

Manual

IPCF

Inventário de Sintomatologia Psicopatológica

Manual técnico, de aplicação, interpretação e validação internacional

Campo	Descrição
Tipo de documento	Manual técnico, de aplicação, interpretação e validação internacional.
Test label	IPCF - Inv. Sint. Psicopatológica
Designação extensa	Inventário de Sintomatologia Psicopatológica
Versão do instrumento	V1.1 - Revisão 2 internacional
Código técnico	IPCF-V11R2-CF-INT
Entidade	PHAFE - Psicologia Aplicada COGNOPRO - Especialistas em Psicometria
Local/Data	Viseu, Maio de 2025
Autores	Esteves, P. e Col.
Normas	Culture-Fair - matriz normativa internacional, sujeita a calibração empírica contínua.
População-alvo	Adolescentes mais velhos, adultos e adultos mais velhos, em contextos clínicos, forenses, institucionais e de triagem psicológica.
Responsável pela interpretação	Psicólogo/Avaliador qualificado, com domínio de avaliação clínica, psicopatologia, leitura normativa, validade da resposta e integração de dados forenses quando aplicável.

Índice

1. Resumo executivo
 2. Finalidade e enquadramento
 3. Fundamentação teórica
 4. Modelo dimensional do IPCF
 5. Estrutura do instrumento
 6. Variáveis, cotação e transformação normativa
 7. Administração e procedimento de aplicação
 8. Indicadores de validade e qualidade da resposta
 9. Estudos técnicos e validação internacional
 10. Normas Culture-Fair e interpretação dos resultados
 11. Estrutura do relatório gerado pela aplicação
 12. Orientações de leitura clínica e forense
 13. Ética, privacidade e uso responsável
 14. Limitações, controlo de qualidade e governança psicométrica
 15. Referências técnicas de base
- Apêndice A - Matriz interpretativa sintética
- Apêndice B - Parâmetros técnicos de implementação
- Apêndice C - Argumento de validade
- Apêndice D - Protocolo de auditoria psicométrica e equidade

1. Resumo executivo

O IPCF - Inventário de Sintomatologia Psicopatológica é um instrumento digital de avaliação dimensional da sintomatologia psicopatológica, orientado para apoiar a formulação psicológica clínica e forense, a triagem estruturada, a análise de risco, a monitorização funcional e a documentação técnica do processo avaliativo.

A versão V1.1 - Revisão 2 internacional mantém a arquitetura original do instrumento e acrescenta uma matriz de validação transcultural, normas internacionais Culture-Fair, estudos de fiabilidade com valores elevados, evidência convergente, critério, incremental, invariância de medida, análise DIF, equidade e protocolo de auditoria psicométrica.

Elemento	Descrição
Aplicação	Avaliação dimensional de sintomatologia, funcionamento, recursos, risco e validade da resposta.
Principais contextos	Psicologia clínica, psicologia forense, triagem, avaliação institucional, monitorização de evolução e investigação aplicada.
Forma de teste	Aplicação digital individual, escala de sete pontos, cotação automática e relatório PDF.
Cotação	Pontuação bruta, médias de escala, valor Z, percentil, Nota T, índices compostos, validade e interpretação analítica.
Tempo médio	18 a 30 minutos, variando com ritmo de leitura, estado emocional, familiaridade digital e necessidade de esclarecimento inicial.
Disposição interpretativa	Não constitui diagnóstico automático; organiza informação para formulação técnica e integração profissional.

2. Finalidade e enquadramento

O IPCF foi desenvolvido para responder a uma necessidade recorrente na avaliação psicológica clínica e forense: obter, em tempo controlado, uma descrição dimensional do sofrimento psicológico e dos padrões funcionais associados, sem reduzir a pessoa a uma categoria diagnóstica única.

A lógica do instrumento é dimensional, funcional e integrativa. A presença de sintomas não é interpretada apenas como contagem de queixas, mas como configuração de funcionamento: intensidade do distress, tipo de expressão predominante, impacto na vida diária, coerência interna do protocolo, sinais críticos e recursos disponíveis.

Em contexto forense, o IPCF oferece uma matriz estruturada para documentar padrões de sintomatologia e funcionamento, mas não decide, por si só, imputabilidade, incapacidade, dano, nexos causais, risco ou credibilidade. A inferência forense exige integração com elementos externos, cronologia dos acontecimentos, consistência narrativa, exame do estado mental, dados clínicos e análise documental.

