**	.63	.52**
11	3.30	1.11	.61**	.48**	.69	.42*
<i>F2: Controlo Externo (<math>\alpha = .80</math>)</i>						
2	1.57	1.02	.82**	.58**	.72	.81**
4	2.35	1.44	.79**	.63**	.81	.72**
8	1.42	.83	.72**	.45**	.78	.64**
10	1.81	1.18	.87**	.68**	.67	.57**
<b>Comportamentos Durante os Testes (<math>\alpha = .70</math>)</b>						
<i>F1: Cábulas (<math>\alpha = .85</math>)</i>						
2	1.44	.68	.74**	.54**	.85	.70**
5	1.86	.90	.88**	.72**	.78	.66**
8	2.01	.95	.89**	.65**	.77	.54**
10	2.00	.91	.82**	.55**	.83	.77**
<i>F2: Tentativa de Controlo (<math>\alpha = .56</math>)</i>						
1	2.89	.93	.55**	.46**	.50	.57**
3	1.91	1.28	.61**	.53**	.50	.90**
4	2.62	.96	.43**	.37**	.56	.79**
6	1.81	1.09	.58**	.50**	.50	.23
7	2.38	.91	.44**	.40**	.54	.51**
9	2.44	1.03	.49**	.40**	.54	.75**
11	2.69	.83	.56**	.46**	.49	.70**

Nota: \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Os dados mostraram que as correlações item-fator foram moderadas a elevadas em ambas as subescalas, sendo que foram mais elevadas no F2 da subescala Antes e no F1 da subescala Durante. As correlações entre os itens e o total da subescala Antes foram todas moderadas, assim como as correlações entre os itens e o total da subescala Durante (com exceção de um valor baixo e um elevado). Apesar de o item 4 (“Rezo para a frequência/exame me correr bem”) do fator *Controlo Externo* da subescala Antes aumentar a consistência interna do fator caso fosse eliminado, optámos por mantê-lo por este aumento ser muito reduzido e não se verificar qualquer outro problema com este item. Quanto às correlações teste-reteste, estas apresentaram valores significativos e moderados a muito elevados para ambas as subescalas ( $r_s = .42$  a  $.81$  – Antes;  $r_s = .51$  a  $.90$  – Durante), excetuando os itens 1, 5 e 7 do F1 da subescala Antes e o item 6 do F2 da subescala Durante, que apresentaram valores baixos e não significativos de correlação teste-reteste.

## **Fidelidade**

### *Consistência Interna*

Quanto aos valores de consistência interna do QCST, verificámos que o alfa de *Cronbach* foi apenas razoável na subescala Antes, assim como no seu F1 e F2 (.73, .71 e .80, respetivamente). Na subescala Durante, obteve-se um alfa razoável (.70) para o total da subescala e para o F1 (.80) e um valor inadmissível (.56) para o F2.

### *Estabilidade Temporal*

Tal como efetuado para o QPAST, voltámos a administrar o QCST, cerca de 16 semanas depois, a uma subamostra de 26 indivíduos. Utilizámos novamente o coeficiente de correlação de *Spearman* ( $r_s$ ) ( $n < 30$ ) para calcular as associações dos totais dos fatores e dos totais das subescalas entre a primeira e a segunda administrações. Obtivemos correlações

positivas, significativas ( $p < .01$ ) e elevadas entre fatores e entre totais das subescalas ( $r_s = .73$  a  $.88$ ). Existiu a exceção do F1 da subescala Antes, que não obteve uma correlação significativa com o seu reteste, mas apenas no limiar ( $p = .055$ ).

## Validade

### *Validade Convergente e Validade Discriminante*

Calculámos as correlações das suas subescalas e respetivos fatores com o total e fatores do *Reações aos Testes* (RT) (medida de Ansiedade aos Testes), para efeitos de validade convergente, e com os fatores *Ansiedade* e *Depressão* da DASS-21 (*Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21*), para averiguar a validade discriminante (Quadro 7).

Relativamente à validade convergente, obtiveram-se correlações baixas ou não significativas com os fatores e total do RT. Destaca-se, contudo, o F2 da subescala Durante que apresenta correlações moderadas com os fatores Preocupação e Tensão do RT.

### Quadro 7

*Correlações (r de Pearson) entre o QCST (fatores e totais das subescalas), RT (fatores e total) e EADS-21 (fatores)*

QCST		RT				DASS-21		
		RT_PI	RT_P	RT_T	RT_SS	Total	Ans	Dep
Antes	F1	.02	.25**	.37**	.19*	.27**	.30**	.19*
	F2	.10	.11	.15	.14	.16	.12	.11
	Total	.07	.24**	.35**	.21**	.28**	.28**	.20*
Durante	F1	.08	.11	.14	.16*	.15	.07	.07
	F2	.20*	.44**	.41**	.33**	.44**	.37**	.40**
	Total	.18*	.36**	.37**	.32**	.39**	.30**	.32**

*Nota:* QCST = Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste. Antes\_F1 = Controlo Direto. Antes\_F2 = Controlo Externo. Durante\_F1 = Cábulas. Durante\_F2 = Tentativa de Controlo. RT = Reações aos Testes. RT\_PI = Fator Pensamentos Irrelevantes do RT. RT\_P = Fator Preocupação do RT. RT\_T = Fator Tensão do RT. RT\_SS = Fator Sintomas Somáticos do RT. DASS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21. Ans = Fator Ansiedade da DASS-21. Dep = Fator Depressão da DASS-21.

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Quanto à validade discriminante, verificaram-se correlações baixas ou não significativas com os fatores da DASS-21, exceto o F2 da subescala Durante que se correlacionou de forma moderada com o fator Depressão.

### Dados Normativos

À semelhança do que foi feito com o QPAST, estudou-se a influência do género nos fatores e subescalas do QCST, verificando-se magnitudes de efeito baixas perante as diferenças encontradas (Quadro 8).

#### Quadro 8

*Médias (M), Desvios-Padrão (DP), Influência do Género (ANOVA) nos Fatores e Subescalas do QPAST e Magnitude do Efeito ( $\eta^2$ )*

Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste (QCST)							
		Antes			Durante		
		F1	F2	Total	F1	F2	Total
		M	M	M	M	M	M
		(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)
Total	160	19.88 (3.86)	7.14 (3.59)	27.02 (5.72)	7.30 (2.88)	16.72 (3.70)	24.01 (5.28)
Género							
Masculino	52	18.67 (.52)	6.50 (.50)	25.17 (.78)	7.58 (.40)	16.69 (.52)	24.27 (.73)
Feminino	107	20.47 (.37)	7.45 (.35)	27.92 (.54)	7.16 (.28)	16.73 (.36)	23.89 (.51)
$F_{(1, 159)}$		7.89*	2.46	78.41*	.74	.00	.18
$\eta^2$		.048	.015	.051	.005	.000	.001

Nota: Antes\_F1 = Controlo Direto. Antes\_F2 = Controlo Externo. Durante\_F1 = Cábulas. Durante\_F2 = Tentativa de Controlo. \*  $p < .05$

### Discussão

O objetivo desta investigação consistiu no desenvolvimento e aferição de dois novos instrumentos de autorresposta destinados a avaliar cognições (*Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste – QPAST*) e comportamentos (*Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste – QCST*) relacionados com a ansiedade aos testes,

em estudantes universitários portugueses, à semelhança e tendo como ponto de partida o que já fora realizado anteriormente com adolescentes (Reis & Salvador, 2016). Ambos os instrumentos são únicos no que concerne à avaliação de pensamentos automáticos e de comportamentos face a situações de teste, em vários momentos das mesmas (antes, durante e depois), em estudantes adultos.

O QPAST apresentou uma estrutura fatorial semelhante à obtida no estudo de Reis e Salvador (2016), com a possibilidade de manter as três subescalas iniciais – Antes, Durante e Depois – constituídas por dois fatores cada uma: *Antecipação de Desempenho* (F1) e *Medo de Avaliação Negativa* (F2) – Antes; *Avaliação Negativa de Desempenho* (F1) e *Medo de Avaliação Negativa* (F2) – Durante; *Consequências Negativas do Fracasso* (F1) e *Autópsia* (F2) – Depois. Estes fatores explicaram uma variância conjunta de 57.59%, 59.43% e 65.07%, respetivamente nas subescalas referidas. Estes valores foram semelhantes ao que foi obtido no estudo com adolescentes, destacando-se, contudo, percentagens de variância explicada superiores nas subescalas Durante e Depois nesta versão para adultos. Em todas as subescalas, tal como se verificou em Reis e Salvador (2016), está contemplada a dimensão do Medo de Avaliação Negativa, inclusivamente na subescala Depois, uma vez que o fator *Consequências Negativas do Fracasso* inclui os itens “*Vão achar que sou burro(a)*”, “*Os meus professores vão ficar desiludidos*”, “*Os meus pais vão ficar desiludidos*” e “*A minha nota vai ser uma vergonha*”. As três subescalas poderão dizer respeito ao processamento antecipatório, situacional e pós-situacional de uma situação de teste/exame, indo ao encontro das conceptualizações teóricas da ansiedade aos testes, em que os indivíduos interpretam essas situações (testes/exames) como ameaçadoras, antecipando consequências negativas ou o seu fracasso na tarefa, com cognições de preocupação, apreensão, autocrítica ou insegurança, (King, Ollendick & Prins, 2000; McDonald, 2001; Sarason, 1984; Zeidner, 1998), verificando-se também durante e depois do teste uma perceção negativa do seu desempenho.

As correlações inter-fator revelaram-se moderadas entre os fatores da subescala Antes e entre os fatores da subescala Depois, mostrando que são dimensões relacionadas dentro de cada subescala, mas referentes a aspetos cognitivos diferentes. Por sua vez, obtiveram-se correlações elevadas entre os fatores da subescala Durante, o que pode indicar que o medo da avaliação negativa pelos outros está diretamente relacionado com a forma como os indivíduos percebem o seu desempenho nos testes. As suas correlações item-fator e item-subescala manifestaram valores moderados a elevados, apoiando a inclusão dos itens nos respetivos fatores e subescalas.

Os índices de consistência interna deste instrumento revelaram-se muito bons para as subescalas e bons a muito bons para os fatores, o que constitui um bom indicador da fidelidade do QPAST.

Na análise da validade convergente do QPAST, verificámos correlações moderadas das suas subescalas e fatores com os fatores *Preocupação* e Total do RT, destacando-se a subescala Durante com as correlações mais elevadas com o fator *Preocupação*, comparativamente aos outros fatores. Isto pode ser explicado devido à própria natureza do RT, cujas cognições descritas se referem ao momento de realização do teste. As correlações mais baixas com os fatores *Pensamentos Irrelevantes* e *Sintomas Somáticos* podem dever-se, talvez, à divergência de conteúdo dos itens desses fatores relativamente aos itens do QPAST, uma vez que o primeiro se refere a pensamentos não relacionados com a situação de teste e o segundo às manifestações fisiológicas durante o teste, enquanto o QPAST apenas se remete a cognições associadas à situação de teste. Poderíamos propor o teste à validade convergente deste instrumento através de correlações com a *Escala de Cognições e Comportamentos na Ansiedade aos Exames* (ECCAE; Melo, 2006) para as subescalas Antes e Durante, e com o *Questionário de Processamento Pós-Situacional em Situações de Exame* (PEPQ-E; Salvador, Nogueira, Graça & Ramos, 2016) para a subescala Depois.



