



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Construção e Evidências de Validade da Bateria de Avaliação do Estado Mental (BAEM)

Dionne Rayssa Cardoso Corrêa

BRASÍLIA – DF

2022



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Construção e Evidências de Validade da Bateria de Avaliação do Estado Mental (BAEM)

Dionne Rayssa Cardoso Corrêa

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientador: Dr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

BRASÍLIA – DF

2022



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira – Presidente
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Clarissa Marcelli Trentini
Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Prof. Dr. Breno Sanvicente Vieira
Departamento de Psicologia – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl (suplente)
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília – UnB

AGRADECIMENTOS

Não há como iniciar este tópico de forma diferente. Pai e mãe se não fosse por vocês nada disso teria se realizado. Agradeço por todo apoio financeiro, logístico e afetivo que vocês me deram durante a minha caminhada. Também sou grata ao meu irmão que sempre esteve disposto a me ajudar e acompanhar nas diversas missões necessárias para a concretização deste trabalho. Ao meu companheiro de vida, Ernesto, que, mesmo sendo de exatas, viveu esse processo comigo lendo, discutindo e revisando minha produção. Agradeço à minha família, que mesmo distante fisicamente, me ajudou na construção e divulgação deste estudo.

Aos meus amigos, de perto e de longe, e às alunas de pesquisa que colaboraram incansavelmente para a divulgação e construção desta pesquisa, obrigada. Sou grata a todos os que participaram dessa pesquisa, obrigada por se esforçarem e concluírem o questionário. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela bolsa de estudos de mestrado. Obrigada aos membros da banca que aceitaram contribuir para o crescimento deste estudo.

À professora Cristiane Faiad que me fez acreditar que eu poderia alcançar voos mais altos e com isso, me incentivou a buscar sempre mais. E por fim, mas não menos importante, ao meu orientador, professor Sérgio. Me faltam palavras para qualificar e descrever o quanto eu cresci e aprendi com o senhor. Obrigada pela disponibilidade, pelo acolhimento, pelos exemplos, pelo companheirismo e pelos ensinamentos. O senhor é um exemplo de profissional e de pessoa para mim.

A todos, meu muito obrigada!

Sumário

Lista de Tabelas.....	6
Resumo.....	7
Abstract	8
Introdução.....	9
Hipóteses do Presente Estudo.....	14
Método	16
Participantes.....	16
Instrumentos	16
Procedimentos	20
Análise dos Dados	21
Resultados	23
Validade de Conteúdo	23
Análises Fatoriais Exploratórias e Consistência Interna das Escalas da BAEM.....	24
Evidências de Validade Convergente (Hipóteses 1 e 2).....	28
Evidências de Validade Concorrente (Hipótese 3).....	32
Discussão.....	35
Validade Fatorial das Escalas da BAEM e a Psicopatologia Dimensional	35
A Relação entre Dimensões do Estado Mental e Sintomas de Transtornos Mentais (Hipótese 1)	38
Distúrbios nas Dimensões do Estado Mental e Percepção de Baixa Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (Hipótese 2)	39
O Uso de Serviços de Saúde Mental e as Alterações do Estado Mental (Hipótese 3)	40
Limitações e Estudos Futuros.....	40
Considerações Finais	42
Referências	43
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	59
Anexo 2 - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP.....	60

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Dados Sociodemográficos e de Condição de Saúde Mental da Amostra (n = 654)</i>	17
Tabela 2. <i>Estrutura da BAEM: Escalas, Definições, Nuances e Número de Itens por Escala</i>	18
Tabela 3. <i>Índices de Fatorabilidade, de Extração de Fatores, de Fidedignidade e Estatísticas Descritivas das Escalas da BAEM (n = 654)</i>	24
Tabela 4. <i>Resultados das Análises Fatoriais Exploratórias, Indicadores de Fidedignidade e Estatísticas Descritivas dos Fatores das Escalas da BAEM</i>	27
Tabela 5. <i>Correlação de Pearson Entre BAEM, DASS-21 e SCL-R-90</i>	29
Tabela 6. <i>Correlação de Pearson entre BAEM e SF-36</i>	31
Tabela 7. <i>Comparação das Médias dos Escores da BAEM Entre Grupo de Pessoas Com e Sem Diagnóstico de Transtorno Mental</i>	32
Tabela 8. <i>Análise de Variância Entre Grupos de Participantes que Nunca Fizeram, Já Fizeram e Estão Fazendo Tratamento Psicológico ou Psiquiátrico (n = 647)</i>	34

Resumo

Na perspectiva dimensional de avaliação dos transtornos mentais, o importante é determinar a severidade e a intensidade com que o sinal/sintoma é apresentado e não a presença ou ausência dele, pois qualquer ser humano pode experimentar alterações que impactam seu funcionamento, sem, necessariamente, fechar critérios para algum transtorno mental específico. Nesse sentido, destaca-se o Exame do Estado Mental (EEM), como uma prática consolidada na área da psiquiatria, que tem o objetivo de mapear uma ampla variedade de domínios do funcionamento psicológico, englobando aspectos comportamentais, cognitivos e emocionais. O EEM é tradicionalmente realizado por meio de uma entrevista clínica, na qual o profissional avalia aspectos como a atenção, a consciência, a percepção, a memória, a orientação, a emoção e o comportamento por meio da observação passiva e das verbalizações dos pacientes. As limitações específicas desse método de avaliação fundamentaram a pergunta da presente pesquisa: é possível fazer um EEM por meio de um questionário de autorrelato? O presente estudo teve como objetivo avaliar as evidências de validade baseadas na estrutura interna e nas relações com variáveis externas, bem como investigar as evidências de fidedignidade de consistência interna para um instrumento de autorrelato desenvolvido para a avaliação de 11 domínios do estado mental. Por se tratar de um estudo inédito, não havia hipóteses prévias acerca da estrutura fatorial das escalas. Em relação às outras evidências de validade, foram testadas três hipóteses: 1) eram esperadas correlações positivas entre alterações nos domínios do estado mental e a quantidade de sintomas de diferentes transtornos mentais comuns, como ansiedade, depressão, queixas somáticas e outros; 2) eram esperadas correlações negativas entre alterações nos domínios do estado mental e a percepção de qualidade de vida relacionada à saúde; e 3) eram esperadas que pessoas que apresentassem indicadores de problemas relacionados à saúde mental tivessem mais alterações nos domínios do estado mental do que pessoas sem esses indicadores. Participaram do estudo 654 pessoas, com idade variando entre 18 e 59 anos ($M = 34$ anos; $DP = 6,9$). Os participantes responderam ao Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condição de Saúde Mental (QDSCSM) e depois às 11 escalas da Bateria de Avaliação do Estado Mental (BAEM), instrumento construído nesta pesquisa (detalhes dos procedimentos de construção e de validade de conteúdo são reportados). Em seguida os participantes foram randomizados para responder ou a *Symptom Checklist – 90 – Revised* (SCL-90-R) ou a *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-21) e o *Short-Form Health Survey* (SF-36). Os resultados indicaram estruturas fatoriais interpretáveis e com bons parâmetros psicométricos para as escalas da BAEM. Todos os fatores apresentaram adequados índices de consistência interna. As hipóteses do estudo foram confirmadas, tendo sido observadas correlações positivas entre os escores da BAEM, SCL-90-R e DASS-21 (hipótese 1), indicando que alterações nos domínios do estado mental estão associadas a diferentes quadros psicopatológicos. Ainda, correlações negativas entre BAEM e SF-36 (hipótese 2) confirmaram a expectativa de que alterações nos domínios do estado mental estão associadas a piores níveis de percepção de qualidade de vida. Por fim, os participantes que apresentaram indicadores de problemas de saúde mental, a saber, presença de diagnóstico psiquiátrico, engajamento em tratamento psicofarmacológico, psiquiátrico ou psicológico, tiveram escores médios maiores na BAEM do que os participantes que não apresentaram esses indicadores (hipótese 3). Aspectos teóricos e práticos dos resultados encontrados são discutidos, bem como as limitações do estudo. De forma geral, concluiu-se que a BAEM apresenta adequados parâmetros psicométricos para aferição de alterações nos domínios do estado mental.

Palavras-chave: avaliação psicológica; modelo dimensional; saúde mental; validade; fidedignidade.

Abstract

From the dimensional perspective of evaluating mental disorders, the important thing is to determine the severity and intensity with which the sign/symptom is presented and not its presence or absence, as any human being can experience alterations that impact their functioning, without necessarily close criteria for a specific mental disorder. In this sense, the Mental State Examination (MSE) stands out as a merged practice in psychiatry, which aims to map a wide variety of domains of psychological functioning, encompassing behavioral, cognitive, and emotional aspects. The MSE is traditionally performed through a clinical interview, in which the professional assesses aspects such as attention, awareness, perception, memory, orientation, emotion and behavior through passive observation and patient verbalizations. The specific limitations of this evaluation method supported the question of the present research: is it possible to carry out an MSE using a self-report questionnaire? The present study aimed to evaluate evidence of validity based on internal structure and relationships with external variables, as well as to investigate evidence of reliability of internal consistency for a self-report instrument developed to assess 11 domains of mental state. As this is an unpublished study, there were no previous hypotheses about the factorial structure of the scales. Regarding the other evidence of validity, three hypotheses were tested: 1) positive correlations were expected between alterations in the mental state domains and the amount of symptoms of different common mental disorders, such as anxiety, depression, somatic complaints and others; 2) negative correlations were expected between alterations in the mental state domains and the perception of health-related quality of life; and 3) people who presented indicators of problems related to mental health were expected to have more changes in mental state domains than people without these indicators. The study included 654 people, aged between 18 and 59 years ($M = 34$ years; $SD = 6.9$). The participants answered the Sociodemographic Data and Mental Health Condition Questionnaire (SDMHCQ) and then the 11 scales of the Mental State Assessment Battery (MSAB), an instrument constructed in this research (details of construction procedures and content validity are reported). Participants were then randomized to answer either the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) or the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) and the Short-Form Health Survey (SF-36). The results showed interpretable factor structures with good psychometric parameters for the MSAB scales. All factors showed adequate levels of internal consistency. The study's hypotheses were confirmed, with positive correlations being observed between the MSAB, SCL-90-R and DASS-21 scores (hypothesis 1), indicating that alterations in the mental state domains are associated with different psychopathological conditions. Also, negative correlations between MSAB and SF-36 (hypothesis 2) confirmed the expectation that alterations in mental state domains are associated with worse levels of perceived quality of life. Finally, participants who presented indicators of mental health problems, namely, presence of psychiatric diagnosis, engagement in psychopharmacological, psychiatric, or psychological treatment, had higher mean MSAB scores than participants who did not present these indicators (hypothesis 3). Theoretical and practical aspects of the results found are discussed, as well as the limitations of the study. In general, it was concluded that the MSAB presents adequate psychometric parameters for measuring alterations in the mental state domains.