3. Fundamentação teórica

3.1. Sintomatologia psicopatológica como constructo dimensional

A psicopatologia contemporânea é cada vez mais compreendida como um conjunto de dimensões parcialmente contínuas, e não apenas como presença ou ausência de categorias discretas. Sintomas de ansiedade, depressividade, irritabilidade, desorganização, somatização, impulsividade ou retraimento variam em intensidade, frequência, duração, contexto e impacto funcional.

A avaliação dimensional permite captar gradações clinicamente relevantes que podem ficar invisíveis numa leitura puramente categorial. O IPCF organiza estes sinais em escalas interpretáveis, permitindo observar a configuração global do sofrimento e o equilíbrio entre vulnerabilidade, funcionamento e proteção.

3.2. Personalidade, sintomas e funcionamento

A expressão psicopatológica depende da interação entre vulnerabilidades disposicionais, experiências de vida, contexto atual, recursos de regulação, suporte social e exigências ambientais. O mesmo nível de distress pode assumir formas diferentes: internalização ansiosa, retraimento depressivo, somatização, irritabilidade, desorganização cognitiva ou conflito interpessoal.

3.3. Avaliação clínica e forense informatizada

A aplicação digital melhora a objetividade da administração, reduz erro manual de cotação, permite geração rápida de relatório e aumenta a rastreabilidade documental. Contudo, informatizar a avaliação não significa automatizar a decisão: o sistema calcula, organiza e sinaliza; o psicólogo interpreta, integra e decide o alcance clínico ou forense dos resultados.

4. Modelo dimensional do IPCF

O IPCF organiza a sintomatologia e o funcionamento psicológico em domínios clínicos, funcionais, protetores, de risco e de validade da resposta. A matriz permite distinguir entre elevação sintomática e impacto funcional, bem como entre sofrimento genuíno, resposta limitada por validade e padrões que exigem entrevista específica.

Código	Domínio / Escala	Descrição sintética
DG	Distress geral / desmoralização	Sofrimento psicológico global, mal-estar subjetivo, sensação de incapacidade e perda de eficácia psicológica.
DEP	Depressividade	Humor deprimido, anedonia, desesperança, baixa energia e autopercepção negativa.
ANX	Ansiedade	Tensão, preocupação, medo antecipatório, hiperativação e vulnerabilidade ao stress.
SOM	Somatização	Expressão corporal do sofrimento, queixas físicas não suficientemente explicadas e amplificação somática.
TRA	Stress traumático	Intrusão, evitamento, hiperativação e perturbação associada a experiências ameaçadoras.
EXT	Externalização	Irritabilidade, impulsividade, oposição, descontrolo emocional-comportamental e conflito.
THO	Pensamento / desorganização	Confusão, pensamento incomum, desorganização cognitiva, estranheza perceptiva e perda de coerência funcional.
INTP	Funcionamento interpessoal	Sensibilidade interpessoal, dependência, evitamento, conflito, isolamento e dificuldade de confiança.
FUN	Impacto funcional	Interferência dos sintomas na autonomia, trabalho, estudo, relações, autocuidado e rotina diária.
RES	Recursos / proteção	Coping, suporte percebido, autocontrolo, capacidade de pedir ajuda e fatores estabilizadores.
RISK	Risco clínico agudo	Sinais de autolesão, heteroagressividade, desorganização grave ou necessidade de avaliação imediata.

A matriz dimensional do IPCF permite distinguir situações em que os sintomas são elevados mas os recursos permanecem preservados, de situações em que sintomatologia moderada produz impacto funcional grave. Esta diferença é decisiva para a formulação psicológica e para a decisão clínica ou forense.

5. Estrutura do instrumento

Módulo	Conteúdo operacional
Dados da avaliação	Identificação do avaliado, data de nascimento, número de identificação, psicólogo, cédula profissional, entidade avaliadora, entidade requerente, data da avaliação e restantes campos configurados na aplicação.
Instruções	Apresentação padronizada das regras de resposta, escala de sete pontos e advertência sobre resposta honesta, individual e sem ajuda externa.
Itens clínicos	Afirmações de autorrelato que avaliam sofrimento, sintomas, funcionamento emocional, cognitivo, interpessoal e comportamental.
Escalas funcionais	Índices de impacto, recursos, proteção, adaptação, controlo e funcionamento quotidiano.
Escalas de validade	Indicadores de qualidade da resposta, consistência, diferenciação, long-string, padrões improváveis, sobre-relato e sub-relato.
Resultados	Pontuações brutas, médias, percentis, valor Z, Nota T, perfil composto e interpretação automática.
Relatório PDF	Documento técnico com dados da avaliação, resultados normativos, validade, perfil clínico, interpretação, protocolo e assinatura do psicólogo.
Arquivo digital	Registo do relatório na área Resultados/Relatórios do utilizador autenticado, quando a integração técnica está ativa.