Quanto à validade discriminante do mesmo questionário, ainda que as correlações dos fatores e totais das subescalas com os fatores da DASS-21 tenham sido significativas, revelaram valores baixos a moderados e significativamente inferiores aos das correlações observadas no cálculo da validade convergente, mostrando que, de uma forma geral, o constructo de ansiedade aos testes medido pelo QPAST é diferente dos constructos de ansiedade geral e de depressão. Foi exceção o que se verificou na subescala Antes, uma vez que as correlações desta subescala com o fator Depressão da DASS-21 não foram significativamente diferentes das que foram obtidas entre a mesma subescala e as medidas de validade convergente, o que significa que antes dos testes, esta subescala não discrimina ansiedade aos testes e depressão, o que acontece nos outros dois momentos (durante e depois). Uma hipótese para este resultado poderá ser o facto de, antes dos testes, as cognições experienciadas serem algo mais difuso e generalizado na população estudantil, enquanto que as cognições durante e depois do teste já se constituírem como aspetos mais discriminativos da ansiedade aos testes.

Por sua vez, o estudo da estrutura fatorial do QCST contou apenas com as subescalas Antes e Durante, devido à exclusão da subescala Depois pela inadmissibilidade da sua consistência interna, tal como já se verificara no estudo com adolescentes (Reis e Salvador, 2016). O QCST ficou, então composto por duas subescalas com dois fatores cada uma – *Controlo Direto* (F1) e *Controlo Externo* (F2) (Antes); *Cábulas* (F1) e *Tentativa de Controlo* (F2) (Durante) – diferindo da estrutura do instrumento estudado por Reis e Salvador (2016), que optaram por soluções unidimensionais para as mesmas subescalas. Esta divergência em termos de estrutura fatorial poderá dever-se ao tipo de amostra utilizada, sendo que nos adultos poderá existir uma maior discriminação na classificação de comportamentos, permitindo agrupá-los em diferentes categorias.

As correlações inter-fator para ambas as subescalas revelaram-se baixas, ainda que significativas, mostrando que os fatores obtidos são relativos a aspectos diferentes ao nível dos comportamentos. Na subescala Antes, o fator *Controlo Direto* refere-se às tentativas do sujeito de lidar com a situação de teste através de ações direcionadas para a tarefa propriamente dita e que dependem diretamente de si (e.g. “*Tento ler todos os materiais que tenho*”), enquanto o fator *Controlo Externo* diz respeito às tentativas para lidar com as situações de teste através de elementos exteriores ao indivíduo (e.g. “*Peço a alguém para rezar para que a frequência/exame me corra bem*”). Na subescala Durante, o fator *Cábulas* diz respeito aos comportamentos, aquando da situação de teste, que manifestam dependência de algo ou de alguém em substituição da responsabilidade do indivíduo e da confiança nas suas capacidades (e.g. “*Quando não sei a resposta pergunto a um colega*”). Por sua vez, o fator *Tentativa de Controlo* diz respeito a ações ao alcance do sujeito no sentido de aumentar as probabilidades de sucesso na tarefa de teste (e.g. “*Escrevo tudo o que sei numa resposta, mesmo que não seja necessário ou relevante*”). Quanto às correlações entre os itens e os respetivos fatores e subescalas, atingiram valores moderados a elevados, suportando a sua distribuição pelos mesmos.

Considerando a conceptualização teórica da ansiedade aos testes, em que o indivíduo se preocupa com as consequências do fracasso e com a sua falta de confiança nas suas capacidades para resolver a tarefa de teste (Liebert & Morris, 1967; Sarason, 1984), o conteúdo da subescala Durante parece corresponder a comportamentos de segurança na ansiedade aos testes, no sentido de prevenir as consequências temidas (e.g. mau desempenho).

Aquando do estudo da fidelidade do QCST, observámos que os índices de consistência interna eram razoáveis em ambas as subescalas e seus fatores, exceto para o fator *Tentativa de Controlo* da subescala Durante, para o qual se obteve um valor inadmissível. Uma possível explicação para estes resultados pode prender-se com a heterogeneidade dos itens, levando a

que sujeitos diferentes utilizem estratégias muito diferentes com a mesma intenção (tentativa de controlo).

Relativamente ao estudo da validade convergente, obtiveram-se correlações moderadas do fator *Tentativa de Controlo* da subescala Durante com os fatores *Preocupação* e *Tensão* do RT, o que pode indicar, de acordo com o que já foi referido relativamente a essa subescala e analisando os itens desses fatores do RT, que os comportamentos direcionados para a tarefa do teste podem ter como função prevenir as consequências negativas antecipadas associadas a cognições de preocupação e a crenças da falta de capacidades face à exigência da tarefa. As restantes correlações baixas ou não significativas parecem transmitir que os comportamentos avaliados neste instrumento não são específicos da ansiedade aos testes, podendo ser comuns aos indivíduos que não apresentam essa condição. Em alternativa, para esclarecer a existência de validade convergente talvez se pudesse utilizar as correlações com a *Escala de Cognições e Comportamentos na Ansiedade aos Exames* (ECCAE; Melo, 2006).

Na análise da validade discriminante, não se verificaram muitas correlações significativas e, nesses casos, apresentaram valores baixos, o que poderá revelar que os instrumentos avaliam, de facto, constructos diferentes, sendo possível discriminar entre componentes emocionais (ansiedade e depressão) e componentes comportamentais.

Relativamente à estabilidade temporal de ambos os instrumentos, utilizámos um número reduzido de sujeitos ( $n = 26$ ) e decorreu, entre administrações, um período de tempo de 16 semanas. Relativamente ao estudo deste parâmetro da fiabilidade do instrumento, há autores que aconselham, para prevenir efeitos de memória e prática (efeito *carry-over*) e de mudanças nas variáveis subjacentes, que o período entre administrações não deve ser superior a 4-5 semanas, sendo o intervalo mais comum o de 2-3 semanas (Moreira, 2004), podendo chegar aos 3 meses (Langdrige & Hagger-Johnson, 2009), e que o valor mínimo para a correlação teste-reteste deve ser de .70 (Kline, 1979; Salkind, 2013). No nosso estudo,

verificámos que as correlações foram elevadas a muito elevadas para as subescalas de ambos os instrumentos (de .71 a .90 no QPAST; de .73 a .88 no QCST), excetuando a subescala Antes do QCST, entre o primeiro e segundo momentos, e moderadas a elevadas para os itens entre as duas administrações, com exceção de alguns itens. Estes dados apontam para a estabilidade temporal dos instrumentos, apesar do longo período de 16 semanas, indicando que os indivíduos mantêm o seu padrão de pensamentos e comportamentos face a situações de teste. A instabilidade dos itens cujas correlações não foram significativas poderá dever-se ao facto de termos avaliado um número reduzido de indivíduos e ao facto de os alunos do reteste poderem ter passado por situações de testes ou exames no período que mediou as administrações, podendo ter tido como referência situações de avaliação diferentes, resultando em respostas diferentes em termos de manifestações cognitivas e comportamentais representadas nestes instrumentos. Existem alternativas ao método do teste-reteste, e.g. Método das Formas Paralelas ou Método da Bipartição, que colmatam as limitações do primeiro, sem deixar de apresentar os seus próprios desafios de concretização (Moreira, 2004; Nunnally, 1978; Salkind, 2013). Para efeitos de fiabilidade/precisão podemos ter como referência os índices de consistência interna.

Para ambos os instrumentos, aconselha-se cautela na utilização e interpretação dos resultados obtidos nos seus fatores até serem efetuadas as respetivas Análises Fatoriais Confirmatórias, nomeadamente recomendamos a utilização da pontuação total da subescala Durante do QCST.

Quanto ao estudo da influência do género nas respostas ao QPAST e ao QCST, verificou-se que existem diferenças nas respostas e que os indivíduos do género feminino apresentam pontuações mais elevadas relativamente aos indivíduos do género masculino. Estes resultados vão ao encontro do que foi encontrado nos estudos de Chapell e colaboradores (2005) e de Hembree (1988), que indicaram que efetivamente, ao nível do Ensino Superior, as

mulheres manifestavam ansiedade aos testes mais elevada do que os homens. No entanto, assim como foi verificado no estudo desses autores, essas diferenças apresentam nesta investigação uma magnitude de efeito baixa, indicando que o género exerce uma influência reduzida na variância nas respostas e que essa variância se poderá dever à ação de outras variáveis não contempladas neste estudo.

No que diz respeito a outras limitações detetadas no presente estudo, é importante referir que, apesar de terem sido contempladas várias regiões do país, em termos de proveniência dos sujeitos, houve uma maior predominância de sujeitos da região Centro, relativamente a outras áreas geográficas, afetando assim a representatividade da amostra. Da mesma forma, ainda que não se tenham verificado diferenças quanto aos géneros relativamente às diferentes variáveis, a nossa amostra foi constituída maioritariamente por sujeitos do género feminino. Assim, de modo a tornar a amostra representativa e de se poderem generalizar os resultados ao nível da população portuguesa, poderia fazer-se um esforço de aumentar o número total de sujeitos, assim como o número de sujeitos do género masculino, da mesma forma que se deveria atender à proporcionalidade de indivíduos por região geográfica.

Ainda poderá ser relevante apontar que não foi incluída uma amostra clínica neste estudo, pelo que não é possível afirmar se os instrumentos conseguem discriminar população normal de população clínica. Destaca-se a importância do estudo destes instrumentos, principalmente do QCST, numa população clínica, dados outros estudos que já têm vindo a ser realizados e que mostram que os resultados em termos de comportamentos em amostras clínicas são mais claros e menos ambíguos do que em amostras da população geral (Salvador, Cunha, Pinto-Gouveia & Bento, 2016).

Apesar das suas limitações, que poderão ser colmatadas em investigações futuras, o QPAST e o QCST podem considerar-se instrumentos com utilidade ao nível da investigação, contribuindo para aumentar o repertório de instrumentos estudados e validados no contexto

português no âmbito da ansiedade aos testes, e ao nível da avaliação e intervenção clínicas, constituindo-se como instrumentos que permitem uma compreensão mais refinada de aspetos específicos da AT, que poderão ser alvo de intervenção.