Keywords: psychological assessment; dimensional model; mental health; validity; reliability.

Introdução

A abordagem dimensional para o entendimento dos transtornos mentais sugere que os sinais e sintomas psicopatológicos existem ao longo de uma distribuição contínua, disfarçando-se, muitas vezes, em um funcionamento psicológico normal (Widiger & Gore, 2015). Com isso, o importante é determinar a severidade e a intensidade com que a característica é apresentada e não a presença ou ausência dela. Dessa forma, compreender como tais aspectos interferem e influenciam a vida das pessoas é fundamental para uma tomada de decisão acerca de quando e como intervir. Isso, porque todos os seres humanos podem experimentar alterações mentais e/ou comportamentais que impactam seu funcionamento em algum momento da vida, sem, necessariamente, fecharem critérios para a algum transtorno mental específico.

Uma abordagem categórica dos transtornos mentais implica na classificação das pessoas como pertencentes ou não a uma ou mais categorias diagnósticas específicas, enquanto que na abordagem dimensional o foco está na quantidade de sintomas que as pessoas apresentam em diferentes domínios do funcionamento psicológico (Kraemer et al., 2004; McLaughlin et al., 2021). A taxonomia categórica visa a classificação das pessoas, enquanto que na taxonomia dimensional a classificação é das variáveis, no caso, das dimensões psicopatológicas. Kotov et al. (2017) propõem um modelo dimensional de psicopatologia, cujas dimensões do funcionamento mental são organizadas em uma estrutura hierárquica. Essas dimensões podem compor um quadro teórico explicativo do processo de saúde e adoecimento mental (Oliveira et al., 2021a) e avançam para além dos pontos de corte arbitrariamente definidos no modelo categórico (Kraemer et al., 2004). Além disso, o modelo dimensional se mostra útil na explicação do alto número de comorbidades observado no modelo categórico, indicando que há sinais e sintomas que são transversais as categoriais propostas inicialmente (Fusar-Poli et al., 2019). Por esses motivos, a abordagem dimensional vem ganhando destaque na prática e na pesquisa em saúde mental (Kraemer et al., 2004; Marin et al., 2020; Wendt et al., 2019).

O exame do estado mental (EEM) é uma prática clínica histórica e consolidada na área da saúde mental (Mendez, 2021; Renn & John, 2019; Strub & Black, 2000; Taylor, 2013) e pode ser entendido como um procedimento de mapeamento de uma ampla variedade de domínios do funcionamento psicológico que incluem aspectos comportamentais, cognitivos e emocionais de um indivíduo (Martin, 1990). O EEM pode ser comparado a um exame físico de rotina e é uma prática conduzida por profissionais da saúde com o intuito de diferenciar uma variedade de condições sistêmicas, bem como de distúrbios neurológicos e psiquiátricos (Norris et al., 2016). Além disso, esse exame é considerado uma importante ferramenta para o rastreamento de diferentes categorias diagnósticas de transtornos mentais, como os transtornos do humor, transtornos do pensamento e deficiência cognitiva, além de auxiliar no diagnóstico e no encaminhamento apropriado a um outro profissional de saúde mental (Snyderman & Rovner, 2009).

Tradicionalmente, tal exame é realizado por meio de uma entrevista clínica, na qual o profissional combina informações coletadas da observação passiva durante a entrevista, com dados adquiridos por meio de questionamento direto para determinar o estado mental do paciente naquele momento (Voss & Das, 2022). Embora seja bastante utilizada, não há consenso sobre qual a melhor forma de condução, registro e apuração da entrevista clínica para avaliação do estado mental, havendo variação no número e nos tipos de aspectos avaliados (Bell & Hall, 1977; Dalgarrondo, 2019; Grossman & Irwin, 2016; Norris et al., 2016; Osório, 2016; Rocha Neto et al., 2019). De forma geral, as diretrizes de EEM disponíveis na literatura incluem a atenção, a consciência, a percepção, a memória e a orientação como as principais funções cognitivas exploradas (Rocha Neto et al., 2019). Ademais, também são avaliados componentes emocionais e comportamentais, como expressão e modulação afetiva. Esses domínios são componentes transversais ou transdiagnósticos (Dalglish et al., 2020), em que as alterações em termos quantitativos e qualitativos em um domínio individual podem sinalizar problemas

específicos, ao passo que alterações em dois ou mais domínios podem sinalizar tipos de transtornos mentais (no modelo categórico, ver Fusar-Poli et al., 2019) ou síndromes empiricamente baseadas (no modelo dimensional, ver Kotov et al., 2017).

Uma das principais limitações do EEM é a sua operacionalização não estruturada. O EEM é comumente feito por meio de uma entrevista narrativa, a qual se configura como um método de rememoração, de conhecimento do outro, e não como uma ferramenta objetiva de coleta de sinais e sintomas (Rocha Neto et al., 2019). Além disso, a interpretação feita pelo clínico através da observação pode conter um alto viés de subjetividade dada a falta de padronização e normatização da avaliação (Cano & Sampaio, 2007). Por esses motivos, o EEM deve ser realizado por profissionais treinados visando a minimização de interferências do avaliador.

Apesar do EEM ser uma prática tradicional na área de saúde mental, existem poucos estudos acerca dessa técnica. Choudhary e Thapa (2017) fizeram o EEM, na forma de entrevista clínica, em cinco estudos de caso para rastrear sintomas típicos do transtorno de personalidade *borderline*. As autoras conseguiram identificar diversas características relacionadas ao quadro, como: raiva, tensão, ansiedade, depressão, tristeza irritabilidade, tentativas de suicídio, distúrbios associados ao sono, apetite e sintomas somáticos. Ainda, muitos estudos que envolvem a avaliação do estado mental são realizados para investigar declínio cognitivo (Foreman, 1987; Grossman & Irwin, 2016; Han & Wilber, 2013; Mungas, 1991; Reed et al., 1989; Romanelli & Farrel, 2022; Spencer et al., 2022; Wilber & Ondrejka, 2016) e, para isso, utilizam tarefas de desempenho (Klein et al., 1985; Mungas, 1991; Romanelli & Farrel, 2022; Spencer et al., 2022). Os instrumentos mais utilizados nessa perspectiva são a *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Nasreddine et al., 2005), o Mini Exame do Estado Mental (MEEM; Folstein et al., 1975) e o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ; Pfeiffer, 1975). Entretanto, é importante ressaltar que essas medidas de desempenho geralmente

focam nas competências cognitivas, não englobando as demais dimensões do EEM. Ainda, alguns estudos usam o termo “estado mental” de maneira distinta da que se está sendo discutida até aqui. Por exemplo, na pesquisa de Wang et al. (2022), os autores tiveram por objetivo analisar a mediação da qualidade do sono e do estado mental na relação entre sintomas depressivos antes e depois do parto. A operacionalização de estado mental nesse estudo foi com base em escalas que avaliam sintomas de ansiedade e estresse. Apesar do EEM incluir dimensões de afetos, pensamentos e comportamentos típicos desses transtornos mentais, o termo estado mental não se limita a sintomas característicos de uma ou outra categoria diagnóstica. No estudo de Wang et al. (2022), o termo estado mental foi utilizado como sinônimo de saúde mental num sentido amplo. Isso porque o estado mental inclui um mapeamento abrangente de processos cognitivos, ideacionais, afetivos e comportamentais.

Para além da entrevista narrativa e das medidas de desempenho, como métodos de coleta de dados para a avaliação do estado mental, Tyson et al. (2022) realizaram uma pesquisa documental em prontuários de 71 pacientes que faleceram devido à COVID-19 com o objetivo de investigar a ocorrência de sintomas neurológicos com foco na alteração do estado mental. A análise foi feita com base nos registros de alterações cognitivas de estados mentais, como sonolência e nível de consciência, por exemplo. Apesar desse estudo ter feito a análise com base em registro documental, os registros nesses documentos foram feitos com base na observação passiva ou na entrevista realizada pelos profissionais de saúde.

Atualmente, não há instrumentos dedicados ao EEM baseados no método de autorrelato. Devido à complexidade e a abrangência de construtos que o EEM possui, tal proposta pode ser desafiadora visto que, muitas vezes, os sinais e sintomas são egossintônicos e a pessoa não identifica tais comportamentos e sentimentos como disfuncionais (Oltmanns & Powers, 2012). Entretanto, a percepção do indivíduo avaliado pode incentivar o clínico na formulação de diferentes hipóteses diagnósticas. Dessa forma, a combinação e análise dos dados advindos das

diversas técnicas como a entrevista, a observação e os instrumentos padronizados de desempenho e/ou de autorrelato são muito úteis para uma investigação assertiva acerca do estado mental. Outro desafio do EEM por meio de autorrelato é a avaliação de sinais de transtornos mentais. Tradicionalmente, o EEM inclui a avaliação de sinais, definidos como manifestações passíveis de observação por outras pessoas, e de sintomas, definidos como queixas subjetivas verbalizadas pelo paciente (Dalgalarrodo, 2019). Assim, todos os domínios do EEM passam pelo relato do paciente e pela observação do clínico. Por exemplo, um paciente pode relatar problemas de comunicação e o clínico pode observar uma importante disfunção da dicção. Assim, a avaliação do componente observável por meio de autorrelato se mostra, portanto, bastante desafiadora.

Apesar dos limites e desafios do EEM por meio de instrumento de autorrelato, esse método de avaliação tende a ser informativo, de rápida aplicação, de baixo custo, de baixa demanda de treinamento e de grande utilidade clínica. Assim, considerando que o EEM é fundamental na área de saúde mental, sendo listado como competência fundamental na área da psiquiatria (Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica nº 02/2006 de 17 de maio de 2006), a proposição de novos instrumentos, com diferentes métodos de coleta de dados, pode contribuir para uma prática clínica empiricamente fundamentada. Uma medida de EEM de autorrelato, somada a outras ferramentas e fontes de informação, pode fornecer importantes dados para auxiliar na tomada de decisão clínica (Snyderman & Rovner, 2009), visto que permite o mapeamento de uma variedade de sinais e sintomas psicopatológicos. Nesse cenário, o presente estudo tem como objetivo avaliar as evidências de validade baseadas na estrutura interna e nas relações com variáveis externas, bem como investigar as evidências de fidedignidade de consistência interna para um instrumento de autorrelato que visa a avaliação do estado mental.

Hipóteses do Presente Estudo

Como se trata de um instrumento inédito, as evidências de validade baseadas na estrutura interna da medida serão investigadas de forma exploratória. Assim, não há hipóteses prévias acerca da estrutura fatorial das escalas. Contudo, são consideradas evidências favoráveis de validade a interpretabilidade teórica dos fatores e a aproximação da estrutura com modelos teóricos bem estabelecidos.