6. Variáveis, cotação e transformação normativa

A cotação é automática. Cada resposta é convertida para valor numérico, integrada na escala correspondente e transformada em indicadores normativos. As escalas clínicas são interpretadas no sentido em que valores mais elevados indicam maior expressão do constructo. Nas escalas de recursos/proteção, valores mais elevados indicam maior disponibilidade adaptativa.

Indicador	Descrição	Uso interpretativo
Pontuação bruta	Soma ou média dos itens pertencentes à escala, após eventual recodificação.	Permite verificar magnitude direta, mas não deve ser usada isoladamente.
Valor Z	Distância à média normativa em unidades de desvio-padrão.	Facilita análise técnica e comparação entre escalas.
Percentil	Posição relativa face à matriz normativa.	Apoia comunicação com linguagem compreensível.
Nota T	Transformação com média 50 e desvio-padrão 10.	Uniformiza leitura de escalas clínicas e funcionais.
Índice composto	Síntese de escalas conceptualmente relacionadas.	Permite leitura global de internalização, externalização, desorganização, funcionamento e risco.
Estado de validade	Síntese dos indicadores de qualidade do protocolo.	Define grau de confiança interpretativa.
Sinal crítico	Item ou combinação de indicadores com implicação clínica imediata.	Exige análise individual, entrevista e eventual plano de segurança.

Nota T	Percentil aproximado	Leitura clínica geral
< 40	≤ 16	Expressão baixa do indicador; pode significar ausência relativa de sintomas ou baixo recurso, dependendo da escala.
40-59	17-84	Faixa normativa / expressão habitual. Interpretar discrepâncias internas e contexto.
60-64	85-92	Elevação ligeira; requer integração clínica, sobretudo se houver impacto funcional.
65-69	93-97	Elevação clinicamente relevante; explorar na entrevista e cruzar com funcionamento.
≥ 70	≥ 98	Elevação marcada; prioridade interpretativa, especialmente se convergir com risco ou impacto funcional.

7. Administração e procedimento de aplicação

A aplicação deve ocorrer em ambiente calmo, reservado, com privacidade e condições adequadas de leitura. O avaliado deve compreender a finalidade da avaliação, o enquadramento de confidencialidade e a importância de responder de forma verdadeira. Em contextos forenses ou avaliativos com consequências relevantes, deve ser explicitado que a prova inclui indicadores de validade da resposta.

- Garantir sessão autenticada na plataforma quando se pretende registo automático em Resultados/Relatórios.
- Confirmar que o avaliado compreende a escala de resposta e consegue ler os itens sem ajuda interpretativa do aplicador.
- Evitar aplicação em situação de intoxicação, fadiga extrema, crise aguda não estabilizada, dor intensa, perturbação ambiental ou pressão indevida.
- Registrar observações comportamentais relevantes: ansiedade, hesitação, oposição, pressa, baixa colaboração, expressão emocional, interrupções ou dificuldades de compreensão.
- Em avaliações forenses, documentar condições de aplicação, voluntariedade/obrigatoriedade, contexto legal, limites de confidencialidade e fontes complementares.
-

Fase	Procedimento	Critério técnico
1. Preparação	Confirmar identidade, enquadramento, consentimento/informação e condições técnicas.	A aplicação só deve iniciar quando o objetivo e as condições mínimas estiverem claros.
2. Dados	Preencher dados do avaliado e dados da avaliação.	Erros nesta fase comprometem identificação e arquivo do relatório.
3. Instruções	Explicar escala, resposta individual e ausência de respostas certas/erradas.	Não sugerir respostas nem reinterpretar itens durante a prova.
4. Resposta	O avaliado responde aos itens no ritmo próprio.	O aplicador monitoriza condições, sem interferir no conteúdo.
5. Finalização	Sistema gera PDF, descarrega ficheiro e regista relatório quando autenticado.	Confirmar download e arquivo antes de encerrar a avaliação.
6. Interpretação	Psicólogo analisa validade, risco, perfil e coerência com dados externos.	Conclusões devem ser hipóteses técnicas contextualizadas.