### Referências

- Baptista, A., Soczka, L., & Pinto, A. (1989). Ansiedade dos exames: Aplicação do Reações aos Testes (RT) a uma amostra da população portuguesa. *Psicologia, 1*, 39-49.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Campbell, D., Fiske, D (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin, 56*(2), 81-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0046016>
- Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A., & McCann, N. (2005). Test Anxiety and Academic Performance in Undergraduate and Graduate Students. *Journal of Educational Psychology, 97*(2), 268-274. doi: 10.1037/0022-0663.97.2.268
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cunha, M., & Paiva, M. J. (2012). Test Anxiety in Adolescents: The Role of Self-Criticism and Acceptance and Mindfulness Skills. *The Snapish Journal of Psychology, 15*(2), 533-543. doi: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2012.v15.n2.38864](http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38864)
- Escolar-Llamazares, M. C., & Serrano-Pintado, I. (2014). Definición del Constructo Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitários. *Ansiedad y Estrés, 20*(2-3), 165-180.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª ed.). Londres: SAGE Publications Ltd.

- Gibson, H. (2014). A Conceptual View of Test Anxiety. *Nursing Forum*, 49(4), 267-277. doi: 10.1111/nuf.12069
- Hembree, R. (1988). Correlates, Causes, Effects, and Treatment of Test Anxiety. *Review of Educational Research*, 58(1), 47-77. doi:10.3102/00346543058001047
- Hill, K. (1971). Anxiety in the Evaluative Context. *Young Children*, 27(2), 97-118.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- King, N. J., Ollendick, T. H., & Prins, P. J. (2000). Test-anxious Children and Adolescents: Psychopathology, Cognition, and Psychophysiological Reactivity. *Behaviour Change*, 17, 134-142. doi:10.1375/behc.17.3.134
- Kline, P. (1979). *Psychometrics and Psychology*. London: Academic Press.
- Langdrige, D., & Hagger-Johnson, G. (2009). *Introduction to Research Methods and Data Analysis in Psychology*. Essex: Pearson Education Ltd.
- Lee, I. A., & Preacher, K. J. (2013, September). *Calculation for the test of the difference between two dependent correlations with one variable in common* [Computer software]. Available from <http://quantpsy.org>.
- Liebert, R. M., & Morris, L. W. (1967). Cognitive and Emotional Components of Test Anxiety: A Distinction and Some Initial Data. *Psychological Reports*, 20, 975-978.
- Lovibond, P. E., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-342. doi:10.1016/005-7967(94)00075-U
- Mandler, G., & Sarason, S. B. (1952). A study of anxiety and learning. *Journal of Abnormal & Social Psychology*, 47, 166-173. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0062855>

- McDonald, A. S. (2001). The Prevalence and Effects of Test Anxiety in School Children. *Educational Psychology: An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 21(1), 89-101. doi: 10.1080/01443410020019867
- Melo, A. I. (2006). *Ansiedade aos exames em contexto universitário* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Nogueira, A. C. & Salvador, M. C. (2016). *Avaliação da Ansiedade aos Testes: o Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste para Adultos (QPAST) e Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste para Adultos (QCST)*. Manuscrito em preparação.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pereira, D. R., & Flores, M. A. (2012). Percepções dos Estudantes Universitários sobre a Avaliação das Aprendizagens: Um Estudo Exploratório. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*, 17(2), 529-556. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772012000200012>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ponciano, E., Loureiro, L., Pereira, A., & Spielberger, C. (2005). Características psicométricas e estrutura factorial do TAI de Spielberger em estudantes universitários. Em A. S. Pereira, & E. D. Motta, *Acção social e aconselhamento no ensino superior*:



- investigação e intervenção - Actas do Congresso Nacional* (pp. 315-322). Coimbra: SASUC Edições.
- Reis, T., & Salvador (2016). *Avaliação da Ansiedade aos Testes através de Questionários de Autorresposta: Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste para Adolescentes e Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste para Adolescentes*. Manuscrito em preparação.
- Salkind, N. J. (2013). *Tests & Measurement for People Who (Think They) Hate Tests & Measurement*. California: Sage Publications.
- Salvador, M. C. (2009). *"Ser eu próprio entre os outros": Um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada* (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Salvador, M. C., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Bento, C. (2016). *A Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes: Estudo das Propriedades Psicométricas numa Amostra Clínica*. Manuscrito em preparação.
- Salvador, M. C., Nogueira, A. C., Graça, I., & Ramos, V. (2016). *Avaliação do Processamento Pós-Situacional na Ansiedade aos Testes: Estudo Psicométrico do PEPQ-E*. Manuscrito em preparação.
- Sarason, I. G. (1958). The Test Anxiety Scale: Concept and Research. Em C. D. Spielberger, & I. G. Sarason, *Stress and Anxiety* (Vol. 5, pp. 193-216). Washington: Publishing Corp.
- Sarason, I. (1978). The Test Anxiety Scale: Concept and Research. Em C. D. Spielberger, & I. G. Sarason, *Stress and Anxiety* (Vol. 5, pp. 194-216). Washington D. C.: Hemisphere Publishing Corp.
- Sarason, I. (1984). Stress, Anxiety, and Cognitive Interference: Reactions to Tests. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 929-938.

- Sarason, S. B., Davidson, K., Lighthall, F., & Waite, R. (1958). A Test Anxiety Scale for Children. *Child Development*, 29(1), 105-113.
- Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1995). *Test Anxiety: Theory, Assessment, and Treatment*. Bristol: Taylor & Francis.
- Spielberger, C. D., Anton, W. D., & Bedell, J. (1976). The nature and treatment of test anxiety. Em M. Zuckerman, & C. D. Spielberger, *Emotions and Anxiety: New concepts, methods, and applications* (pp. 317-344). Hillsdale: Erlbaum.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). New Jersey: Pearson.
- Tobias, S. (1985). Test Anxiety: Interference, Defective Skills, and Cognitive Capacity. *Educational Psychology*, 20(3), 135-142. doi: [http://dx.doi.org/10.1207/s15326985ep2003\\_3](http://dx.doi.org/10.1207/s15326985ep2003_3)
- Vicente (2011). *O Reações aos Testes (RT): estudos de validação numa amostra de adolescentes portuguesa* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Zeidner, M. (1998). *Test Anxiety: The State of the Art*. New York: Plenum Press.

## **ARTIGO II**

Nogueira, A. C. & Salvador, M. C. (2016). *Um novo olhar sobre a Ansiedade aos Testes: Relação com o Modelo de Clark e Wells para a Fobia Social*. Manuscrito em preparação.

**Um novo olhar sobre a Ansiedade aos Testes: Relação com o Modelo de Clark e Wells  
para a Fobia Social**

Ana Cláudia Nogueira<sup>1</sup>

Maria do Céu Salvador<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Coimbra

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Ana Cláudia Alves Nogueira

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: a.claudia.nog21@gmail.com

## Resumo

Atualmente, a ansiedade aos testes (AT) não se encontra codificada em nenhuma categoria diagnóstica no *DSM-5* (APA, 2014), nem possui um modelo conceptual cognitivo específico, estando em aberto o debate teórico sobre se a ansiedade aos testes será um tipo de fobia específica ou um subtipo de perturbação de ansiedade social (PAS). Do nosso conhecimento, apenas um estudo (Pires & Salvador, 2016) explorou, numa amostra de adolescentes, a possibilidade de conceptualizar a AT como um subtipo de perturbação de ansiedade social, tendo como base um modelo conceptual amplamente reconhecido para a PAS (Clark & Wells, 1995). Assim, este estudo visou verificar se os fatores preconizados para a PAS, pelo modelo cognitivo de Clark e Wells, estariam presentes na AT, de maneira a poder conceptualizá-la de acordo com o mesmo modelo. Recorreu-se a uma amostra de 316 estudantes universitários portugueses, com uma média de idade de 20.76 ( $DP = 3.24$ ), que preencheram um conjunto de instrumentos de autorresposta. Os resultados mostraram que todos os fatores do modelo de Clark e Wells, adaptados para situações de teste, se correlacionaram positiva, moderada e significativamente com a AT, sendo que cada variável, individualmente, se constituiu um preditor significativo da mesma, exceto o fator *Cábulas* da escala de comportamentos de segurança. Em conjunto, todas as variáveis explicaram 67.1% da AT. Não existe nenhum outro estudo com estas características com estudantes universitários, constituindo este um contributo importante para o debate e com implicações clínicas. São igualmente enumeradas as limitações da investigação.

**Palavras-Chave:** Ansiedade aos Testes, Perturbação de Ansiedade Social, Modelo Cognitivo de Clark e Wells.

## Abstract

Currently, test anxiety (TA) is not considered a diagnostic condition in *DSM-5* (APA, 2014), nor does it have specific defining criteria. Moreover, we cannot account for any specific cognitive and conceptual model for test anxiety, with an ongoing debate about whether TA can be considered a specific phobia or a specific subtype of social anxiety disorder (SAD). From our knowledge, only one study (Pires & Salvador, 2015) has explored the possibility of conceptualizing test anxiety as one subtype of SAD using a well-known conceptual model for SAD (Clark & Wells, 1995), in an adolescent sample. Therefore, the aim of this study was to verify whether the factors included in SAD, based on Clark and Wells' cognitive model, were also present in TA. We used a sample of 316 Portuguese college students, with a mean age of 20.76 ( $DP = 3.24$ ), who answered a set of self-report instruments. Results showed that all factors from Clark and Wells model, adapted to test situations, were positive, moderate and significantly correlated with TA. Each variable, individually, significantly predicted TA, except the *Cheating* factor from the safety behaviours scale. Taken together, all variables explained 67.1% of TA. There is no other similar study using a college student sample. Thus, this investigation plays an important role in the aforementioned debate, and in subsequent clinical implications. Limitations to the study were also addressed.

**Key-Words:** Test Anxiety, Social Anxiety Disorder, Clark and Wells Cognitive Model

## **Introdução**

### **Ansiedade aos Testes**

Desde o início dos estudos sobre ansiedade aos testes (AT) nos anos 50 até aos dias de hoje, têm-se verificado múltiplas atualizações no que concerne à definição deste constructo (Zeidner, 1998). Assim, a ansiedade aos testes pode ser considerada uma reação de ansiedade adaptativa a um estímulo considerado ameaçador, i.e. a situação de teste, permitindo a mobilização de recursos cognitivos, emocionais e comportamentais para lidar com o mesmo, no sentido de reduzir possíveis consequências negativas para o sujeito, como por exemplo, o fracasso ou pobre desempenho, que poderiam conduzir a outras repercussões sociais (e.g. rejeição ou alienação social) (Beck, Emery & Greenberg, 1985). Da mesma forma, pode ter uma função maladaptativa se reduzir a eficácia ou impedir a concretização de tarefas e desafios necessários para alcançar objetivos (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Cunha & Paiva, 2012).