Hipótese 1: Esperam-se correlações positivas entre as alterações do estado mental e a quantidade de sintomas de diferentes transtornos mentais. Considerando que o EEM apresenta dimensões com características transdiagnósticas, sabe-se que alterações cognitivas, como o rebaixamento da atenção, dificuldades de memória e prejuízo nas funções executivas (Estrela et al., 2018; Holmes et al., 2019; Kristensen et al., 2006), comportamentais, como ataque e fuga (Margis et al., 2003; Montiel et al., 2014) e emocionais e afetivas, como tristeza, afeto restrito e labilidade emocional (Borine et al., 2015; Soares et al., 2021; Souza & Dunningham, 2016) estão presentes nos mais variados quadros diagnósticos. Dessa forma, esperam-se correlações positivas das dimensões do estado mental com sintomas de diferentes transtornos mentais como a ansiedade, depressão, estresse, somatoformes e do espectro da esquizofrenia (Choi et al., 2020; Newby et al., 2015; Southward et al., 2022).

Hipótese 2: Esperam-se correlações negativas entre as alterações do estado mental e a percepção de qualidade de vida relacionada à saúde. Tendo em vista que sinais e sintomas psicopatológicos afetam a saúde mental (Lamers et al., 2015; Schmidt et al., 2020; Trompetter et al., 2017), são esperadas correlações negativas entre alterações do estado mental com indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde. Diversos estudos demonstram que a qualidade de vida está relacionada com a saúde mental (Appel et al., 2019; Berner et al., 2018; Suryavanshi et al., 2020), indicando que as alterações no funcionamento mental tendem a ser acompanhadas de uma percepção de baixa qualidade de vida.

Hipótese 3: Esperam-se que pessoas que apresentam indicadores de problemas relacionados à saúde mental apresentem mais alterações no EEM do que pessoas sem esses indicadores. Em uma perspectiva categórica (i.e. de classificação de pessoas), estudos mostram que pessoas com problemas de saúde mental tendem a apresentar mais sintomas de transtornos da personalidade (Lugo et al., 2019; Oliveira et al., 2021b; Rocha et al., 2011), de dependência de álcool e drogas, de depressão, de estresse pós-traumático e do espectro da esquizofrenia (Rocha et al., 2011). Desse modo, são esperados níveis mais elevados de alterações do estado mental em pessoas com indicadores de problemas de saúde mental em comparação a pessoas sem esses indicadores.

Método

Participantes

Na etapa de validação por juízes, três psicólogos com experiência em construção de instrumentos e/ou psicopatologia foram convidados a analisar os itens. No total, 2.927 pessoas acessaram ao *link* da BAEM, apesar disso, apenas 742 completaram a participação. Ainda foram excluídos 88 casos que falharam nos itens controle ou não atenderam aos critérios de idade, sendo menores de 18 anos ou maiores de 59. A versão final da bateria foi aplicada em uma amostra por conveniência, composta por 654 pessoas. A idade variou entre 18 e 59 anos, sendo a média de, aproximadamente, 34 anos ($DP = 6,9$). Demais dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1.

Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condição de Saúde Mental (QDSCSM): esse questionário foi elaborado para a coleta de dados para caracterização da amostra em relação a variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, escolaridade, renda, etnia, entre outros. O questionário também incluiu perguntas para caracterização da amostra em termos de saúde mental, incluindo itens relacionados a diagnósticos e tratamentos psicológico e psiquiátrico, e de uso de substâncias (álcool e drogas).

Bateria de Avaliação do Estado Mental (BAEM): trata-se de um instrumento inédito, construído nesta pesquisa, que visa avaliar sinais e sintomas psicopatológicos por meio do autorrelato. A bateria é composta por 11 escalas que somam um total de 241 itens, os quais questionam o quanto a pessoa avaliada experimentou sinais e sintomas psicopatológicos nos últimos 30 dias. A resposta aos questionamentos é dada em uma escala de frequência de cinco

pontos, variando de 0 “nenhuma vez” a 4 “sempre ou quase sempre”. A Tabela 2 apresenta a estrutura que a BAEM foi construída, isto é, as escalas, suas definições e as nuances.

Tabela 1. *Dados Sociodemográficos e de Condição de Saúde Mental da Amostra (n = 654)*

Dados sociodemográficos					
Variável	f	%	Variável	f	%
Sexo			Estado civil		
- Feminino	535	81,80	- Casado(a)	162	24,77
- Feminino trans	2	0,30	- Divorciado(a)	35	5,35
- Masculino	101	15,44	- União estável	92	14,06
- Masculino trans	1	0,15	- Separado(a)	14	2,14
- Não binário	12	1,83	- Solteiro(a)	345	52,75
- Prefiro não declarar	3	0,45	- Viúvo(a)	2	0,30
			- Prefiro não declarar	4	0,61
Raça/cor/etnia			Renda		
- Branca	357	54,58	- Até R\$ 847,69	39	5,96
- Parda	213	32,56	- Até R\$ 1.839,95	139	21,25
- Preta	70	10,70	- Até R\$ 3.086,88	112	17,12
- Amarela (asiática)	6	0,91	- Até R\$ 5.524,29	151	23,08
- Indígena	3	0,45	- Até R\$ 10.450,96	125	19,11
- Outro	1	0,15	- Até R\$ 22.435,43	64	9,78
- Prefiro não declarar	4	0,61	- Mais de R\$ 22.435,43	24	3,67
Escolaridade			Região de moradia		
- Fundamental	9	1,38	- Norte	33	5,04
- Médio	119	18,20	- Nordeste	37	5,65
- Superior	317	48,47	- Centro-oeste	301	46,02
- Pós-graduação	209	31,96	- Sudeste	192	29,35
			- Sul	91	13,91
Trabalho					
- Não	267	40,83			
- Sim	387	59,17			
Dados relacionados à saúde					
Diagnóstico psicológico			Diagnóstico na família		
- Não	352	53,82	- Não	316	48,31
- Sim	296	45,26	- Sim	315	48,16
- Prefiro não declarar	6	0,91	- Prefiro não declarar	23	3,51
Tratamento psicológico			Tratamento psiquiátrico		
- Não, nunca fiz	184	28,13	- Não, nunca fiz	344	52,59
- Não, mas já fiz	261	39,90	- Não, mas já fiz	144	22,01
- Sim, estou fazendo	207	31,65	- Sim, estou fazendo	164	25,07
- Prefiro não declarar	2	0,30	- Prefiro não declarar	2	0,30
Uso de álcool			Uso de drogas		
- Nunca (0 dias)	326	49,84	- Nunca (0 dias)	578	88,37
- Raramente (1 ou 2 dias)	273	41,74	- Raramente (1 ou 2 dias)	35	5,35
- Às vezes (3 ou 4 dias)	48	7,33	- Às vezes (3 ou 4 dias)	11	1,68
- Frequentemente (5 ou 6 dias)	4	0,61	- Frequentemente (5 ou 6 dias)	7	1,07
- Sempre (7 dias)	3	0,45	- Sempre (7 dias)	23	3,51

Tabela 2. *Estrutura da BAEM: Escalas, Definições, Nuances e Número de Itens por Escala*

Escala	Definição	Nuances	# itens
Atenção	Percepção da capacidade de escolha dos estímulos que representam o foco de maior interesse em um dado momento (Rueda, 2011).	Aprosexia / Distração / Hiperprosexia / Hipoprosexia	16
Memória	Processos de codificação (aprendizado), armazenamento e recuperação de informações (Eysenck & Keane, 2017, p. 209).	Nomeação / Localização / Numeração / Ação / Miscelânea	20
Funções executivas	Relacionam-se à capacidade de controle e regulação do processamento da informação e do comportamento (Martoni et al., 2016).	Controle inibitório / Flexibilidade cognitiva / Memória operacional	12
Comunicação e linguagem	Diz respeito às capacidades de emitir e compreender o <i>input</i> linguístico que inclui fala, escrita e sinalização (Salles, & Rodrigues, 2014).	Comunicação expressiva – oral / Comunicação expressiva – escrita / Comunicação receptiva – oral / Comunicação receptiva – escrita	16
Sensopercepção	Percepção e interpretação dos estímulos que se apresentam aos órgãos dos cinco sentidos (Dalgalarondo, 2019).	Alucinação / Ilusão / Desrealização / Despersonalização	16
Orientação e consciência	Capacidade de se orientar no tempo e no espaço e de se perceber acordado, alerta e capaz de interagir com o ambiente e com as pessoas (Norris et al., 2016; Osório, 2016).	Alo orientação / Auto orientação / Juízo crítico / Obnubilação	12
Pensamento	Foram considerados o curso e o conteúdo dos pensamentos. Enquanto que o curso é o modo como o pensamento flui, a sua velocidade e seu ritmo ao longo do tempo, o conteúdo diz respeito ao tema, o assunto em si. (Dalgalarondo, 2019).	Conteúdo depressivo / Fluxo intrusivo / Fluxo acelerado / Conteúdo de referência / Conteúdo mágico / Conteúdo agressivo / Produção ilógica / Fluxo lentificado / Conteúdo ansioso / Conteúdo suicida / Conteúdo paranoide	44
Afeto e humor	O afeto é a expressão imediata da emoção e o humor se refere à composição emocional mais sustentada da personalidade (Martin, 1990).	Afeto negativo / Anedonia / Instabilidade emocional / Euforia / Intensidade emocional / Afeto masoquista / Afeto sádico / Constrição emocional / Sentimentos de grandeza	36
Conduta	Comportamentos observáveis do indivíduo como comportamento motor, atitudes, atos, gestos, tiques, impulsos, verbalizações (Fairchild, 2019; Osório, 2016).	Evitação social / Comportamento impulsivo / Abuso de substâncias / Bradicinesia / Acatisia / Comportamento sádico / Comportamento imoral / Comportamento imprudente / Comportamento compulsivo	36
Psicofisiologia	Processos fisiológicos e psicossomáticos do comportamento (Smith & Warren, 2020).	Apetite diminuído / Appetite aumentado / Ciclo sono-vigília – hiposonolência / Ciclo sono-vigília – hipersonolência / Sexualidade / Problemas somáticos	24
Funcionalidade	Atividade e participação em diferentes áreas da vida (Organização Mundial da Saúde, 2003)	Autonomia e independência / Prejuízo psicossocial	9

Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 2004): a DASS-21 é uma escala desenvolvida para avaliar a quantidade de sintomas de depressão, ansiedade e estresse experimentados na última semana. A escala é composta por 21 itens (sete itens por fator), os quais são respondidos em uma escala de quatro pontos, variando de 0 “não se aplicou a mim de forma alguma” a 3 “aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo”. Foi usada a versão brasileira de Vignola (2013), a qual reportou adequados níveis de confiabilidade com coeficientes alfa de Cronbach de 0.92 para a depressão, 0.90 para o estresse e 0.86 para a ansiedade.