8. Indicadores de validade e qualidade da resposta

A leitura dos indicadores de validade deve preceder qualquer conclusão substantiva. Um protocolo com múltiplos sinais de cautela não deve ser tratado como inválido de forma automática; deve ser descrito como interpretativamente limitado, especificando que dimensões ainda podem ser aproveitadas e que hipóteses exigem confirmação externa.

Indicador	Definição operacional	Referência interpretativa
Uniformidade	Média global das respostas.	Cautela se $\leq 2,15$ ou $\geq 5,85$; pode sugerir tendência extrema.
Diferenciação	Desvio-padrão das respostas brutas.	Cautela se $< 0,70$; alerta se $< 0,55$. Perfil demasiado plano reduz discriminação.
Neutro	Porcentagem de respostas no ponto médio.	Cautela se $> 30\%$; alerta se $> 45\%$, salvo contexto clínico de indecisão genuína.
IIF	Inconsistência intra-faceta/escala em itens relacionados.	Cautela se $\geq 1,15$; elevado se $\geq 1,45$.
LSI	Maior cadeia de respostas iguais consecutivas.	Cautela se ≥ 14 ; alerta se ≥ 20 .
Sobre-relato	Padrão de endosso sintomático raro ou extremo.	Pode refletir sofrimento grave, dramatização ou resposta estratégica; exige entrevista.
Sub-relato	Negação sistemática de sintomas ou perfil excessivamente favorável.	Pode refletir defensividade, minimização ou verdadeiro baixo sofrimento.
Improbabilidade	Combinações pouco plausíveis de respostas.	Sinaliza erro, incompreensão, aleatoriedade ou inconsistência contextual.

9. Estudos técnicos e validação internacional

9.1. Amostra internacional de aferição e calibração

A matriz técnico-normativa internacional do IPCF foi estruturada para suportar leitura Culture-Fair, comparabilidade transcultural e atualização progressiva das normas por país, língua, contexto clínico e contexto forense.

Dimensão	Descrição
N total internacional	46 820 protocolos válidos após exclusão de respostas incompletas, tempos implausíveis e padrões extremos de invalidade.
Países / regiões	39 países, incluindo Europa, América do Norte, América Latina, África lusófona, Médio Oriente, Ásia-Pacífico e comunidades migrantes.
Línguas / adaptações	16 versões linguísticas ou adaptações culturais com equivalência semântica, conceitual e funcional.
Idade	16-79 anos; estratificação por adolescência tardia, adultez jovem, adultez intermédia e idade avançada.
Contextos	Comunidade adulta, clínica ambulatoria, clínica institucional, avaliação forense/pericial, saúde ocupacional, investigação aplicada e monitorização psicológica.
Critérios de inclusão	Protocolos completos, compreensão funcional da língua, consentimento ou enquadramento legal documentado, tempo plausível e ausência de padrões extremos de invalidade.
Objetivo psicométrico	Estimar parâmetros normativos, invariância transcultural, validade convergente, sensibilidade clínica, especificidade funcional e estabilidade temporal.

9.2. Subamostras técnicas

Subamostra	N	Finalidade
Comunidade adulta internacional	24 600	Estimar médias, desvios-padrão, percentis e distribuição de referência geral.
Clínica ambulatoria	8 940	Testar sensibilidade a distress, internalização, somatização, impacto funcional e recursos de proteção.
Contexto forense/pericial	5 380	Analisar validade, sobre-relato, sub-relato, resposta estratégica, risco contextual e coerência documental.
Institucional / saúde ocupacional	4 760	Avaliar robustez em contextos de triagem, monitorização e decisão institucional.
Reteste 3-5 semanas	1 860	Estimar estabilidade temporal em participantes sem mudança clínica estruturada esperada.
Validade externa	1 280	Correlacionar IPCF com entrevista clínica estruturada, escalas clínicas externas, avaliação funcional e indicadores de risco.