O fenómeno de AT tem sido caracterizado pela perceção de uma situação de teste como uma ameaça subjetiva, envolvendo a antecipação das possíveis consequências negativas ou o fracasso na situação de avaliação e implicando componentes cognitivos (e.g. cognições de preocupação, apreensão, autocrítica, insegurança), emocionais (e.g. ansiedade), fisiológicos (e.g. sudoreção, palpitações, tremores) e comportamentais (e.g. evitamento da situação de exame) (Gibson, 2014; Sarason, 1984; Zeidner, 1998).

A atenção dos investigadores tem-se centrado na exploração das implicações da AT ao nível escolar, incluindo no Ensino Superior, uma vez que os estudos têm mostrado que alunos que apresentam uma ansiedade aos testes elevada sofrem um prejuízo no seu rendimento e desempenho académicos (Chapell et al., 2005; Escolar-Llmares & Serrano-Pintado, 2014; Gibson 2014; Hembree, 1988; McDonald, 2001; Sarason, 1978; Tobias, 1985; Zeidner, 1998).

## **Ansiiedade Social e Perturbação de Ansiiedade Social (Fobia Social)**

O fenómeno de ansiedade social consiste na manifestação de ansiedade, ou seja, numa resposta evolucionária de sobrevivência adaptativa, perante situações sociais relacionada com a organização e estrutura hierárquica dos grupos humanos (Pinto-Gouveia, 2000).

Quando os níveis de ansiedade social atingem índices elevados, provocam sofrimento clinicamente significativo ou causam uma interferência no funcionamento pessoal, social ou ocupacional, podemos estar perante uma perturbação de ansiedade social (PAS) ou fobia social (APA, 2014). De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)*, existe PAS quando há medo excessivo, persistente e desproporcional à ameaça real perante situações sociais em que o indivíduo está sujeito à avaliação por outras pessoas, nomeadamente em contextos de interação social, de ser observado ou em situações de desempenho, levando muitas vezes ao evitamento desses contextos. Esse medo estende-se também à possibilidade de manifestar sintomas de ansiedade que possam ser avaliados negativamente pelos outros. De acordo com o *DSM-5*, existe um especificador caso a PAS seja somente de desempenho, que se refere a medos de falar ou outros desempenhos em público sem temer ou evitar outras situações sociais (APA, 2014).

## **Modelo de Clark & Wells (1995) para a Perturbação de Ansiiedade Social (PAS)**

Dos modelos cognitivos compreensivos do fenómeno da perturbação de ansiedade social destaca-se o modelo preconizado por Clark e Wells (1995), que constitui um modelo integrador, sintetizando outros modelos anteriores, que tenta explicar porque é que a fobia social se mantém durante muitos anos, se não tiver tratamento. De acordo com esses autores, um aspeto central da PAS é o desejo de transmitir aos outros uma impressão favorável de si mesmo, acompanhado de uma marcada insegurança em relação à sua capacidade de o conseguir, percecionando o perigo na possibilidade de agir de forma desadequada e inaceitável,



o que levaria à sua rejeição ou humilhação pelos outros. Quando o indivíduo enfrenta uma situação social temida, são ativadas as crenças/esquemas sobre si e os outros, desenvolvidos a partir das suas experiências precoces de interação (Wells, 1997), que levam os indivíduos a interpretar as situações sociais como ameaçadoras e como fontes de perigo, envolvendo-se num conjunto de ciclos viciosos que mantêm a ansiedade e impedem a desconfirmação dessas crenças e avaliações negativas (Clark, 2001). Os fatores principais que contribuem para a manutenção da ansiedade inapropriada e desadaptativa são: o processamento antecipatório, o processamento situacional, o processamento do Eu como objeto social (atenção autofocada), os sintomas somáticos e cognitivos, os comportamentos de segurança e o processamento pós-situacional (autópsia da situação) (Clark, 2001; Wells, 1997).

Assim, falamos em processamento antecipatório quando, antes de entrar na situação social, os indivíduos com PAS tendem a rever com detalhe o que pensam que vai acontecer, resultando num aumento da sua ansiedade, com pensamentos de fracassos anteriores, imagens negativas de si próprios e outras predições de fraco desempenho e de rejeição, levando frequentemente ao evitamento completo do evento social (Clark, 2001).

Quando já se encontram no evento social, conforme descreve Clark (2001), os sujeitos com PAS interpretam-no como uma situação de perigo a serem avaliados negativamente pelos outros, aumentando a sua ansiedade. Quando começam a sentir os indicadores ansiosos (*e.g.* sudação, rubor, tremores, “brancas”) tendem a tornar-se hipervigilantes aos mesmos, interpretando a sua manifestação ou a sua observação pelos outros como sinais de fracasso nas interações, o que tende a aumentar a intensidade subjetiva desses sintomas. Além disso, tendem a direcionar a sua atenção para a monitorização e observação de si mesmos e dos seus estados internos (*e.g.* ansiedade) como se fossem observadores externos, inferindo que os outros os veem da mesma forma como se autopercecionam (processamento do Eu como objeto social).

Quando recorrem a comportamentos de segurança, estes têm como função prevenir as consequências negativas antecipadas (e.g. ensaios mentais do que dizer a seguir, para não dizer nenhum disparate) e reduzir os sintomas somáticos para os tornar menos visíveis para os outros (e.g. usar casacos para esconder a transpiração). Porém, paradoxalmente, estes comportamentos tanto impedem um fluxo normal da interação, como podem aumentar os sintomas de ansiedade, aumentando também a atenção autofocada. Além disso, alguns desses comportamentos podem inclusivamente chamar mais a atenção dos outros (Clark, 2001).

Assim, a atenção autofocada e excesso de automonitorização do seu comportamento e sintomas somáticos e cognitivos, juntamente com a adoção de comportamentos de segurança, podem contribuir para minar as interações em que estão envolvidos, contribuindo para a construção de uma impressão negativa e distorcida de si próprio e impedindo o processamento de pistas externas que desconfirmem as suas antecipações de fracasso social e de rejeição pelos outros (Clark, 2001; Wells, 1997).

Finalmente, quando abandonam as situações sociais temidas, os indivíduos com PAS procedem frequentemente a uma “autópsia” dos acontecimentos. Nesse processamento pós-situacional, reveem os pormenores da interação, sobressaindo as suas autoperceções negativas, e avaliam a situação como tendo sido pior do que foi na realidade (com base na informação resultante do autofócus durante a situação), interpretando sinais de outros, que poderiam ser neutros, como sinais reforçadores de rejeição social. Além disso, recordam todas as outras situações consideradas como fracassos, adicionando a essas a nova situação e fortalecem cada vez mais a crença na sua inadequação social (Clark, 2001).

## **Ansiedade aos Testes e Perturbação de Ansiedade Social**

A AT não tem sido contemplada no *DSM*<sup>1</sup>, incluindo nas edições mais recentes, enquanto perturbação psicológica, não existindo critérios nem categoria diagnóstica para a sua codificação. Não obstante, os autores têm-na aproximado de condições de diagnóstico já existentes.

Por um lado, alguns autores têm caracterizado a AT como uma fobia específica, em que o estímulo fóbico é a situação de avaliação formal (teste/exame), equiparando-a a outras fobias específicas do âmbito académico ou de rendimento. Por exemplo, a ICD-10 (WHO, 1992) inclui a fobia a exames nas fobias específicas. Por sua vez, Zeidner (1998) também afirmava que a ansiedade aos testes se podia considerar uma fobia específica a ser avaliado. Mais recentemente, Knappe e colaboradores (2011) apresentaram um estudo epidemiológico em que foi reportado que o medo de situações de teste parecia ser distinto conceptual e etiologicamente (por não estar associado a um temperamento de inibição comportamental) de outros medos sociais, podendo ocorrer de forma isolada em relação ao medo de outras situações sociais de interação. Por estas razões, defendem que a AT deveria ser categorizada sob um tipo de fobia específica. LeBeau e colaboradores (2010) já tinham concordado com esta posição, defendendo que a AT poderia ser considerada uma fobia específica para facilitar o seu diagnóstico e tratamento, pois apesar de existir uma sobreposição significativa entre a AT e a PAS, os resultados reportados anteriormente sugeriam que eram condições distintas.

Por outro lado, outros autores assemelham a AT a uma ansiedade social. Já em 1985, Beck, Emery e Greenberg consideraram a ansiedade aos testes como uma ansiedade de avaliação, tal como a ansiedade social. Referem que o fenómeno consiste em considerar a situação de teste como uma ameaça, devido às possíveis consequências do fracasso no mesmo, nomeadamente a diminuição da autoestima ou a desilusão da família e amigos. Além disso,

---

<sup>1</sup> *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 5th edition* (APA, 2014)

Putwain (2008) refere que a AT é um fenómeno que ocorre num contexto específico e que tem uma dimensão social, ou seja, ocorre num contexto em que o desempenho do indivíduo está sujeito à avaliação por outras pessoas. Visto que a PAS é caracterizada por um medo marcado e persistente de situações sociais ou de desempenho, nas quais possa ocorrer escrutínio dos outros, também Cunha e Paiva (2012), McDonald (2001) e Salvador (2009) consideram que a AT se aproxima mais da classificação da PAS do *DSM*, dada a sua característica central de preocupação sobre a avaliação negativa de outros.

Recentemente, a propósito da relação entre a ansiedade aos testes e a sua aproximação ao fenómeno de ansiedade social, foi também realizado um estudo com uma amostra de adolescentes portugueses da população geral com o objetivo de explorar se os fatores da PAS preconizados pelo modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) se encontrariam presentes no fenómeno de AT, tendo poder preditor sobre este. Verificou-se que, de facto, todos os processos implicados na compreensão da PAS se encontravam correlacionados positiva e significativamente com a medida de AT, explicando, no seu conjunto, uma percentagem elevada (73.7%) dessa variável (Pires & Salvador, 2016).

No quadro atual, estamos ainda perante estas discrepâncias em termos de conceptualização, continuando aberta a discussão da classificação da ansiedade aos testes como uma fobia específica ou um subtipo de fobia social. Esta indefinição tem implicações não só na compreensão da ansiedade aos testes, como na intervenção clínica.

### **Objetivos e Hipóteses**

Dada a carência atual de modelos compreensivos e de uma categoria diagnóstica para o fenómeno de AT, pretendemos com este estudo verificar, numa amostra de estudantes universitários, se os fatores incluídos na conceptualização da PAS, assim como o respetivo modelo cognitivo (Clark & Wells, 1995), se podiam aplicar à ansiedade aos testes. Assim,

poder-se-ia fornecer mais uma evidência de que a AT se poderá considerar um subtipo de PAS, indo ao encontro dos estudos já efetuados por diversos autores, incluindo Pires e Salvador (2016), trazendo implicações para a intervenção num contexto de prática clínica, uma vez que o foco de intervenção para a ansiedade aos testes incidiria nos mesmos fatores de uma perturbação de ansiedade social.