Symptom Checklist – 90 - Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994): esse é um instrumento multidimensional de autorrelato para avaliar sintomas de transtornos mentais a partir de nove dimensões, a saber: somatização (SOMA), obsessividade-compulsividade (OBCO), sensibilidade interpessoal (SEIN), depressão (DEPR), ansiedade (ANSI), hostilidade (HOST), ansiedade fóbica (ANFO), ideias paranoides (IDPA) e psicoticismo (PSIC). A SCL-90-R é composta de 90 itens que investigam o quanto a pessoa avaliada ficou preocupada com os sinais/sintomas nos últimos sete dias, e esses itens são respondidos em uma escala de respostas de cinco pontos, variando de 0 “nenhum pouco” a 4 “muito”. Para esta pesquisa foi utilizada a versão adaptada para a população brasileira de Lalon (2001), a qual reportou adequados níveis de fidedignidade com coeficientes de alfa de Cronbach variando de 0.73 a 0.88 e com coeficientes de estabilidade temporal com intervalo de 7 a 15 dias variando de 0.40 a 0.82.

Short-Form Health Survey (SF-36; Ware & Sherbourne, 1992): esse é um questionário de avaliação multidimensional da qualidade de vida. O instrumento é composto por 36 itens, organizados em oito escalas, a saber: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (Dor), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (Vit), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE), saúde mental (SM) e mais uma questão que visa avaliar as condições de saúde atual em relação a um ano atrás. As escalas de respostas variam ao longo do questionário, entre duas e

seis opções de respostas, a depender da natureza da questão. Neste estudo foi usada a versão brasileira de Ciconelli et al. (1999), o qual reportou coeficientes de correlação de Pearson da reprodutibilidade intra-observadores ($0.44 < r < 0.85$) e inter-observadores ($0.55 < r < 0.81$) adequados.

Procedimentos

O presente estudo de delineamento transversal foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 5.217.170. Os procedimentos de construção da BAEM seguiram as etapas sugeridas por Pasquali (1999), que incluem procedimentos teóricos, procedimentos empíricos/experimentais e procedimentos analíticos/estatísticos. O primeiro passo consistiu em realizar a revisão da literatura existente, visando a definição operacional e construção dos itens. Os itens foram elaborados apresentando sinais e sintomas psicopatológicos relacionados às dimensões avaliadas pelo exame estado mental. Salienta-se que houve a dificuldade de estabelecer uma avaliação por meio de autorrelato de alguns aspectos como a psicomotricidade, desta forma, alguns ajustes foram realizados visando a adequação constitutiva e operacional dos construtos.

Um total de 232 itens foram submetidos para análise de juízes especialistas considerando os critérios de clareza da linguagem, pertinência em relação ao construto e relevância para o instrumento. Para tanto, os juízes deveriam julgar esses critérios usando uma escala com cinco pontos, sendo 1 “pouco” e 5 “extremamente”. Além disso, foi disponibilizado um campo para sugestões. Os três juízes fizeram as análises de forma independente e a coleta foi realizada de modo remoto, por meio de planilha eletrônica.

Para os estudos psicométricos iniciais da BAEM, foi realizada uma coleta de dados por meio da plataforma on-line FormR (Arslan et al., 2020). A primeira página da plataforma de coleta dos dados continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após leitura

e aceite do TCLE os participantes tiveram acesso aos questionários da pesquisa. O protocolo foi programado para apresentar o QDSCSM e depois as 11 escalas da BAEM. Em seguida os participantes foram randomizados para responder a SCL-90-R ou para responder a DASS-21 e o SF-36. Considerando a extensão do questionário, itens de controle foram alocados para verificação da atenção ao procedimento de resposta. O tempo médio de resposta foi de 40 minutos e, ao final da pesquisa, os participantes tiveram acesso a um relatório automático gerado com suas repostas. Esse procedimento foi empregado para benefício direto de participação na pesquisa e para aumentar o engajamento e a validade das respostas.

Análise dos Dados

Inicialmente, foram selecionados para compor o banco de dados apenas os casos que responderam a todas as questões da BAEM, além disso, excluiu-se participantes que não haviam preenchido os itens controle de forma adequada. Análises descritivas foram realizadas para a caracterização da amostra. A normalidade dos dados foi analisada pelo teste de Shapiro-Wilk. As recomendações de Pasquali (2010) sobre procedimentos analíticos foram seguidas, tendo sido aplicadas análises fatoriais exploratórias (AFE), com vista a identificação da estrutura fatorial das escalas e a análise dos itens que podem ser descartados (Pasquali, 2010). Foram utilizadas duas técnicas para auxiliar na decisão do número de fatores a ser retido, a saber: a Análise Paralela com permutação aleatória dos dados observados (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011) e o *Minimum Average Partial test* (MAP; Velicer, 1976). Considerando a natureza ordinal dos dados, a matriz de correlação policórica foi utilizada (Rogers, 2022). Além disso, partindo da premissa de que os fatores sejam correlacionados entre si, a rotação padrão aplicada foi a *oblimin* (Damásio, 2012) e o método de estimação foi o de mínimo residual “minres”. Para verificação da consistência interna das escalas foram calculados os coeficientes de consistência interna dos fatores por meio dos métodos do alfa de Cronbach e do

ômega de McDonald. Essas análises foram realizadas no *software* RStudio (versão 4.2.1), por meio do pacote *Psych* (Revelle, 2014).

Para a análise de evidências de validade da BAEM baseadas nas relações com variáveis externas (hipóteses 1 e 2), os escores das escalas e fatores da BAEM foram correlacionados com os escores da DASS-21, do SCL-90-R e do SF-36. Para tanto, as correlações foram estimadas pelo método de Pearson, incluindo a estimação de intervalos de confiança de 95% por *bootstrap* com 1.000 replicações. Ainda, para verificar a capacidade das escalas da BAEM em diferenciar grupos de participantes que autorrelataram ter ou não indicadores de problemas de saúde mental (hipótese 3), utilizou-se o teste *t* de Welch para avaliar as diferenças das médias entre os grupos de participantes que autorrelataram ter e não ter um diagnóstico de transtorno mental. O tamanho de efeito foi examinado pelo método do *g* de Hedge. Análises de variância (ANOVA *One Way*) foram aplicadas para examinar as diferenças das médias dos escores da BAEM entre os grupos de participantes que nunca fizeram, que já fizeram e que estão fazendo tratamento psicológico ou psiquiátrico. As diferenças entre os pares foram testadas pelo teste *post-hoc* de Tukey com reamostragem por *bootstrap* com 1.000 replicações. Essas análises foram realizadas por meio do *software* JASP (versão 0.16.3.0).

Resultados

Validade de Conteúdo

Foram calculados os Coeficientes de Validade de Conteúdo (CVC) para cada um dos itens da BAEM, bem como o CVC total por escala e por critério de avaliação: clareza da linguagem, pertinência em relação ao construto e relevância para o instrumento. Cassepp-Borges et al. (2010) sugerem CVCs $\geq 0,70$ como aceitáveis. Para os itens que não alcançaram CVC adequado no quesito clareza de linguagem foram feitas as reformulações sugeridas, conforme indicação de Hernández-Nieto (2002). Quanto aos aspectos de pertinência em relação ao construto e de relevância para o instrumento, cinco itens apresentaram CVC $< 0,70$, a seguir apresenta-se tais itens e suas respectivas escalas: 1 - Durante o último mês, o quanto você sentiu que perdeu totalmente a capacidade de prestar atenção nas coisas? (atenção); 2 - Durante o último mês, o quanto você teve dificuldade para lembrar de algo que assistiu na televisão (como o nome do filme, da novela, da série, etc.)? (memória); 3 - Durante o último mês, o quanto você teve dificuldade para lembrar dos preços das coisas? (memória); 4 - Durante o último mês, o quanto você teve dificuldade para lembrar nomes de artistas, filmes, músicas ou livros? (memória); 5 - Durante o último mês, o quanto você perdeu a consciência? (Consciência e Orientação). Apesar dos baixos valores de CVC, não foram feitas sugestões de substituição. Desse modo, considerando que todas as escalas obtiveram CVCs totais acima de 0,86, optou-se por, nesse primeiro momento, manter todos os itens, mesmo os com CVCs abaixo de 0,70 em relação à pertinência em relação ao construto e/ou relevância para o instrumento. Vale salientar que, alguns dos itens listados anteriormente, também receberam sugestões de reescrita, sendo ajustados conforme as recomendações. Além disso, houve a sugestão de inclusão de nove itens. A versão final do instrumento apresentou 241 itens.

Análises Fatoriais Exploratórias e Consistência Interna das Escalas da BAEM

A fatorabilidade das medidas foi investigada mediante cálculo do índice de adequação da amostra (critério de Kaiser–Meyer–Olkin; KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. O número de fatores a serem extraídos foram analisados pelos testes de MAP e análise paralela. A Tabela 3 apresenta os resultados encontrados. Todas as escalas apresentaram índices satisfatórios de fatorabilidade, uma vez que o teste de Bartlett foi altamente significativo, rejeitando assim que a matriz de correlações policóricas estimada seja igual a uma matriz identidade (Rogers, 2022). Além disso, os valores de KMO foram todos acima de 0,90, sendo considerados excelentes (Hutcheson & Sofroniou, 1999).

Tabela 3. *Índices de Fatorabilidade, de Extração de Fatores, de Fidedignidade e Estatísticas Descritivas das Escalas da BAEM (n = 654)*

Escala	Fatorabilidade		Extração de fatores		Fidedignidade		Descritivas	
	KMO	Teste de Bartlett $K^2(\text{gl})$	MAP	AP	α	ω	M	DP
Atenção (AT)	0,97	57,46(15)	1	1	0,96	0,97	2,13	0,95
Funções Executivas (FE)	0,91	23,98(11)	1	1	0,90	0,92	2,10	0,89
Memória (MM)	0,95	810,06(19)	3	2	0,93	0,94	1,16	0,75
Consciência e Orientação (CO)	0,92	1101,9(11)	1	1	0,90	0,92	0,64	0,67
Sensopercepção (SP)	0,94	226,22(7)	2	1	0,93	0,94	0,58	0,71
Comunicação e Linguagem (CL)	0,94	512,73(15)	3	1	0,94	0,96	1,00	0,86
Pensamento (PS)	0,95	9,53(3)	9	5	0,95	0,96	1,20	0,74
Conduta (CD)	0,91	2,25(2)	8	7	0,93	0,94	0,90	0,62
Afeto e humor (AH)	0,91	8122,5(35)	8	7	0,93	0,94	1,06	0,62
Psicofisiologia (PF)	0,90	8,57(3)	6	4	0,90	0,93	1,68	0,79
Funcionalidade (FC)	0,90	30,05(8)	2	1	0,91	0,93	1,65	1,09

Nota: K^2 , k-squared; gl, graus de liberdade; MAP, *minimum average partial test*; AP, análise paralela; α , alfa de Cronbach; ω , ômega de McDonald; M , média; DP , desvio padrão.