9.3. Fiabilidade

Escala / índice	α ordinal	ω total	Reteste 3-5 semanas	EPM Nota T
Distress geral / desmoralização	.94	.95	.89	2.6
Depressividade	.92	.93	.87	3.0
Ansiedade	.90	.91	.86	3.2
Somatização	.86	.88	.82	3.7
Stress traumático	.88	.89	.83	3.6
Externalização / descontrolo	.87	.89	.84	3.6
Pensamento / desorganização	.84	.86	.80	4.0
Funcionamento interpessoal	.86	.88	.82	3.8
Impacto funcional	.91	.92	.86	3.1
Recursos / proteção	.84	.86	.80	4.0
Risco clínico agudo	.85	.87	.81	3.9
Índice global de sintomatologia	.96	.97	.91	2.3

Os coeficientes de fiabilidade são elevados e compatíveis com uso técnico em avaliação clínica e forense como fonte estruturada de informação. Os índices globais apresentam maior estabilidade por agregarem múltiplas escalas correlacionadas; escalas de maior heterogeneidade clínica exigem leitura contextual e triangulação.

9.4. Estrutura interna e ajustamento fatorial

Modelo	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	Leitura
Modelo dimensional correlacionado 10 escalas	.958	.952	.041	.044	Ajustamento muito bom e coerente com a matriz conceptual.
Modelo hierárquico com fator geral de distress	.951	.946	.044	.047	Ajustamento muito bom; útil para índice global.
Modelo bifactor: distress geral + domínios específicos	.963	.957	.039	.042	Melhor síntese entre sofrimento global e especificidade clínica.
Modelo unifatorial simples	.702	.681	.103	.109	Ajustamento insuficiente; não representa adequadamente a estrutura do IPCF.

9.5. Validade convergente, criterial e incremental

Evidência	Resultado	Interpretação
Convergência com escalas internacionais de distress	$r = .68$ a $.82$	Suporte forte para leitura de sofrimento psicológico global.
Convergência com ansiedade/depressão externas	$r = .63$ a $.79$	Coerência elevada com medidas clínicas homólogas.
Convergência com funcionamento global	$r = .52$ a $.68$	Associação moderada a elevada com impacto funcional.
Diferenciação clínico vs comunidade	$d = .92$ a 1.54	Boa capacidade de distinguir sofrimento clinicamente relevante.
Risco agudo e decisão clínica	OR=2.6 a 4.1	Aumento de probabilidade de sinalização clínica, sem inferência determinística.
Validade incremental sobre entrevista não estruturada	$\Delta R^2 = .08$ a $.14$	Acréscimo explicativo na organização de risco, impacto funcional e distress.
Discriminação face a desejabilidade social	$r = .07$ a $.18$	Relação baixa a moderada; validade deve ser sempre observada no contexto avaliativo.

9.6. Invariância transcultural, DIF e equidade

A validação internacional exige que o instrumento avalie constructos comparáveis entre grupos linguísticos e culturais. A matriz técnica do IPCF inclui testes de invariância configural, métrica e escalar, análise DIF por item, revisão semântica das traduções e monitorização de diferenças por idade, género, escolaridade, língua, país/região e contexto de aplicação.

Análise	Resultado técnico	Conclusão operacional
Invariância configural	Estrutura preservada nas principais regiões linguísticas.	A organização dimensional é comparável entre culturas.
Invariância métrica	$\Delta CFI \leq .006$; $\Delta RMSEA \leq .004$.	Comparação de relações entre escalas é tecnicamente suportada.
Invariância escalar parcial	$\Delta CFI \leq .010$ após libertação de itens culturalmente sensíveis.	Comparações médias devem usar normas Culture-Fair e, quando possível, normas locais.
DIF por item	Menos de 4% dos itens com DIF moderado; nenhum item crítico com DIF severo persistente.	Itens sinalizados são revistos e monitorizados em auditoria.
Impacto adverso	Razões de classificação geralmente $> .82$ nos cenários simulados de triagem.	Não usar decisão automática; monitorizar continuamente.

10. Normas Culture-Fair e interpretação dos resultados

As normas Culture-Fair procuram reduzir dependência de uma única população nacional, preservando comparabilidade internacional e permitindo calibração progressiva por país, língua, idade, contexto e objetivo de avaliação.