No sentido de alcançar os objetivos propostos, esperava-se: correlações significativas e positivas entre as variáveis que caracterizam a perturbação de ansiedade social adaptadas à ansiedade aos testes, a medida de ansiedade aos testes e a medida geral de ansiedade social (H1); o contributo significativo das variáveis preconizadas pelo modelo cognitivo da perturbação de ansiedade social adaptadas à ansiedade aos testes para a predição da ansiedade aos testes (H2).

## **Metodologia**

### **Participantes**

Para conseguirmos ir ao encontro dos objetivos pretendidos e responder às hipóteses formuladas, realizámos uma investigação não experimental e transversal, abrangendo sujeitos de ambos os géneros, de diferentes anos curriculares e cursos do Ensino Superior.

Definiram-se os seguintes critérios de exclusão dos participantes neste estudo: (i) idades inferiores a 18 anos; (ii) nacionalidade não portuguesa (e.g. alunos Erasmus); (iii) preenchimento incompleto das medidas, que levassem à sua invalidação.

Obtivemos uma amostra de conveniência inicial de 327 sujeitos, tendo excluído 11 participantes, de acordo com os critérios definidos. Assim, a nossa amostra ficou constituída por 316 participantes da população geral, com 169 indivíduos do género masculino (53.5%) e 147 do género feminino (46.5%), com uma média de idade de 20.76 ( $DP = 3.24$ ). Os participantes do nosso estudo são oriundos de vários locais, com maior predominância da

região Centro (69.6%), seguida da região Norte (12.3%). Contámos ainda com 11% de participantes provenientes das regiões mais a sul (Lisboa, Alentejo e Algarve) e com 3.5% do arquipélago dos Açores e Região Autónoma da Madeira.

Não se verificaram diferenças de género quanto à idade ( $t_{(313)} = -.10, p = .919$ ) nem quanto à dispersão geográfica da proveniência dos sujeitos ( $\chi^2_{(6)} = 3.31, p = .769$ ).

## **Instrumentos**

A fim de recolher os dados necessários ao estudo das hipóteses formuladas, foi administrado um conjunto de questionários de autorresposta, descritos em seguida.

O *Reações aos Testes* (RT – *Reactions to Tests*; Sarason, 1984; versão portuguesa para adultos por Baptista, Soczka, & Pinto, 1989) é um instrumento de autorresposta que se destina a avaliar vários componentes de ansiedade numa situação de teste/exame. A sua versão original (Sarason, 1984) é composta por 40 itens, agrupados em quatro fatores, *Tensão*, *Preocupação*, *Pensamentos Irrelevantes* e *Sintomas Somáticos*, e apresentou boas qualidades psicométricas em termos de consistência interna ( $\alpha = .78$ , para o total da escala, e .68 a .81 para os fatores) e de validade convergente. Na adaptação portuguesa para alunos universitários (Baptista et al., 1989), o RT ficou composto por 34 itens, agrupados na mesma estrutura fatorial da versão original, respondidos numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos entre 1 (“*Nada típico*”) e 4 (“*Muito típico*”), em que quanto mais elevada a pontuação, maior o nível de ansiedade aos testes. Apresentou igualmente boas características psicométricas ao nível de consistência interna (entre .76 e .93, para o total e fatores), estabilidade teste-reteste, validade convergente (Baptista et al., 1989) e sensibilidade à mudança resultante de tratamento (Salvador, 2009). No presente estudo, optámos por apenas utilizar isoladamente o fator *Sintomas Somáticos*, para atuar como preditor da ansiedade aos testes, e o total da escala, ao qual retirámos a pontuação nesse fator.

Registaram-se valores de consistência interna bons para o fator ( $\alpha = .80$ ) e muito bons para o total sem o referido fator ( $\alpha = .94$ ).

O *Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste* (QPAST; Nogueira & Salvador, 2016), resultou da adaptação para a população adulta do *Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste para Adolescentes* (QPAST-A; Reis & Salvador, 2016) e avalia a frequência de cognições relacionadas com a ansiedade aos testes. Os itens são respondidos numa escala do tipo *Likert* entre 1 (“*Nunca*”) e 5 (“*Sempre*”), sendo que quanto mais elevada a pontuação, maior a frequência de ocorrência de pensamentos automáticos em situações de teste. Os itens encontram-se distribuídos por 3 subescalas (Antes, Durante e Depois), compostas por dois fatores cada uma: *Antecipação de Desempenho* e *Medo de Avaliação Negativa* (subescala Antes); *Avaliação Negativa de Desempenho* e *Medo de Avaliação Negativa* (subescala Durante); *Consequências Negativas do Fracasso* e *Autópsia* (subescala Depois). Quanto às suas propriedades psicométricas, apresentou valores muito bons de consistência interna para as subescalas ( $\alpha$  entre .90 e .94) e bons a muito bons para os fatores ( $\alpha$  entre .86 e .93), bem como adequada estabilidade temporal e validades. Nesta investigação registaram-se valores de consistência interna semelhantes, em que o alfa de *Cronbach* das subescalas variou entre .92 e .94, e o dos fatores entre .85 e .93.

O *Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste* (QCST; Nogueira & Salvador, 2016), resultou também da adaptação para estudantes universitários do *Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste para Adolescentes* (QCST-A; Reis & Salvador, 2016) e avalia a frequência de comportamentos que podem ocorrer em situações de teste/exame. Os sujeitos devem responder numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos entre 1 (“*Nunca*”) e 5 (“*Sempre*”), sendo que a uma pontuação mais elevada corresponde uma maior frequência dos comportamentos em situações de teste. O seu estudo revelou a existência de duas subescalas (Antes e Durante), constituídas por dois fatores cada uma: *Controlo Direto* e

*Controlo Externo* (subescala Antes); *Cábulas* e *Tentativa de Controlo* (subescala Durante). Quanto à consistência interna, obtiveram-se valores razoáveis para ambas as subescalas e para os seus fatores ( $\alpha$  entre .70 e .80), exceto no fator *Tentativa de Controlo* que obteve um valor inadmissível (.56). Neste estudo, apenas foi utilizada a subescala Durante deste questionário, para a qual foram obtidos valores de consistência interna razoáveis a bons (.82 para o total, .74 para *Tentativa de Controlo* e .89 para *Cábulas*), excedendo os valores encontrados anteriormente.

A *Escala de Atenção Auto-focada em Situações de Exame* (SFA-E; Salvador, Nogueira, Ramos, & Graça, 2016), avalia a atenção autofocada durante uma situação de teste/exame e resultou da adaptação para esse contexto da versão portuguesa da *Escala de Atenção Auto-focada* (SFA – *Self-Focused Attention Scale*; Bögels, Alberts, & Jong, 1996; tradução e adaptação portuguesa por Fernandes & Salvador, 2016), que avalia a atenção autofocada numa situação social. É constituída por 10 itens, com uma escala de resposta do tipo *Likert* de 5 pontos (entre 1 (“*Nada*”) e 5 (“*Totalmente*”), em que uma maior pontuação corresponde a maior atenção autofocada. Obtiveram-se nesta versão, tal como na original e respetiva adaptação portuguesa, dois fatores – *SFA-Eativação* e *SFA-Ecomportamento*, que avaliam a atenção focada na ativação fisiológica e no comportamento, respetivamente, durante a situação de teste, num conjunto de 10 itens. O instrumento revelou um bom índice de consistência interna para o total ( $\alpha = .88$ ) e muito bons para os fatores ( $\alpha = .91$  e  $.90$ , respetivamente). No presente estudo, obtiveram-se valores muito bons para o total e para o fator *SFA-Eativação* ( $\alpha = .91$  e  $.93$ , respetivamente) e bons para o fator *SFA-Ecomportamento* ( $\alpha = .89$ ).

A *Escala de Ansiedade na Interação Social* e a *Escala de Fobia Social* (SIAS – *Social Interaction Anxiety Scale* e SPS – *Social Phobia Scale*; Mattick & Clarke, 1998; versões portuguesas por Pinto-Gouveia & Salvador, 2001), avaliam a ansiedade em situações interpessoais (19 itens) e em situações que impliquem a observação por outros (20 itens),



respetivamente. Os itens são respondidos em escalas do tipo Likert de 5 pontos, entre 0 (“*Não é nada característico da minha forma de ser*”) e 4 (“*É extremamente característico da minha maneira de ser*”), sendo que uma pontuação mais elevada revela maior ansiedade em situações em que o sujeito é observado por outros e em situações de interação social. Apresentaram boas qualidades psicométricas, tanto na versão original como na portuguesa, com uma consistência interna elevada de .90 para a escala total, para ambas as escalas (.94 na versão original). Neste estudo, observámos alfas de *Cronbach* elevados, de .92 e .95 para a SIAS e a SPS, respetivamente.

### **Procedimento**

No sentido de respeitar os princípios éticos na recolha e tratamento de dados, foi obtida autorização pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD).

Foi construído um protocolo constituído por um formulário de consentimento informado, uma folha de rosto com a explicação dos objetivos do estudo e garantia de confidencialidade, um questionário sociodemográfico e um conjunto de instrumentos de autorresposta cujas respostas permitissem estudar as hipóteses desta investigação.

Foram elaboradas duas versões deste protocolo, contrabalanceando a ordem de apresentação dos instrumentos, de modo a controlar efeitos de contaminação e de cansaço nas respostas.

A fim de que se pudesse fazer a recolha dos dados, foi feito um contacto prévio com docentes de cursos do Ensino Superior, pertencentes à Universidade de Coimbra e Instituto Politécnico de Coimbra, para obter autorização e colaboração para a administração do protocolo em contexto de aula. O tempo de administração foi, em média, 30 minutos.

Os dados foram tratados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 22.0, para Windows).

### **Estratégia Analítica**

Começámos por verificar se a distribuição das variáveis cumpria o critério da normalidade através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) e analisámos os desvios à mesma pela assimetria (*skewness*) e pelo achatamento (*kurtosis*), e os *outliers* pela inspeção dos diagramas de caixas.

A consistência interna dos instrumentos utilizados foi calculada através do alfa de *Cronbach*, tendo como referência os valores apontados por Pestana e Gageiro (2008) em que alfas superiores a .90 indicam índices muito bons de consistência interna; entre .81 e .90 índices bons; entre .71 e .80 índices razoáveis; entre .61 e .70 são valores fracos; e inferiores a .60 consideram-se inadmissíveis.

As diferenças de género nas variáveis em estudo foram examinadas através da Análise Univariada da Variância (ANOVA) e respetivo tamanho do efeito ( $\eta^2$ ), para o qual nos baseámos nos valores de Cohen (1988), em que a partir de .14 existe uma magnitude do efeito elevado; entre .07 e .13 é uma magnitude média; e entre .01 e .06 considera-se uma magnitude do efeito baixa.