A análise do número de fatores retidos indicou a unidimensionalidade das seguintes escalas: atenção, funções executivas e consciência e orientação. Quanto as demais escalas, foram realizados testes para verificação da melhor solução fatorial, visto que, em alguns casos, houve a indicação de número de fatores diferentes pelos métodos empregados. As escalas de pensamento, de conduta e de memória não apresentaram resultados adequadamente

interpretáveis quando fatoradas pelos números de retenção sugeridos. Dessa forma, realizou-se testes paralelos com alteração do método rotação fatorial, visando a identificação de uma solução fatorial com melhor adequação teórica. As rotações fatoriais têm o objetivo de facilitar a interpretação dos fatores, visto que muitas vezes as variáveis analisadas apresentam cargas fatoriais elevadas em mais de um fator (Damásio, 2012).

Cabe destacar que a escala de memória apresentou a indicação de três e dois fatores pelos métodos de extração utilizados, porém as soluções multifatoriais não foram facilmente interpretadas. Visando avaliar simultaneamente a influência dos fatores gerais e fatores específicos na variabilidade de cada item da escala de memória, o modelo foi testado por meio da estimação *bifactor* (Varas & Borsa, 2020). Os resultados demonstraram que todos os itens apresentaram cargas fatoriais maiores no fator geral (*SS loading* F1= 8,18; F2 = 0,91; F3 = 0,78), sendo assim, a solução de um fator foi adotada. A escala de afeto e humor, quando rotacionada pelo método padrão, apresentou soluções de difícil interpretação teórica, dessa forma, testou-se a rotação oblíqua bentlerQ, que apresentou resultados interpretáveis, porém com limitações. Os itens “Durante os últimos 30 dias, o quanto você sentiu prazer com o sofrimento de um animal?” e “Durante os últimos 30 dias, o quanto você sentiu prazer em ter sido ridicularizado(a)?” apresentaram cargas maiores na dimensão afeto negativo, porém, teoricamente, dizem respeito as dimensões: afeto sádico e afeto masoquista, respectivamente. Apesar disso, esses itens apresentaram cargas cruzadas com as dimensões teóricas pertinentes, onde foram alocados. De toda forma, observou-se que todas as escalas da BAEM geram escores confiáveis. Os coeficientes de consistência interna dos fatores gerais da BAEM (ver Tabela 3) apresentaram valores de alfa de Cronbach e de ômega de McDonald $\geq 0,90$, indicando excelente nível de consistência interna das escalas.

A Tabela 4 sumariza os resultados das soluções fatoriais encontradas nas escalas da BAEM por meio das AFE. A partir das 11 escalas, identificou-se um total de 39 fatores. Os

fatores conteúdo mágico (escala pensamento) e problemas somáticos (escala psicofisiologia) foram os que apresentaram itens com a menor carga fatorial do estudo (0,32). Foram observadas cargas fatoriais maiores do 1 para itens dos fatores experiência de desconexão (escala sensopercepção), instabilidade emocional e afeto sádico (escala afeto e humor). Esse fenômeno é conhecido como *Heywood Case* e pode indicar qualquer uma das seguintes situações: uma amostra muito pequena com grande número de indicadores, dados que não tenham distribuição normal ou que contenham *outliers* ou um modelo mal especificado que não é apropriado para os dados (Farooq, 2022). Na presente pesquisa, as alternativas relacionadas à distribuição não normal dos dados ou a presença de casos *outliers* parecem ser as mais plausíveis. Ainda, todos os fatores apresentaram adequados coeficientes de consistência interna (ver Tabela 4).

Os coeficientes de consistência interna dos escores dos fatores variaram de 0,66 (afeto masoquista, escala afeto e humor) a 0,97 (atenção). George e Mallery (2003) indicam as seguintes interpretações para os valores do alfa de Cronbach: $\alpha > 0,90$ = excelente; $\alpha > 0,80$ = bom; $\alpha > 0,70$ = aceitável; $\alpha > 0,60$ = questionável; $\alpha > 0,50$ = pobre; e $\alpha < 0,50$ = inaceitável. Em relação aos coeficientes de ômega de McDonald, um adequado valor é de $\omega > 0,70$ (Viladrich et al., 2017). Com exceção do fator afeto masoquista, todos os outros apresentaram bons índices de consistência interna pelo método do alfa de Cronbach, sendo classificados como aceitáveis, bons ou excelentes. Enquanto pela análise dos coeficientes ômega, todos os fatores apresentaram índices igual ou maior que 0,70.

Tabela 4. Resultados das Análises Fatoriais Exploratórias, Indicadores de Fidedignidade e Estatísticas Descritivas dos Fatores das Escalas da BAEM

Fator	Itens	Cargas fatoriais		Fidedignidade		Descritivas	
		Min/Máx	M (DP)	α	ω	Min/Máx	M (DP)
AT	16	0,48/0,91	0,85 (0,10)	0,96	0,97	0,00/4,00	2,13 (0,95)
FE	12	0,58/0,82	0,69 (0,06)	0,90	0,92	0,00/4,00	2,10 (0,89)
MM	20	0,65/0,80	0,70 (0,03)	0,93	0,94	0,00/3,80	1,16 (0,75)
CO	12	0,68/0,84	0,76 (0,05)	0,90	0,92	0,00/3,83	0,64 (0,67)
SP-F1	8	0,53/0,93	0,71 (0,11)	0,87	0,91	0,00/4,00	0,66 (0,77)
SP-F2	8	0,44/1,07	0,69 (0,19)	0,90	0,91	0,00/3,87	0,50 (0,77)
CL	16	0,67/0,88	0,78 (0,05)	0,94	0,96	0,00/3,81	1,00 (0,86)
PS-F1	13	0,38/0,78	0,58 (0,13)	0,94	0,96	0,00/4,00	1,72 (1,12)
PS-F2	7	0,50/0,92	0,65 (0,17)	0,91	0,94	0,00/4,00	2,29 (1,14)
PS-F3	8	0,32/0,99	0,62 (0,25)	0,83	0,87	0,00/4,00	0,47 (0,68)
PS-F4	4	0,74/0,93	0,84 (0,08)	0,92	0,94	0,00/4,00	0,54 (0,98)
PS-F5	4	0,72/0,84	0,78 (0,04)	0,86	0,88	0,00/4,00	0,36 (0,67)
PS-F6	4	0,86/0,96	0,90 (0,04)	0,90	0,91	0,00/4,00	0,78 (1,01)
PS-F7	4	0,34/0,68	0,48 (0,14)	0,79	0,83	0,00/4,00	1,00 (1,02)
CD-F1	4	0,76/0,97	0,86 (0,08)	0,94	0,95	0,00/4,00	2,00 (1,32)
CD-F2	5	0,43/0,80	0,67 (0,14)	0,88	0,90	0,00/4,00	1,25 (1,10)
CD-F3	4	0,75/0,92	0,83 (0,09)	0,83	0,87	0,00/4,00	0,78 (1,04)
CD-F4	4	0,72/0,88	0,81 (0,06)	0,82	0,83	0,00/4,00	0,40 (0,68)
CD-F5	4	0,65/0,87	0,75 (0,10)	0,85	0,87	0,00/4,00	1,41 (1,16)
CD-F6	4	0,53/0,86	0,71 (0,13)	0,74	0,77	0,00/4,00	0,18 (0,46)
CD-F7	4	0,52/0,83	0,71 (0,13)	0,77	0,80	0,00/4,00	0,46 (0,67)
CD-F8	4	0,37/0,76	0,61 (0,17)	0,81	0,83	0,00/4,00	0,42 (0,73)
CD-F9	3	0,43/0,77	0,59 (0,17)	0,72	0,73	0,00/4,00	1,20 (1,14)
AH-F1	6	0,47/0,95	0,71 (0,19)	0,91	0,94	0,00/4,00	2,04 (1,17)
AH-F2	6	0,49/1,02	0,79 (0,19)	0,93	0,95	0,00/4,00	2,09 (1,21)
AH-F3	4	0,82/0,91	0,86 (0,04)	0,84	0,89	0,00/4,00	0,39 (0,70)
AH-F4	4	0,74/0,90	0,81 (0,07)	0,89	0,91	0,00/4,00	1,32 (1,19)
AH-F5	4	0,46/0,97	0,80 (0,23)	0,66	0,70	0,00/4,00	0,07 (0,28)
AH-F6	4	0,50/1,01	0,80 (0,21)	0,78	0,85	0,00/4,00	0,14 (0,37)
AH-F7	4	0,64/0,89	0,74 (0,11)	0,89	0,92	0,00/4,00	0,96 (1,13)
AH-F8	4	0,53/0,80	0,69 (0,12)	0,75	0,76	0,00/4,00	0,46 (0,71)
PF-F1	4	0,73/0,94	0,85 (0,10)	0,92	0,93	0,00/4,00	1,52 (0,84)
PF-F2	4	0,67/0,92	0,79 (0,10)	0,87	0,89	0,00/3,01	0,82 (0,60)
PF-F3	4	0,65/0,86	0,76 (0,08)	0,87	0,90	0,00/3,12	0,61 (0,47)
PF-F4	4	0,66/0,88	0,73 (0,09)	0,85	0,88	0,00/2,68	0,63 (0,56)
PF-F5	4	0,47/0,88	0,70 (0,20)	0,77	0,79	0,00/3,93	1,31 (0,84)
PF-F6	4	0,32/0,69	0,54 (0,15)	0,76	0,79	0,00/3,93	0,67 (0,65)
FC-F1	5	0,59/0,94	0,77 (0,13)	0,89	0,92	0,00/2,98	0,60 (0,49)
FC-F2	3	0,56/0,85	0,75 (0,16)	0,77	0,78	0,00/2,93	0,86 (0,58)

Nota: α , alfa de Cronbach; ω , ômega de McDonald; M, média; DP, desvio padrão. AT, atenção; FE, funções executivas; MM, memória; CO, consciência e orientação; SP-F1, alterações sensoriais; SP-F2, experiências de desconexão; CL, comunicação e linguagem; PS-F1, conteúdo depressivo com autoextermínio; PS-F2, fluxo acelerado e conteúdo ansioso; PS-F3, conteúdo mágico; PS-F4, conteúdo agressivo; PS-F5, produção ilógica; PS-F6, fluxo lentificado; PS-F7, conteúdo paranoide; CD-F1, evitação social; CD-F2, comportamento impulsivo; CD-F3, abuso de substâncias; CD-F4, bradicinesia; CD-F5, acatisia; CD-F6, comportamento sádico; CD-F7, comportamento imoral; CD-F8, comportamento imprudente; CD-F9, comportamento compulsivo; AH-F1, afeto negativo; AH-F2, instabilidade emocional; AH-F3, euforia; AH-F4, intensidade emocional; AH-F5, afeto masoquista; AH-F6, afeto sádico; AH-F7, constrição emocional; AH-F8, sentimentos de grandeza; PF-F1, apetite diminuído; PF-F2, apetite aumentado; PF-F3, ciclo sono-vigília – hiposonolência; PF-F4, ciclo sono-vigília – hipersonolência; PF-F5, sexualidade; PF-F6, problemas somáticos; FC-F1, autonomia e independência; FC-F2, prejuízo psicossocial.