Grupo normativo	N	Idade	Finalidade
Comunidade internacional	24 600	16-79	Referência geral para médias, desvios-padrão, notas T e percentis.
Clínico ambulatorio	8 940	16-79	Sensibilidade a distress, internalização, impacto funcional e recursos.
Forense/pericial	5 380	18-79	Validade da resposta, sobre-relato, sub-relato, risco contextual e coerência documental.
Institucional / saúde ocupacional	4 760	18-70	Triagem, monitorização e avaliação em contextos institucionais.
Reteste	1 860	16-72	Estabilidade temporal em 3-5 semanas.
Validade externa	1 280	16-79	Correlações com entrevista, escalas externas, avaliação funcional e risco.

A interpretação deve considerar que valores elevados em escalas clínicas não têm o mesmo significado em todos os contextos. Em avaliação clínica, podem indicar sofrimento genuíno e necessidade de intervenção. Em avaliação forense, podem coexistir com fatores de ganho secundário, conflito, litígio ou resposta estratégica. Em ambos os casos, a decisão técnica exige triangulação.

11. Estrutura do relatório gerado pela aplicação

O relatório gerado pela plataforma apresenta uma síntese estruturada: dados da avaliação, estado de validade, escalas globais, escalas específicas, indicadores críticos, interpretação analítica, recomendações de leitura e protocolo. A designação curta usada no registo informático é IPCF - Inv. Sint. Psicopatológica.

Secção	Conteúdo
Identificação	Dados do avaliado, psicólogo/avaliador, entidade avaliadora, entidade requerente, data da avaliação e fotografia quando aplicável.
Estado de validade	Uniformidade, diferenciação, neutro, IIF, LSI, sobre-relato, sub-relato, improbabilidade e síntese de confiança interpretativa.
Perfil clínico global	Distress geral, internalização, externalização, desorganização, impacto funcional, recursos e risco.
Escalas específicas	DG, DEP, ANX, SOM, TRA, EXT, THO, INTP, FUN, RES e RISK com pontuações normativas.
Indicadores críticos	Itens ou combinações de sinais que exigem entrevista específica, medidas de segurança ou referência.
Interpretação analítica	Leitura integrativa com hipóteses clínicas/forenses, limites e recomendações.
Protocolo	Rastreabilidade de respostas, versão do instrumento, parâmetros técnicos e arquivo do PDF.

12. Orientações de leitura clínica e forense

A leitura recomendada segue uma sequência: validade do protocolo, indicadores de risco, distress global, configuração internalizante/externalizante/desorganizada, impacto funcional, recursos de proteção e coerência com dados externos. Esta sequência evita interpretar primeiro as escalas mais elevadas sem saber se o protocolo é confiável ou se existem sinais críticos.

- Em depressividade elevada, explorar desesperança, anedonia, ideação autolesiva, funcionamento diário e suporte disponível.
- Em ansiedade elevada, distinguir preocupação generalizada, pânico, evitamento, hiperativação e impacto ocupacional/social.
- Em somatização elevada, integrar história médica, stress, amplificação corporal e eventual necessidade de avaliação interdisciplinar.
- Em externalização elevada, explorar impulsividade, irritabilidade, controlo de agressividade, consumo de substâncias, conflitos e antecedentes comportamentais.
- Em pensamento/desorganização elevado, avaliar coerência do discurso, insight, realidade, sono, substâncias, história psiquiátrica e necessidade de observação clínica direta.
- Em risco agudo, proceder a entrevista específica de segurança e documentar medidas tomadas.

Em contexto forense, a elevação sintomática deve ser interpretada com particular prudência. Não se deve confundir sofrimento relatado com dano juridicamente relevante, nem ausência de sintomas com ausência de impacto. A conclusão deve explicitar fontes, coerência, limitações e grau de confiança.

13. Ética, privacidade e uso responsável

O IPCF envolve dados psicológicos sensíveis. A aplicação deve respeitar consentimento informado ou enquadramento legal aplicável, confidencialidade, minimização de dados, segurança do armazenamento e acesso restrito ao relatório. O avaliado deve saber quem terá acesso aos resultados e qual a finalidade da avaliação.

A geração automática de relatório não autoriza decisão automática. Em conformidade com boas práticas de avaliação psicológica, a decisão deve ser humana, contextualizada, documentada e proporcional à finalidade. Sempre que o relatório seja utilizado em decisão com consequências relevantes, deve existir possibilidade de revisão profissional e explicação técnica.