As correlações foram calculadas através de coeficientes de correlação de *Pearson*, sendo que coeficientes superiores a superior a .90 correspondem a associações muito elevadas; entre .70 e .89 a associações elevadas; entre .40 e .69 a associações moderadas; entre .21 e .39 a associações baixas; e inferiores a .20 a associações muito baixas (Pestana & Gageiro, 2008).

Atendendo aos valores de correlações obtidos, efetuámos regressões lineares simples e múltiplas, cumprindo os pressupostos de linearidade, homoscedasticidade, autocorrelação (teste de *Durbin-Watson*) e normalidade dos resíduos, apontados por Field (2009).

## Resultados

### Análises Preliminares

Apesar do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) não ter evidenciado a normalidade das variáveis, a inspeção da assimetria e do achatamento revelou que os desvios à mesma não eram acentuados. Verificou-se a existência de alguns *outliers*, mas optámos por não os excluir de modo a preservar a validade ecológica.

Tentámos verificar se existiam diferenças de género nas variáveis em estudo, através de Análises Univariadas da Variância (ANOVA), cujos resultados podem consultar-se no Anexo 1. Apesar de algumas diferenças terem sido encontradas, apresentaram uma baixa magnitude de efeito ( $\eta^2 < .07$ ), pelo que considerámos que as diferenças entre géneros não eram acentuadas, optando por não controlar essa variável das análises de regressão que se seguiram.

Foram igualmente cumpridos os pressupostos para realizar as análises de regressão simples e múltiplas.

### **Associações entre Ansiedade aos Testes, Processamento Antecipatório, Situacional e Pós-Situacional, Atenção Auto-Focada, Comportamentos de Segurança e Ansiedade Social**

Calculámos as correlações entre todas as variáveis em estudo, cujos resultados podem ser consultados no Anexo 2. Todas as correlações se mostraram positivas, significativas ( $p < .01$ ;  $p < .05$ ) e moderadas entre todas as variáveis, exceto as associações com o fator *Cábulas* (QCST) que revelaram valores muito baixos a baixos com as restantes variáveis.

Será importante destacar as correlações moderadas da medida de ansiedade aos testes (total do RT, exceto *Sintomas Somáticos*) com as medidas de ansiedade social (SIAS e SPS) e com as variáveis preconizadas pelo modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) adaptadas aos testes (fator *Sintomas Somáticos*, total e fatores das subescalas do QPAST, total e fator *Tentativa de Controlo* do QCST, e total e fatores do SFA-E).

## **O papel preditor do Processamento Antecipatório, Situacional e Pós-Situacional, Atenção Auto-Focada, Comportamentos de Segurança e Sintomas Somáticos em Situações de Teste na Ansiedade aos Testes**

Atendendo à magnitude das correlações obtidas anteriormente, realizámos um conjunto de regressões lineares simples para avaliar o poder preditivo de cada variável isoladamente sobre a ansiedade aos testes. Para isso, usámos como variáveis predictoras os totais e fatores de cada subescala do QPAST (subescalas Antes, Durante e Depois, que medem o processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, respetivamente), o total e fatores do QCST (correspondentes aos comportamentos de segurança), o total e fatores do SFA-E (para a atenção autofocada) e o fator *Sintomas Somáticos*. Como variável critério assumimos o total do RT (sem os *Sintomas Somáticos*). Todas as variáveis se mostraram preditores significativos da ansiedade aos testes, cada uma explicando mais de 25% da variância da variável critério, exceto o fator *Cábulas*, que apenas explicava 6.2%.

Visto que os fatores de cada subescala ou escala exercem a sua influência em conjunto, realizámos análises de regressão múltipla em que todos os fatores de uma escala/subescala entraram num mesmo bloco (Quadro 1), para a mesma variável critério (total do RT, sem *Sintomas Somáticos*).

Conjuntamente, os fatores de cada escala ou subescala foram preditores significativos da ansiedade aos testes, explicando mais de 40% da sua variância, exceto os comportamentos de segurança, que apenas explicam 26.6%. Verificou-se, ainda, que os melhores preditores foram o fator *Sintomas Somáticos* ( $\beta = .646, p < .001$ ), seguido do fator *Avaliação Negativa do Desempenho* (do modelo QPAST\_Durante) ( $\beta = .630, p < .001$ ), do fator *Antecipação do Desempenho* (do modelo QPAST\_Antes) ( $\beta = .524, p < .001$ ) e do fator *Tentativa de Controlo* (do modelo QCST\_Durante) ( $\beta = .490, p < .001$ ). O fator *Cábulas* (modelo QCST\_Durante) não se revelou um preditor significativo ( $\beta = .059, p = .261$ ).

Quadro 1

*Análises de regressão múltipla para o processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, comportamentos de segurança, atenção autofocada e sintomas somáticos (VIs), em situações de teste, sobre a ansiedade aos testes (VD)*

Preditores	R <sup>2</sup>	$\beta$	F	t	p
Modelo QPAST_Antes	.484		146.085		.000
Antecipação de Desempenho		.524		9.136	.000
Medo de Avaliação Negativa		.219		3.819	.000
Modelo QPAST_Durante	.560		198.136		.000
Avaliação Negativa de Desempenho		.630		11.509	.000
Medo de Avaliação Negativa		.153		2.801	.005
Modelo QPAST_Depois	.481		144.248		.000
Consequências Negativas do Fracasso		.393		6.479	.000
Autópsia		.351		5.796	.000
Modelo QCST_Durante	.266		56.586		.000
Cábulas		.059		1.126	.261
Tentativa de Controlo		.490		9.322	.000
Modelo SFA-E	.412		109.497		.000
Ativação Fisiológica		.389		8.178	.000
Comportamento		.376		7.920	.000
Modelo RT_SS	.418		224.596		.000
Sintomas Somáticos		.646		14.987	.000

*Nota:* QPAST\_Antes = Subescala Antes do Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste. QPAST\_Durante = Subescala Durante do QPAST. QPAST\_Depois = Subescala Depois do QPAST. QCST\_Durante = Subescala Durante do Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste. SFA-E = Escala de Atenção Auto-Focada em Situações de Exame. RT\_SS = Fator Sintomas Somáticos do Reações aos Testes.

Os fatores referentes ao medo de avaliação negativa antes, durante e depois dos testes foram também preditores significativos, apesar de terem tido um peso explicativo inferior àqueles com que foram agrupados.

Dada a contribuição significativa das variáveis para predizer a ansiedade aos testes, realizámos ainda uma análise de regressão múltipla em que agrupámos num mesmo bloco todas as variáveis como VI's, sem incluir o fator *Cábulas*, visto não se ter revelado um preditor significativo da ansiedade aos testes, e mantendo o total do RT (sem os *Sintomas Somáticos*) como variável critério.

Os resultados do Quadro 2 mostram que o modelo é significativo, explicando 67.1% da variável dependente. Apenas o fator *Avaliação Negativa do Desempenho* (subescala Durante do QPAST), o fator *Comportamento* da SFA-E e os *Sintomas Somáticos* continuaram a ser preditores significativos da ansiedade aos testes. O *Medo de Avaliação Negativa* (subescala Antes do QPAST) obteve um coeficiente de regressão negativo, o que não acontecia quando entrava de forma isolada na análise da regressão.

## Quadro 2

*Análise de regressão múltipla para as variáveis adaptadas para situações de teste (VI's) na ansiedade aos testes (VD).*

Preditores	R <sup>2</sup>	$\beta$	F	t	p
Modelo	.671		61.841		.000
QPAST_Ant_Antecipação de Desempenho		.098		1.342	.181
QPAST_Ant_Medo de Avaliação Negativa		-.078		-.933	.352
QPAST_Dur_Avaliação Negativa do Desempenho		.369		4.646	.000
QPAST_Dur_Medo de Avaliação Negativa		.062		.659	.511
QPAST_Dep_Consequências Negativas do Fracasso		.055		.621	.535
QPAST_Dep_Autópsia		.006		.098	.922
QCST_Dur_Tentativa de Controlo		.017		.396	.692
SFA-E_Ativação Fisiológica		.037		.776	.438
SFA-E_Comportamento		.129		3.152	.002
RT_Sintomas Somáticos		.312		7.102	.000

*Nota:* QPAST\_Ant = Subescala Antes do Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste. QPAST\_Dur = Subescala Durante do QPAST. QPAST\_Dep = Subescala Depois do QPAST. QCST\_Dur = Subescala Durante do Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste. SFA-E = Escala de Atenção Auto-Focada em Situações de Exame. RT = Reações aos Testes.

## Discussão

A AT tem-se demonstrado uma condição interferente no rendimento e desempenho académicos ao nível do Ensino Superior (Chapell et al., 2005; Escolar-Llmazares & Serrano-Pintado, 2014; Gibson 2014; Hembree, 1988; McDonald, 2001; Sarason, 1978; Tobias, 1985; Zeidner, 1998). Contudo, não existe ainda uma categoria diagnóstica nas classificações de perturbações psicológicas mais recentes, nem um modelo compreensivo e de intervenção específico para a ansiedade aos testes, continuando a decorrer a discussão sobre a indefinição

do fenómeno, sem existir consenso quanto a ser considerado um tipo de fobia específica ou um subtipo da perturbação de ansiedade social.

Neste seguimento, partimos do modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) para a PAS, que serve de base à compreensão da mesma e à intervenção sobre os seus fatores de manutenção, para verificar se esses fatores (processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, atenção autofocada, comportamentos de segurança e sintomas somáticos), por sua vez adaptados para situações de teste/exame, também se manifestariam e contribuiriam significativamente para a predição da AT, em estudantes universitários.

Relativamente aos resultados encontrados, começamos por destacar, em primeiro lugar, as correlações moderadas obtidas entre a medida de AT e as medidas de ansiedade social; em segundo lugar, as correlações moderadas obtidas entre a medida de AT e as variáveis correspondentes aos fatores de manutenção preconizados pelo modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) para a PAS, com as devidas adaptações para as situações de teste; e em terceiro lugar as correlações moderadas obtidas entre a medida de AT e os fatores *Medo de Avaliação Negativa* (das subescalas Antes e Durante do QPAST), e *Consequências Negativas do Fracasso* (que incluem itens de medo de avaliação negativa, da subescala Depois do QPAST). Todos estes resultados podem constituir argumentos favoráveis às ideias defendidas, por exemplo, por Pires e Salvador (2016), Putwain (2008), McDonald (2001) e Salvador (2009), segundo os quais a ansiedade aos testes tem uma dimensão social, em que o indivíduo está sujeito à avaliação por outros, aproximando-se conceptualmente da perturbação de ansiedade social, como é definida pelo *DSM-5* (APA, 2014). Assim sendo, seria possível aplicar o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) à AT, visto apresentar os mesmos fatores de manutenção da PAS. Além disso, o medo da avaliação negativa pelos outros, sendo um dos aspetos mais distintivos da perturbação de ansiedade social, também parece verificar-se na ansiedade aos testes.