Evidências de Validade Convergente (Hipóteses 1 e 2)

Evidências de validade na relação com outras variáveis foram investigadas por meio do método de correlação de Pearson entre os escores dos fatores da BAEM com os escores das escalas DASS-21, SCL-90-R e SF-36. A Tabela 5 apresenta os coeficientes de correlação entre os fatores da BAEM e as escalas DASS-21 e SCL-90-R (hipótese 1). De forma geral, foram observadas correlações positivas entre os fatores da BAEM e os fatores da DASS-21, confirmando a expectativa de que pessoas que apresentam sintomas típicos de ansiedade, estresse e depressão tendem a apresentar maiores níveis de disfunções em diversas dimensões do funcionamento mental, como, por exemplo, a atenção, o humor e a conduta. A magnitude das correlações variou entre fraca, moderada e forte, segundo a classificação de Cohen (1998). Destacam-se, aqui, as correlações entre o fator ansiedade e problemas somáticos da escala de psicofisiologia ($r = 0,68, p < 0,001$), entre o fator estresse e instabilidade emocional da escala de afeto e humor ($r = 0,78, p < 0,001$) e entre o fator depressão e o fator afeto negativo da escala de afeto e humor ($r = 0,87, p < 0,001$). Esses resultados apontam para evidências de validade convergente dos escores da BAEM com construtos correlatos.

As queixas da SCL-90 e os sinais e sintomas psicopatológicos da BAEM apresentaram correlações positivas com significância estatística de magnitude variando de fraca a forte. Destacam-se as correlações entre a dimensão psicoticismo e experiências de desconexão ($r = 0,58, p < 0,001$), ideias paranoides e conteúdo paranoide ($r = 0,75, p < 0,001$), hostilidade e intensidade emocional ($r = 0,61, p < 0,001$), depressão e conteúdo depressivo com autoextermínio ($r = 0,88, p < 0,001$), fluxo acelerado e conteúdo ansioso e a dimensão ansiedade ($r = 0,76, p < 0,001$), a sensibilidade interpessoal e prejuízo psicossocial ($r = 0,71, p < 0,001$), obsessividade-compulsividade e autonomia e independência ($r = 0,77, p < 0,001$) e, por fim, somatização e problemas somáticos ($r = 0,78, p < 0,001$). Essas correlações sugerem um elevado padrão de convergência teórica entre os escores das duas medidas.

Tabela 5. *Correlação de Pearson Entre BAEM, DASS-21 e SCL-R-90*

BAEM	DASS-21 (n = 325)			SCL-90-R (n = 302)								
	Ansi	Estr	Depr	SOMA	OBCO	SEIN	ANSI	DEPR	HOST	ANFO	IDPA	PSIC
AT	0,53 ^c	0,60^c	0,57 ^c	0,52 ^c	0,72^c	0,49 ^c	0,57 ^c	0,58 ^c	0,44 ^c	0,42 ^c	0,43 ^c	0,49 ^c
FE	0,58 ^c	0,63^c	0,63^c	0,56 ^c	0,71^c	0,63 ^c	0,62 ^c	0,63 ^c	0,53 ^c	0,49 ^c	0,51 ^c	0,57 ^c
MM	0,48^c	0,45 ^c	0,46 ^c	0,47 ^c	0,60^c	0,41 ^c	0,46 ^c	0,39 ^c	0,40 ^c	0,35 ^c	0,38 ^c	0,46 ^c
CO	0,48 ^c	0,42 ^c	0,49^c	0,48 ^c	0,57^c	0,50 ^c	0,50 ^c	0,47 ^c	0,52 ^c	0,45 ^c	0,46 ^c	0,54 ^c
SP-F1	0,54^c	0,46 ^c	0,40 ^c	0,49 ^c	0,48 ^c	0,43 ^c	0,49 ^c	0,42 ^c	0,44 ^c	0,47 ^c	0,44 ^c	0,53^c
SP-F2	0,48^c	0,42 ^c	0,43 ^c	0,50 ^c	0,53 ^c	0,50 ^c	0,55 ^c	0,49 ^c	0,55 ^c	0,47 ^c	0,48 ^c	0,58^c
CL	0,56^c	0,56^c	0,56^c	0,47 ^c	0,64^c	0,61 ^c	0,49 ^c	0,52 ^c	0,49 ^c	0,47 ^c	0,51 ^c	0,61 ^c
PS-F1	0,71 ^c	0,72 ^c	0,80^c	0,67 ^c	0,72 ^c	0,79 ^c	0,78 ^c	0,88^c	0,68 ^c	0,60 ^c	0,66 ^c	0,77 ^c
PS-F2	0,66 ^c	0,77^c	0,65 ^c	0,65 ^c	0,71 ^c	0,66 ^c	0,76^c	0,74 ^c	0,58 ^c	0,54 ^c	0,61 ^c	0,65 ^c
PS-F3	0,38^c	0,35 ^c	0,30 ^c	0,37 ^c	0,39 ^c	0,45 ^c	0,45 ^c	0,40 ^c	0,50 ^c	0,39 ^c	0,53 ^c	0,56^c
PS-F4	0,35^c	0,33 ^c	0,32 ^c	0,28 ^c	0,28 ^c	0,38 ^c	0,38 ^c	0,37 ^c	0,56^c	0,30 ^c	0,45 ^c	0,39 ^c
PS-F5	0,37^c	0,34 ^c	0,28 ^c	0,42 ^c	0,47 ^c	0,44 ^c	0,44 ^c	0,39 ^c	0,39 ^c	0,45 ^c	0,43 ^c	0,49^c
PS-F6	0,30 ^c	0,28 ^c	0,40^c	0,35 ^c	0,43^c	0,43^c	0,38 ^c	0,41 ^c	0,39 ^c	0,34 ^c	0,37 ^c	0,39 ^c
PS-F7	0,49 ^c	0,56^c	0,56^c	0,51 ^c	0,52 ^c	0,62 ^c	0,59 ^c	0,59 ^c	0,60 ^c	0,44 ^c	0,75^c	0,63 ^c
CD-F1	0,54 ^c	0,62 ^c	0,67^c	0,55 ^c	0,59 ^c	0,66 ^c	0,59 ^c	0,69^c	0,50 ^c	0,52 ^c	0,56 ^c	0,61 ^c
CD-F2	0,46 ^c	0,57^c	0,49 ^c	0,52 ^c	0,55 ^c	0,61 ^c	0,59 ^c	0,62^c	0,59 ^c	0,46 ^c	0,53 ^c	0,60 ^c
CD-F3	0,39^c	0,39^c	0,39^c	0,35 ^c	0,31 ^c	0,36 ^c	0,38 ^c	0,40^c	0,39 ^c	0,22 ^c	0,34 ^c	0,35 ^c
CD-F4	0,41 ^c	0,36 ^c	0,42^c	0,44^c	0,39 ^c	0,43 ^c	0,40 ^c	0,38 ^c	0,34 ^c	0,39 ^c	0,40 ^c	0,43 ^c
CD-F5	0,56 ^c	0,63^c	0,48 ^c	0,54 ^c	0,58 ^c	0,49 ^c	0,68^c	0,54 ^c	0,50 ^c	0,52 ^c	0,45 ^c	0,52 ^c
CD-F6	0,22 ^c	0,30^c	0,21 ^c	0,24 ^c	0,19 ^b	0,34 ^c	0,31 ^c	0,32 ^c	0,49^c	0,24 ^c	0,37 ^c	0,34 ^c
CD-F7	0,27 ^c	0,28^c	0,27 ^c	0,31 ^c	0,34 ^c	0,36 ^c	0,36 ^c	0,36 ^c	0,37 ^c	0,27 ^c	0,33 ^c	0,43^c
CD-F8	0,31 ^c	0,36^c	0,31 ^c	0,34 ^c	0,32 ^c	0,43 ^c	0,42 ^c	0,39 ^c	0,47 ^c	0,26 ^c	0,41 ^c	0,50^c
CD-F9	0,51 ^c	0,52^c	0,42 ^c	0,48 ^c	0,60^c	0,56 ^c	0,57 ^c	0,52 ^c	0,44 ^c	0,50 ^c	0,46 ^c	0,56 ^c
AH-F1	0,68 ^c	0,77 ^c	0,87^c	0,64 ^c	0,69 ^c	0,70 ^c	0,71 ^c	0,82^c	0,61 ^c	0,48 ^c	0,59 ^c	0,66 ^c
AH-F2	0,68 ^c	0,78^c	0,73 ^c	0,66 ^c	0,66 ^c	0,70 ^c	0,74 ^c	0,78^c	0,64 ^c	0,51 ^c	0,60 ^c	0,68 ^c
AH-F3	0,17^b	0,16 ^b	0,02	0,24 ^c	0,31 ^c	0,29 ^c	0,32^c	0,20 ^c	0,27 ^c	0,27 ^c	0,28 ^c	0,32^c
AH-F4	0,53 ^c	0,66^c	0,46 ^c	0,48 ^c	0,51 ^c	0,58 ^c	0,60 ^c	0,60 ^c	0,61^c	0,43 ^c	0,51 ^c	0,54 ^c
AH-F5	0,17 ^b	0,19^c	0,11 ^a	0,22 ^c	0,23 ^c	0,25 ^c	0,22 ^c	0,20 ^c	0,28 ^c	0,18 ^b	0,28 ^c	0,33^c
AH-F6	0,19 ^c	0,26^c	0,17 ^b	0,21 ^c	0,18 ^b	0,28 ^c	0,27 ^c	0,21 ^c	0,33 ^c	0,24 ^c	0,30 ^c	0,34^c
AH-F7	0,41 ^c	0,39 ^c	0,58^c	0,44 ^c	0,51 ^c	0,48 ^c	0,50 ^c	0,52^c	0,39 ^c	0,43 ^c	0,39 ^c	0,50 ^c
AH-F8	0,17 ^b	0,19^c	0,06	0,27 ^c	0,29 ^c	0,33 ^c	0,29 ^c	0,25 ^c	0,36 ^c	0,28 ^c	0,47^c	0,38 ^c
PF-F1	0,35 ^c	0,35 ^c	0,39^c	0,31 ^c	0,32 ^c	0,37^c	0,30 ^c	0,35 ^c	0,25 ^c	0,27 ^c	0,32 ^c	0,30 ^c
PF-F2	0,34 ^c	0,39^c	0,32 ^c	0,50^c	0,44 ^c	0,39 ^c	0,44 ^c	0,42 ^c	0,34 ^c	0,31 ^c	0,37 ^c	0,44 ^c
PF-F3	0,50 ^c	0,54^c	0,52 ^c	0,54^c	0,50 ^c	0,44 ^c	0,50 ^c	0,54^c	0,43 ^c	0,30 ^c	0,40 ^c	0,44 ^c
PF-F4	0,54 ^c	0,56^c	0,55 ^c	0,51 ^c	0,55 ^c	0,50 ^c	0,50 ^c	0,59^c	0,42 ^c	0,35 ^c	0,43 ^c	0,47 ^c
PF-F5	0,43^c	0,43^c	0,41 ^c	0,40 ^c	0,41 ^c	0,40 ^c	0,38 ^c	0,46^c	0,40 ^c	0,22 ^c	0,34 ^c	0,39 ^c
PF-F6	0,68^c	0,65 ^c	0,54 ^c	0,78^c	0,60 ^c	0,62 ^c	0,70 ^c	0,67 ^c	0,50 ^c	0,53 ^c	0,55 ^c	0,61 ^c
FC-F1	0,59 ^c	0,60 ^c	0,70^c	0,56 ^c	0,77^c	0,70 ^c	0,66 ^c	0,75 ^c	0,53 ^c	0,54 ^c	0,62 ^c	0,64 ^c
FC-F2	0,51 ^c	0,56 ^c	0,58^c	0,56 ^c	0,64 ^c	0,71^c	0,62 ^c	0,70 ^c	0,60 ^c	0,52 ^c	0,61 ^c	0,63 ^c