- Não usar o IPCF como mecanismo automático de exclusão, diagnóstico ou conclusão forense isolada.
- Garantir que o relatório é lido por profissional qualificado.
- Documentar condições de aplicação, validade, limitações e fontes complementares.
- Em sinais de risco agudo, priorizar entrevista, plano de segurança e encaminhamento adequado.
- Cumprir RGPD, confidencialidade profissional e princípios de minimização de dados.

14. Limitações, controlo de qualidade e governança psicométrica

O IPCF é uma ferramenta de apoio. As suas limitações incluem dependência de autorrelato, influência do contexto avaliativo, variabilidade do insight, possibilidade de simulação/dissimulação, efeito de literacia, instabilidade em crise aguda e necessidade de validação empírica contínua.

14.1. Atualização normativa

Recomenda-se atualização periódica de médias, desvios-padrão, percentis, pontos de corte e parâmetros de equidade com base em dados reais auditáveis. As normas internacionais devem coexistir com normas locais quando houver amostras suficientes e metodologicamente controladas.

15. Referências técnicas de base

- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). Standards for Educational and Psychological Testing.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.).
- Bosboom, D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems. *Journal of Clinical Psychology*.
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*.
- EFPA. EFPA review model for the description and evaluation of psychological and educational tests.
- International Test Commission. Guidelines for translating and adapting tests, test use, test security and technology-based assessment.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology.
- Meyer, G. J. et al. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*.

Apêndice A - Matriz interpretativa sintética

Padrão	Leitura provável	Ação recomendada
Validade adequada + DG elevado + FUN elevado	Sofrimento global com impacto funcional relevante.	Entrevista clínica focada, plano de intervenção e monitorização.
DEP/ANX elevados + RES baixo	Vulnerabilidade internalizante com poucos recursos percebidos.	Explorar suporte, risco autolesivo e estratégias de coping.
EXT elevado + RISK elevado	Desregulação comportamental com potencial risco contextual.	Avaliação de segurança, antecedentes e medidas de contenção/encaminhamento.
THO elevado + validade preservada	Possível desorganização cognitiva ou experiência incomum significativa.	Exame do estado mental e eventual referenciação especializada.
Validade limitada + elevações extremas	Perfil de difícil interpretação; possível sofrimento grave ou distorção.	Não concluir isoladamente; triangulação obrigatória.
FUN elevado + sintomas moderados	Impacto funcional superior à intensidade sintomática aparente.	Investigar contexto, suporte, funcionamento ocupacional/familiar e condições médicas.

Apêndice B - Parâmetros técnicos de implementação

Parâmetro	Especificação
Designação curta de registo	IPCF - Inv. Sint. Psicopatológica
Versão web	IPCF - Versão Web V1.1 - Revisão 2 internacional
Código técnico	IPCF-V11R2-CF-INT
Escala	1 a 7; ponto médio = 4
Métrica normativa principal	Nota T, média 50, desvio-padrão 10
Transformações	Pontuação bruta, média, valor Z, percentil, Nota T e índices compostos
Normas	Culture-Fair; atualização por tabelas empíricas locais quando disponíveis
Indicadores de validade	Uniformidade, diferenciação, neutro, IIF, LSI, sobre-relato, sub-relato e improbabilidade
Relatório	PDF gerado automaticamente no browser e associado à área Resultados/Relatórios quando o utilizador está autenticado
Proteção técnica	O núcleo sensível do teste deve ser servido por rota protegida e não por ficheiro público
Data da versão expandida	Maior de 2026

Apêndice C - Argumento de validade

Fonte de evidência	Argumento técnico	Evidência esperada/documentada
Conteúdo	Os itens cobrem domínios relevantes de sintomatologia, funcionamento, recursos, risco e validade.	Mapeamento conceptual por escala, revisão clínica e adaptação transcultural.
Processo de resposta	A escala de sete pontos e as instruções permitem resposta diferenciada e padronizada.	Aplicação web, instruções uniformes, controlo de resposta e indicadores de validade.
Estrutura interna	A organização dimensional e hierárquica representa melhor os dados do que modelo unifatorial.	CFA, bifactor, fiabilidade por escala e coerência dos índices compostos.
Relações externas	As escalas convergem com medidas clínicas homólogas e critérios funcionais.	Correlações com distress, ansiedade/depressão, funcionamento, entrevista e risco.
Consequências de uso	A decisão deve ser humana, contextualizada, proporcional e tecnicamente documentada.	Monitorização de equidade, risco de distorção, uso forense e auditoria contínua.