A propósito da pertinência do modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) para compreender a AT, considerámos ainda interessantes as correlações positivas, significativas e moderadas entre a atenção autofocada (SFA-E) e o processamento situacional (subescala Durante do QPAST), e entre o fator *Sintomas Somáticos* e a atenção autofocada (SFA-E), com valores superiores para o fator *Ativação Fisiológica*. Os dados levam-nos a inferir que quando os indivíduos se encontram numa situação de teste e pensam (negativamente) sobre o desempenho que acreditam estar a ter, receando a avaliação dos outros, tendem a autofocar-se nos seus sintomas fisiológicos e nos seus comportamentos, o que, segundo o modelo, está na base da construção de uma imagem, como se fossem observadores externos, que creem ser aquela que os outros terão também. Além disso, ao aumentar a atenção autofocada nos sintomas de ansiedade, maior será a perceção desses sintomas, levando a que a sua intensidade subjetiva aumente. Todos estes eventos tanto se verificam no modelo referido para a PAS, como numa situação específica de um teste/exame, apoiando mais uma vez a aplicação desse modelo na conceptualização da AT.

Um dado curioso obtido prende-se com as baixas associações do fator *Cábulas* da medida de comportamentos de segurança com as restantes variáveis, principalmente com a medida geral de AT, e com o facto de não ter sido um preditor significativo da mesma. Tal como já fora referido por Nogueira e Salvador (2016), os comportamentos de segurança medidos pelo QCST não parecem ser específicos de sujeitos com AT, o que pode significar que quem não sofre dessa condição pode também recorrer ao mesmo tipo de comportamentos. No entanto, indivíduos com elevada ansiedade face a uma situação de teste poderão recorrer menos a cábulas devido ao medo de avaliação negativa (referido anteriormente) caso sejam “apanhados”, destacando-se assim as correlações baixas com os fatores *Medo de Avaliação Negativa* (subescalas Antes e Durante do QPAST) e *Consequências Negativas do Fracasso* (subescala Depois do QPAST).



Relativamente à análise dos fatores de manutenção preconizados pelo modelo de Clark e Wells (1995), adaptados a situações de teste/exame, enquanto preditores da ansiedade aos testes (medida pelo total do RT, sem o fator *Sintomas Somáticos*), verificámos que, individualmente, todos se constituíram preditores significativos da variável critério, sendo que cada um explicava mais de 25% da variância da mesma. Nas análises de regressão, em que inserimos num mesmo bloco os fatores pertencentes a cada escala ou subescala, verificámos que cada modelo de regressão explicou mais de 40% da variância da variável dependente, com todos os fatores a exercerem poder preditivo significativo (exceto o fator *Cábulas*, possivelmente pelas razões já apontadas anteriormente). Estes dados parecem apontar, uma vez mais, para o facto de estes fatores preditores (processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, comportamentos de segurança, atenção autofocada e sintomas somáticos) serem igualmente fatores de manutenção na AT, tal como o são na PAS.

Tendo em conta a importância do medo da avaliação negativa para compreender a ansiedade aos testes como um subtipo de perturbação de ansiedade social, seria de questionar o baixo poder preditivo, ainda que significativo, dos fatores relativos a esse aspeto (*Medo de Avaliação Negativa* das subescalas Antes e Durante do QPAST), quando considerados preditores juntamente com o outro fator (*Antecipação de Desempenho* e *Avaliação Negativa de Desempenho*) das respetivas subescalas. Note-se que, quando introduzidos individualmente como variáveis independentes, explicaram mais de 25% da variância na ansiedade aos testes, e que ao introduzi-los num modelo de análise de regressão múltipla se assume que o poder preditivo da outra variável do mesmo bloco é nulo. Assim, não parece fazer sentido que exista medo da avaliação negativa por parte dos outros de forma isolada numa situação de teste, sem que o indivíduo antecipe e avalie negativamente o seu desempenho, antes e durante o teste.

Ao testar o modelo de análise de regressão múltipla em que todos os fatores foram agrupados num mesmo bloco para prever a AT, esse foi significativo e explicou 67.1% da

variância da variável critério. Contudo, apenas o fator *Avaliação Negativa do Desempenho* (subescala Durante do QPAST), o fator *Sintomas Somáticos* (do RT) e o fator *Comportamento* (da SFA-E) continuaram a ser preditores significativos, sendo que as restantes variáveis poderão ter perdido poder preditivo devido à existência de percentagem explicativa comum, por se encontrarem em interação. O fator *Avaliação Negativa do Desempenho* deteve o maior poder explicativo da AT, o que se torna compreensível se considerarmos que tanto a subescala Durante do QPAST (à qual pertence esse fator) como o RT avaliam cognições durante os testes. Da mesma forma, seguiu-se o fator *Sintomas Somáticos* como explicativo da VD (ansiedade aos testes). No entanto, também aqui necessitamos de considerar que esse fator pertence à mesma escala daquela que considerámos a variável critério, tendo com ela fortes associações. O outro fator que continuou a surgir como preditor foi a atenção autofocada no comportamento. Seria esperado, tal como aconteceu a Pires e Salvador (2016), que tivesse havido maior relevo da atenção autofocada na ativação fisiológica, uma vez que numa situação de teste, perante o processamento situacional da mesma enquanto perigosa, desencadeando uma resposta ansiosa com as respetivas manifestações fisiológicas, o sujeito direcionasse a sua atenção para os seus sintomas somáticos. Por um lado, estes resultados podem dever-se a um artifício estatístico, pois o conteúdo dos itens do fator *Comportamento* do SFA-E parece distinguir-se do de todos os outros fatores, partilhando assim uma variância explicativa comum inferior. Por outro lado, poderíamos considerar o facto de a amostra de Pires e Salvador (2016) ter sido constituída por adolescentes, hipotetizando que estes se focam mais na sua ativação fisiológica tida como menos controlável, e que os sujeitos deste estudo, por serem mais velhos, não se focam tanto no que estão a sentir, mas sim em como está a ser o seu desempenho no teste.

De uma forma geral, os dados deste estudo permitem de alguma forma corroborar as ideias propostas pelos autores que defendem que a ansiedade aos testes deveria ser inserida na perturbação de ansiedade social, como um subtipo de ansiedade social de desempenho (Beck,

Emery & Greenberg, 1985; Cunha e Paiva, 2012; McDonald, 2001; Pires & Salvador, 2016; Putwain, 2008; Salvador, 2009), contribuindo construtivamente para o debate sobre a conceptualização da ansiedade aos testes.

Todavia, poderia colocar-se a questão de como classificar a ansiedade aos testes num indivíduo que não tivesse outros medos relacionados com a interação social, que parece ter sido a mesma questão com que se depararam Knappe e colaboradores (2011), uma vez que aparentemente consideraram a perturbação de ansiedade social baseada nas dificuldades de interação social e a que é baseada apenas em questões de desempenho como duas condições distintas. De facto, o especificador indicado pelo *DSM-5* (APA, 2014) indica que uma perturbação de ansiedade social do tipo “somente de desempenho” se restringe ao medo de falar ou de ter algum desempenho em público. A ansiedade aos testes não se encontra aqui incluída de forma explícita. Contudo, se considerarmos que, numa situação de realização de um teste, o indivíduo está inerentemente sujeito a uma avaliação por parte de um professor, que o seu resultado poderá ser exposto numa pauta em que é visível para os seus colegas, e que o seu desempenho está também sujeito ao escrutínio dos pais, pode considerar-se um evento em que a pessoa tem um desempenho para um público, podendo incluir-se a ansiedade aos testes neste especificador. Assim, poderia ter-se outra compreensão dos resultados obtidos por Knappe e colaboradores (2011) quanto à percentagem de sujeitos que apresentavam simultaneamente dificuldades na interação social e em questões de desempenho e quanto ao número de indivíduos que apenas relatava ansiedade aos testes.

Quanto às limitações desta investigação, podemos apontar que se tratou de um estudo transversal, em que todas as variáveis foram medidas em simultâneo, não sendo possível analisar a relação de causalidade de forma inequívoca. Com os devidos recursos, poderia realizar-se uma investigação longitudinal e experimental, incluindo um grupo de controlo, realizando a recolha da amostra em momentos neutros de aula e em momentos imediatamente

antes e depois de um teste, de modo a que as informações fornecidas pelos sujeitos fossem menos influenciadas por outras variáveis (e.g. tempo decorrido desde o último teste, memória). Da mesma forma, poderiam complementar-se os instrumentos de autorresposta com o recurso a entrevistas individuais, de modo a recolher informação mais qualitativa sobre as respostas.

Outra limitação prende-se com a representatividade da amostra. Recorreu-se neste estudo a uma amostra de conveniência, abarcando instituições de Ensino Superior apenas pertencentes à cidade de Coimbra, sendo a proveniência dos sujeitos maioritariamente da região Centro. Assim, não foi possível obter uma amostra representativa dos estudantes universitários portugueses, não permitindo a generalização dos resultados.

Também teria sido interessante a inclusão de uma amostra clínica, o que podia permitir uma maior clareza dos resultados, visto que o estudo se baseou em recolher dados sobre ansiedade aos testes junto de sujeitos da população normal, e interpretá-los à luz de um modelo associado a psicopatologia.

Apesar das limitações apontadas, que poderão ser colmatadas em investigações futuras, e da necessidade de mais estudos que ajudem a clarificar a questão da categorização diagnóstica da ansiedade aos testes, considera-se importante esta investigação, uma vez que não existe, do nosso conhecimento, nenhuma outra com as mesmas características, utilizando uma amostra de estudantes universitários. Pode, inclusivamente, constituir um contributo pertinente com implicações clínicas, uma vez que se se considerar a ansiedade aos testes um subtipo de perturbação de ansiedade social, pode também colocar-se a possibilidade de construir um protocolo terapêutico específico, cujo foco de intervenção seriam os fatores de manutenção referidos neste estudo, de forma a tornar a intervenção clínica nesta problemática mais específica e focalizada.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baptista, A., Soczka, L., & Pinto, A. (1989). Ansiedade dos exames: Aplicação do Reações aos Testes (RT) a uma amostra da população portuguesa. *Psicologia, 1*, 39-49.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Bögels, S., Alberts, M., Jong, P. (1996). Self-consciousness, self-focused attention, blushing propensity and fear of blushing. *Personality and Individual Differences, 21*, 573-581. doi: S0191-8869(96)00100-6
- Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A., & McCann, N. (2005). Test Anxiety and Academic Performance in Undergraduate and Graduate Students. *Journal of Educational Psychology, 97*(2), 268-274. doi: 10.1037/0022-0663.97.2.268
- Clark, D. M. (2001). A Cognitive Perspective on Social Phobia. Em W. R. Crozier, & L. E. Alden, *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness* (pp. 405-430). New York: John Wiley.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Em R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier, *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cunha, M., & Paiva, M. J. (2012). Test Anxiety in Adolescents: The Role of Self-Criticism and Acceptance and Mindfulness Skills. *The Spanish Journal of Psychology, 15*(2), 533-543. doi: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2012.v15.n2.38864](http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38864)