Nota: ^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,001$; valores em **negrito** correspondem ao maior coeficiente de correlação encontrado entre a BAEM e os escores de cada uma das medidas. AT, atenção; FE, funções executivas; MM, memória; CO, consciência e orientação; SP-F1, alterações sensoriais; SP-F2, experiências de desconexão; CL, comunicação e linguagem; PS-F1, conteúdo depressivo com autoextermínio; PS-F2, fluxo acelerado e conteúdo ansioso; PS-F3, conteúdo mágico; PS-F4, conteúdo agressivo; PS-F5, produção ilógica; PS-F6, fluxo lentificado; PS-F7, conteúdo paranoide; CD-F1, evitação social; CD-F2, comportamento impulsivo; CD-F3, abuso de substâncias; CD-F4, bradicinesia; CD-F5, acatisia; CD-F6, comportamento sádico; CD-F7, comportamento imoral; CD-F8, comportamento imprudente; CD-F9, comportamento compulsivo; AH-F1, afeto negativo; AH-F2, instabilidade emocional; AH-F3, euforia; AH-F4, intensidade emocional; AH-F5, afeto masoquista; AH-F6, afeto sádico; AH-F7, constrição emocional; AH-F8, sentimentos de grandeza; PF-F1, apetite diminuído; PF-F2, apetite aumentado; PF-F3, ciclo sono-vigília – hiposonolência; PF-F4, ciclo sono-vigília – hipersonolência; PF-F5, sexualidade; PF-F6, problemas somáticos; FC-F1, autonomia e independência; FC-F2, prejuízo psicossocial; Ansi, ansiedade; Estr, estresse; Depr, depressão; SOMA, somatização; OBCO, obsessividade-Compulsividade; SEIN, sensibilidade interpessoal; Ansi, ansiedade; Depr, depressão; HOST, hostilidade; ANFO, ansiedade fóbica; IDPA, ideias paranoides; PSIC, psicoticismo.

Na Tabela 6 são apresentadas as correlações entre os fatores da BAEM e os fatores do SF-36 (hipótese 2). Dos 39 fatores que compõe a BAEM, 32 apresentaram coeficientes de correlação de maior magnitude com o fator saúde mental. Esse resultado confirma a hipótese 2 de que pessoas com alterações no estado mental percebem baixos níveis de qualidade de vida relacionada à saúde. Os fatores da BAEM que apresentaram correlações de maior magnitude com outras dimensões do SF-36 sugerem padrões de convergência teoricamente adequados. A escala de memória se correlacionou mais fortemente com os aspectos sociais da SF-36 ($r = -0,39, p < 0,001$), indicando que mais problemas de memória estão associados a piores níveis de qualidade de vida social (como limitações para visitar amigos e parentes). O fator fluxo lenticificado, da escala de pensamento, apresentou correlação mais forte com a dimensão vitalidade ($r = -0,34, p < 0,001$). A evitação social, da escala de conduta, exibiu maior correlação com o fator aspectos sociais ($r = -0,66, p < 0,001$). Na escala de afeto e humor, o fator euforia apresentou correlação mais forte com a dimensão aspectos emocionais ($r = -0,13, p < 0,05$). Por fim, dois fatores da escala de psicofisiologia, apetite aumentado e ciclo sono-vigília – hipersonolência, apresentaram relação negativa com vitalidade ($r = -0,37, p < 0,001$; $r = -0,55, p < 0,001$, respectivamente). Além disso, destaca-se que o fator sentimentos de grandeza, da escala de afeto e humor, não apresentou correlações significativas com nenhuma das dimensões do SF-36 ($p > 0,05$).

Tabela 6. *Correlação de Pearson entre BAEM e SF-36*

BAEM	SF-36 (n = 325)							
	CF	AF	Dor	EGS	Vit	AS	AE	SM
AT	-0,23 ^c	-0,36 ^c	-0,29 ^c	-0,26 ^c	-0,54^c	-0,49 ^c	-0,39 ^c	-0,53^c
FE	-0,31 ^c	-0,40 ^c	-0,31 ^c	-0,36 ^c	-0,54 ^c	-0,52 ^c	-0,41 ^c	-0,57^c
MM	-0,35 ^c	-0,35 ^c	-0,32 ^c	-0,32 ^c	-0,37 ^c	-0,39^c	-0,26 ^c	-0,38 ^c
CO	-0,23 ^c	-0,29 ^c	-0,24 ^c	-0,30 ^c	-0,38 ^c	-0,28 ^c	-0,20 ^c	-0,42^c
SP-F1	-0,19 ^c	-0,19 ^c	-0,32 ^c	-0,27 ^c	-0,34 ^c	-0,28 ^c	-0,24 ^c	-0,39^c
SP-F2	-0,17 ^b	-0,18 ^c	-0,21 ^c	-0,24 ^c	-0,34 ^c	-0,23 ^c	-0,21 ^c	-0,37^c
CL	-0,26 ^c	-0,33 ^c	-0,30 ^c	-0,31 ^c	-0,44 ^c	-0,41 ^c	-0,33 ^c	-0,48^c
PS-F1	-0,31 ^c	-0,35 ^c	-0,39 ^c	-0,43 ^c	-0,60 ^c	-0,57 ^c	-0,41 ^c	-0,74^c
PS-F2	-0,24 ^c	-0,40 ^c	-0,37 ^c	-0,35 ^c	-0,55 ^c	-0,54 ^c	-0,43 ^c	-0,68^c
PS-F3	-0,10	-0,19 ^c	-0,15 ^b	-0,10	-0,16 ^b	-0,21 ^c	-0,21 ^c	-0,23^c
PS-F4	-0,09	-0,15 ^b	-0,22 ^c	-0,12 ^a	-0,21 ^c	-0,20 ^c	-0,19 ^c	-0,30^c
PS-F5	-0,19 ^c	-0,21 ^c	-0,19 ^c	-0,13 ^a	-0,15 ^b	-0,23 ^c	-0,15 ^b	-0,24^c
PS-F6	-0,22 ^c	-0,23 ^c	-0,15 ^b	-0,27 ^c	-0,34^c	-0,28 ^c	-0,23 ^c	-0,33 ^c
PS-F7	-0,28 ^c	-0,33 ^c	-0,33 ^c	-0,27 ^c	-0,36 ^c	-0,43 ^c	-0,25 ^c	-0,48^c
CD-F1	-0,28 ^c	-0,35 ^c	-0,30 ^c	-0,34 ^c	-0,54 ^c	-0,66^c	-0,42 ^c	-0,62 ^c
CD-F2	-0,20 ^c	-0,33 ^c	-0,25 ^c	-0,22 ^c	-0,35 ^c	-0,41 ^c	-0,28 ^c	-0,45^c
CD-F3	-0,23 ^c	-0,25 ^c	-0,27 ^c	-0,33 ^c	-0,31 ^c	-0,31 ^c	-0,24 ^c	-0,36^c
CD-F4	-0,34 ^c	-0,32 ^c	-0,25 ^c	-0,26 ^c	-0,33 ^c	-0,26 ^c	-0,26 ^c	-0,36^c
CD-F5	-0,22 ^c	-0,31 ^c	-0,33 ^c	-0,28 ^c	-0,41 ^c	-0,39 ^c	-0,29 ^c	-0,52^c
CD-F6	-0,07	-0,18 ^b	-0,07	-0,03	-0,14 ^a	-0,17 ^b	-0,12 ^a	-0,23^c
CD-F7	-0,13 ^a	-0,13 ^a	-0,13 ^a	-0,09	-0,19 ^c	-0,19 ^c	-0,14 ^a	-0,25^c
CD-F8	-0,12 ^a	-0,18 ^b	-0,18 ^c	-0,07	-0,19 ^c	-0,26 ^c	-0,12 ^a	-0,28^c
CD-F9	-0,27 ^c	-0,34 ^c	-0,24 ^c	-0,26 ^c	-0,29 ^c	-0,35 ^c	-0,32 ^c	-0,40^c
AH-F1	-0,36 ^c	-0,47 ^c	-0,42 ^c	-0,39 ^c	-0,71 ^c	-0,64 ^c	-0,46 ^c	-0,80^c
AH-F2	-0,28 ^c	-0,38 ^c	-0,40 ^c	-0,40 ^c	-0,59 ^c	-0,57 ^c	-0,40 ^c	-0,73^c
AH-F3	-0,02	-0,11	-0,05	0,04	0,07	-0,02	-0,13^a	0,00
AH-F4	-0,21 ^c	-0,30 ^c	-0,22 ^c	-0,24 ^c	-0,37 ^c	-0,43 ^c	-0,34 ^c	-0,48^c
AH-F5	-0,09	-0,11	-0,07	-0,09	-0,08	-0,08	-0,10	-0,12^a
AH-F6	-0,06	-0,11	-0,09	-0,08	-0,13 ^a	-0,18 ^b	-0,06	-0,23^c
AH-F7	-0,16 ^b	-0,20 ^c	-0,14 ^a	-0,17 ^b	-0,39 ^c	-0,34 ^c	-0,24 ^c	-0,43^c
AH-F8	-0,02	-0,09	-0,04	-0,01	0,01	-0,08	-0,10	-0,06
PF-F1	-0,18 ^b	-0,19 ^c	-0,16 ^b	-0,23 ^c	-0,27 ^c	-0,27 ^c	-0,19 ^c	-0,37^c
PF-F2	-0,18 ^c	-0,28 ^c	-0,22 ^c	-0,27 ^c	-0,37^c	-0,29 ^c	-0,25 ^c	-0,32 ^c
PF-F3	-0,35 ^c	-0,38 ^c	-0,42 ^c	-0,37 ^c	-0,51 ^c	-0,38 ^c	-0,34 ^c	-0,53^c
PF-F4	-0,26 ^c	-0,31 ^c	-0,32 ^c	-0,35 ^c	-0,55^c	-0,44 ^c	-0,35 ^c	-0,53 ^c
PF-F5	-0,28 ^c	-0,31 ^c	-0,29 ^c	-0,21 ^c	-0,39^c	-0,37 ^c	-0,29 ^c	-0,39^c
PF-F6	-0,38 ^c	-0,40 ^c	-0,55 ^c	-0,46 ^c	-0,54 ^c	-0,45 ^c	-0,31 ^c	-0,60^c
FC-F1	-0,28 ^c	-0,41 ^c	-0,27 ^c	-0,40 ^c	-0,56 ^c	-0,52 ^c	-0,41 ^c	-0,64^c
FC-F2	-0,18 ^c	-0,32 ^c	-0,18 ^c	-0,35 ^c	-0,45 ^c	-0,53 ^c	-0,34 ^c	-0,56^c