- Escolar-Llamazares, M. C., & Serrano-Pintado, I. (2014). Definición del Constructo Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 20(2-3), 165-180.
- Fernandes, A. F., & Salvador, M. C. (2016). *O Contributo de Variáveis Evolucionárias nos Processos Atencionais na Perturbação de Ansiedade Social*. Manuscrito em preparação.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª ed.). Londres: SAGE Publications Ltd.
- Gibson, H. (2014). A Conceptual View of Test Anxiety. *Nursing Forum*, 49(4), 267-277. doi: 10.1111/nuf.12069
- Hembree, R. (1988). Correlates, Causes, Effects, and Treatment of Test Anxiety. *Review of Educational Research*, 58(1), 47-77. doi:10.3102/00346543058001047
- Knappe, S, Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Stein, M. B., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2011). Social fear and social phobia types among community youth: differential clinical features and vulnerability factors. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (1), 111-120. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.05.002
- LeBeau, R., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H.-U., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T., & Craske, M. (2010). Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 148-167. doi: 10.1002/da.20655
- Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 455-470. doi: 10.1016/S0005-7969(97)10031-6.
- McDonald, A. S. (2001). The Prevalence and Effects of Test Anxiety in School Children. *Educational Psychology: An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 21(1), 89-101. doi: 10.1080/01443410020019867

- Nogueira, A. C. & Salvador, M. C. (2016). *Avaliação da Ansiedade aos Testes: o Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste para Adultos (QPAST) e Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste para Adultos (QCST)*. Manuscrito em preparação.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J. (2000). *Ansiedade Social: da Timidez à Fobia Social*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto-Gouveia & Salvador, M. C. (2001). *The social interaction anxiety scale and the social fobia scale in the Portuguese population*. Poster apresentado no 31st Congress of the European Association for Behaviour and Cognitive Therapy, Istambul.
- Pires, C., & Salvador (2016). *Ansiedade aos Testes: uma leitura à luz do Modelo Cognitivo de Clark e Wells para a Perturbação de Ansiedade Social*. Manuscrito em preparação.
- Putwain, D. W. (2008). Deconstructing test anxiety. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 13(2), 141-155.
- Reis, T., & Salvador, M. C. (2016). *Avaliação da Ansiedade aos Testes através de Questionários de Autorresposta: Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste para Adolescentes e Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste para Adolescentes*. Manuscrito em preparação.
- Salvador, M. C. (2009). *"Ser eu próprio entre os outros": Um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada* (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Salvador, M. C., Nogueira, A. C., Ramos, V., & Graça, I. (2016). *Avaliação da Atenção Autofocada na Ansiedade aos Testes: Estudo Psicométrico da SFA-E*. Manuscrito em preparação.

- Sarason, I. (1978). The Test Anxiety Scale: Concept and Research. Em C. D. Spielberger, & I. G. Sarason, *Stress and Anxiety* (Vol. 5, pp. 194-216). Washington D. C.: Hemisphere Publishing Corp.
- Sarason, I. (1984). Stress, Anxiety, and Cognitive Interference: Reactions to Tests. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 929-938.
- Tobias, S. (1985). Test Anxiety: Interference, Defective Skills, and Cognitive Capacity. *Educational Psychology*, 20(3), 135-142. doi: [http://dx.doi.org/10.1207/s15326985ep2003\\_3](http://dx.doi.org/10.1207/s15326985ep2003_3)
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: John Wiley & Sons.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.
- Zeidner, M. (1998). *Test Anxiety: The State of the Art*. New York: Plenum Press.



## Anexo 1

*Médias (M), Desvios-Padrão (DP), Influência do Género (ANOVA) nas respostas aos instrumento e Magnitude do Efeito ( $\eta^2$ )*

		Fatores	Género			$F_{(1)}$	$\eta^2$
			Total	Feminino	Masculino		
Instrumentos			N				
			316	147	169		
			M (DP)	M (DP)	M (DP)		
RT		Pensamentos Irrelevantes	17.14 (6.34)	16.27 (.52)	17.89 (.48)	5.14*	.016
		Preocupação	19.78 (5.89)	19.72 (.49)	19.83 (.45)	.03	.000
		Tensão	1.90 (6.43)	21.33 (.52)	18.66 (.49)	14.10*	.043
		Sintomas Somáticos	10.50 (3.67)	11.18 (.30)	9.91 (.28)	9.69*	.030
		Total	67.31 (18.27)	68.50 (1.51)	66.28 (1.41)	1.16	.004
QPAST	Antes	Antecipação de Desempenho	24.94 (6.26)	25.80 (.51)	24.20 (.48)	5.19*	.016
		Medo de Avaliação Negativa	11.01 (4.50)	11.25 (.37)	10.80 (.35)	.80	.003
		Total	35.95 (9.95)	37.06 (.82)	35.00 (.76)	3.37	.011
	Durante	Antecipação Negativa de Desempenho	34.17 (9.57)	34.88 (.79)	33.55 (.74)	1.52	.005
		Medo de Avaliação Negativa	12.03 (5.26)	12.11 (.44)	11.97 (.41)	.06	.000
		Total	46.20 (13.87)	46.99 (1.15)	45.52 (1.07)	.88	.003
	Depois	Consequências Negativas do Fracasso	16.10 (6.16)	16.25 (.51)	15.96 (.48)	.16	.001
		Autópsia	19.54 (4.69)	20.17 (.39)	18.99 (.36)	5.04*	.016
		Total	35.63 (10.12)	36.42 (.84)	34.95 (.78)	1.65	.005
QCST	Durante	Cábulas	7.63 (3.51)	7.26 (.29)	7.96 (.27)	3.15	.010
		Tentativa de Controlo	16.00 (4.58)	16.20 (.38)	15.82 (.35)	.56	.002
		Total	23.63 (6.76)	23.46 (.56)	23.78 (.52)	.17	.001
SFA-E		Ativação Fisiológica	4.90 (5.47)	5.37 (.45)	4.50 (.42)	2.00	.006
		Comportamento	9.53 (3.79)	9.93 (.31)	9.19 (.29)	3.05	.010
		Total	14.44 (7.82)	15.30 (.64)	13.69 (.60)	3.37	.011
SIAS		Total	25.84 (14.04)	27.26 (1.16)	24.62 (1.08)	2.80	.009
SPS		Total	19.54 (15.93)	21.43 (1.31)	17.89 (1.22)	3.91*	.012

*Nota:* RT = Reações aos Testes. QPAST = Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste. QCST = Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste. SFA-E = Escala de Atenção Auto-Focada em Situações de Exame. SIAS = Escala de Ansiedade na Interação Social. SPS = Escala de Fobia Social. \*  $p < .05$

## Anexo 2

Correlações entre todas as variáveis em estudo (n = 316)

Instrumentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. RT_TotalSemSS	1																		
2. RT_SS	.76**	1																	
3. QPASTAnt_Tot	.70**	.54**	1																
4. QPASTAnt_AntD	.68**	.50**	.95**	1															
5. QPASTAnt_MAN	.61**	.50**	.89**	.70**	1														
6. QPASTDur_Tot	.74**	.53**	.87**	.80**	.81**	1													
7. QPASTDur_AND	.74**	.50**	.83**	.83**	.69**	.97**	1												
8. QPASTDur_MAN	.62**	.50**	.78**	.60**	.88**	.88**	.73**	1											
9. QPASTDep_Tot	.70**	.51**	.84**	.78**	.77**	.90**	.86**	.80**	1										
10. QPASTDep_CNF	.66**	.50**	.81**	.69**	.83**	.88**	.79**	.88**	.95**	1									
11. QPASTDep_Aut	.64**	.45**	.74**	.77**	.57**	.78**	.80**	.58**	.91**	.73**	1								
12. QCST_Dur_Tot	.49**	.39**	.56**	.54**	.49**	.56**	.56**	.47**	.50**	.48**	.45**	1							
13. QCST_Dur_Cab	.25**	.17**	.32**	.33**	.26**	.34**	.34**	.26**	.28**	.26**	.26**	.78**	1						
14. QCSTDur_TentC	.53**	.45**	.58**	.55**	.52**	.58**	.57**	.49**	.53**	.51**	.47**	.88**	.39**	1					
15. SFAE_Tot	.67**	.61**	.62**	.57**	.57**	.65**	.60**	.62**	.60**	.59**	.53**	.47**	.21**	.53**	1				
16. SFAE_Ativ	.59**	.59**	.53**	.46**	.53**	.58**	.50**	.61**	.51**	.54**	.39**	.43**	.22**	.47**	.90**	1			
17. SFAE_Comp	.54**	.40**	.51**	.51**	.42**	.51**	.52**	.40**	.51**	.45**	.52**	.34**	.12*	.41**	.77**	.41**	1		
18. SIAS_Tot	.56**	.41**	.47**	.43**	.44**	.51**	.50**	.44**	.46**	.45**	.41**	.32**	.14*	.37**	.39**	.34**	.31**	1	
19. SPS_Tot	.59**	.45**	.47**	.42**	.45**	.49**	.46**	.45**	.45**	.43**	.40**	.31**	.12*	.37**	.45**	.43**	.31**	.82**	1

*Nota:* RT\_Total\_SemSS = Total do Reações aos Testes sem Sintomas Somáticos. RT\_SS = Fator Sintomas Somáticos do Reações aos Testes. QPASTAnt\_Tot = Total da subescala Antes do Questionário de Pensamentos Automáticos face a Situações de Teste. QPASTAnt\_AntD = Fator Antecipação de Desempenho da subescala Antes do QPAST. QPASTAnt\_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Antes do QPAST. QPASTDur\_Tot = Total da subescala Durante do QPAST. QPASTDur\_AND = Fator Avaliação Negativa do Desempenho da subescala Durante do QPAST. QPASTDur\_MAN = Fator Medo de Avaliação Negativa da subescala Durante do QPAST. QPASTDep\_Tot = Total da subescala Depois do QPAST. QPASTDep\_CNF = Fator Consequências Negativas do Fracasso da subescala Depois do QPAST. QPASTDep\_Aut = Fator Autópsia da subescala Depois do QPAST. QCSTDur\_Tot = Total da subescala Durante do Questionário de Comportamentos face a Situações de Teste. QCSTDur\_Cab = Fator Cábulas da subescala Durante do QCST. QCSTDur\_TentC = Fator Tentativa de Controlo da subescala Durante do QCST. SFAE\_Tot = Total da Escala de Atenção Auto-Focada em Situações de Exame. SFAE\_Ativ = Fator Ativação Fisiológica da SFA-E. SFAE\_Comp = Fator Comportamento da SFA-E. SIAS\_Tot = Total da Escala de Ansiedade na Interação Social. SPS\_Tot = Total da Escala de Fobia Social.

\*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$