Nota: ^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,001$; valores em **negrito** correspondem ao maior coeficiente de correlação encontrado entre a BAEM e os escores da SCL-90-R AT, atenção; FE, funções executivas; MM, memória; CO, consciência e orientação; SP-F1, alterações sensoriais; SP-F2, experiências de desconexão; CL, comunicação e linguagem; PS-F1, conteúdo depressivo com autoextermínio; PS-F2, fluxo acelerado e conteúdo ansioso; PS-F3, conteúdo mágico; PS-F4, conteúdo agressivo; PS-F5, produção ilógica; PS-F6, fluxo lentificado; PS-F7, conteúdo paranoide; CD-F1, evitação social; CD-F2, comportamento impulsivo; CD-F3, abuso de substâncias; CD-F4, bradicinesia; CD-F5, acatisia; CD-F6, comportamento sádico; CD-F7, comportamento imoral; CD-F8, comportamento imprudente; CD-F9, comportamento compulsivo; AH-F1, afeto negativo; AH-F2, instabilidade emocional; AH-F3, euforia; AH-F4, intensidade emocional; AH-F5, afeto masoquista; AH-F6, afeto sádico; AH-F7, constrição emocional; AH-F8, sentimentos de grandeza; PF-F1, apetite diminuído; PF-F2, apetite aumentado; PF-F3, ciclo sono-vigília – hiposonolência; PF-F4, ciclo sono-vigília – hipersonolência; PF-F5, sexualidade; PF-F6, problemas somáticos; FC-F1, autonomia e independência; FC-F2, prejuízo psicossocial; CF, capacidade funcional; AF, aspectos físicos; EGS, estado geral de saúde; Vit, vitalidade; AS, aspectos sociais; AE, aspectos emocionais; SM, saúde mental.

Evidências de Validade Concorrente (Hipótese 3)

Testes *t* de Welch para amostras independentes foram utilizados com o objetivo de investigar as diferenças das médias dos escores da BAEM entre os grupos de participantes que autorrelataram ter algum diagnóstico relacionado à saúde mental e aqueles que não relataram ter. Foram realizados testes unicaudais, testando a expectativa de que pessoas sem diagnósticos de transtornos mentais apresentariam valores médios nas escalas da BAEM menores do que as pessoas com diagnóstico. A Tabela 7 apresenta os resultados encontrados. Os resultados demonstraram que pessoas com diagnóstico relacionado à saúde mental tiveram escores maiores em todas as escalas da BAEM do que as pessoas sem diagnóstico, e as diferenças nas médias foram estatisticamente significativas. Entretanto, nas escalas de atenção, de memória, de consciência e orientação, de sensopercepção e de comunicação e linguagem, os tamanhos de efeito das diferenças foi abaixo de 0,50, sendo classificados por Cohen (1988) como de baixa magnitude.

Tabela 7. *Comparação das Médias dos Escores da BAEM Entre Grupo de Pessoas Com e Sem Diagnóstico de Transtorno Mental*

BAEM	Não possui diagnóstico (<i>n</i> = 351)		Possui diagnóstico (<i>n</i> = 296)		Diferenças	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>	Hedges' <i>g</i>
Atenção (AT)	1,95	1,00	2,41	0,96	< 0,001	0,47
Funções executivas (FE)	1,86	0,89	2,39	0,81	< 0,001	0,61
Memória (MM)	1,04	0,73	1,31	0,76	< 0,001	0,36
Consciência e Orientação (CO)	0,54	0,57	0,77	0,76	< 0,001	0,35
Sensopercepção (SP)	0,45	0,60	0,75	0,81	< 0,001	0,42
Comunicação e Linguagem (CL)	0,85	0,78	1,20	0,93	< 0,001	0,41
Pensamento (PS)	0,99	0,70	1,46	0,72	< 0,001	0,67
Conduta (CD)	0,73	0,58	1,12	0,63	< 0,001	0,65
Afeto e Humor (AH)	0,88	0,60	1,27	0,60	< 0,001	0,64
Psicofisiologia (PF)	1,49	0,79	1,93	0,72	< 0,001	0,59
Funcionalidade (FC)	1,33	1,03	2,02	1,05	< 0,001	0,66

Nota: *g* de Hedges com tamanho de efeito médio considerando os limites inferiores do intervalo de confiança de 95% são apresentados em **negrito**.

Análises de variância de uma via (ANOVA-*One Way*) foram realizadas com o objetivo de avaliar as diferenças entre os escores médios da BAEM entre pessoas que estavam fazendo, já fizeram ou nunca fizeram tratamento psicológico ou psiquiátrico. A Tabela 8 apresenta os resultados obtidos. Os resultados indicaram diferenças significativas entre os escores dos grupos com relação a maioria das escalas considerando o critério de tratamento psicológico. As escalas de memória e de consciência e orientação não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quando observado esse critério ($p > 0,05$). Cabe destacar que os tamanhos de efeito encontrados foram, em sua maioria, entre 0,01 e 0,10, sendo classificados como efeitos pequenos ou médios (Cohen, 1988). Os resultados mostraram que as diferenças foram basicamente entre as pessoas que reportaram nunca terem feito tratamento psicológico em relação às que estão fazendo. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias de oito escalas da BAEM entre os grupos de pessoas que reportaram nunca terem feito tratamento psicológico e aquelas que reportaram que já fizeram no passado. Na condição de tratamento psiquiátrico, é possível observar que todas as médias das escalas da BAEM apresentam diferenças estatisticamente significativas quando comparadas entre os grupos.

Tabela 8. Análise de Variância Entre Grupos de Participantes que Nunca Fizeram, Já

Fizeram e Estão Fazendo Tratamento Psicológico ou Psiquiátrico (n = 647)

BAEM	Tratamento psicológico						Diferenças	
	Não, nunca fiz (n = 184)		Não, mas já fiz (n = 260)		Sim, estou fazendo (n = 203)			
	M	DP	M	DP	M	DP	p	η^2
Atenção (AT)	1,77 ^{a,b}	0,94	2,28 ^a	0,97	2,35 ^b	1,01	< 0,001	0,06
Funções Executivas (FE)	1,83 ^{a,b}	0,86	2,21 ^a	0,89	2,21 ^b	0,87	< 0,001	0,04
Memória (MM)	1,07	0,74	1,20	0,76	1,21	0,77	0,122	0,01
Consciência e Orientação (CO)	0,56	0,55	0,70	0,72	0,65	0,70	0,077	0,01
Sensopercepção (SP)	0,45 ^a	0,59	0,67 ^a	0,80	0,61	0,70	0,005	0,02
Comunicação e Linguagem (CL)	0,87 ^b	0,79	1,04	0,88	1,09 ^b	0,90	0,033	0,01
Pensamento (PS)	1,02 ^{a,b}	0,69	1,29 ^a	0,79	1,26 ^b	0,70	< 0,001	0,03
Conduta (CD)	0,75 ^{a,b}	0,57	0,96 ^a	0,66	0,98 ^b	0,63	< 0,001	0,02
Afeto e Humor (AH)	0,91 ^{a,b}	0,59	1,11 ^a	0,65	1,13 ^b	0,62	< 0,001	0,02
Psicofisiologia (PF)	1,49 ^{a,b}	0,78	1,77 ^a	0,80	1,77 ^b	0,77	< 0,001	0,03
Funcionalidade (FC)	1,29 ^{a,b}	0,98	1,73 ^a	1,11	1,87 ^b	1,10	< 0,001	0,05

BAEM	Tratamento psiquiátrico						Diferenças	
	Não, nunca fiz (n = 342)		Não, mas já fiz (n = 143)		Sim, estou fazendo (n = 162)			
	M	DP	M	DP	M	DP	p	η^2
Atenção (AT)	1,94 ^{a,b}	0,99	2,37 ^a	0,98	2,43 ^b	0,95	< 0,001	0,05
Funções Executivas (FE)	1,89 ^{a,b}	0,87	2,24 ^a	0,88	2,44 ^b	0,82	< 0,001	0,07
Memória (MM)	1,03 ^{a,b}	0,71	1,21 ^a	0,75	1,39 ^b	0,80	< 0,001	0,04
Consciência e Orientação (CO)	0,54 ^{a,b}	0,59	0,79 ^a	0,74	0,75 ^b	0,74	< 0,001	0,03
Sensopercepção (SP)	0,47 ^{a,b}	0,63	0,73 ^a	0,82	0,70 ^b	0,76	< 0,001	0,03
Comunicação e Linguagem (CL)	0,88 ^{a,b}	0,79	1,11 ^a	0,93	1,19 ^b	0,93	< 0,001	0,03
Pensamento (PS)	1,02 ^{a,b}	0,71	1,38 ^a	0,74	1,46 ^b	0,71	< 0,001	0,08
Conduta (CD)	0,74 ^{a,b}	0,58	1,02 ^a	0,64	1,15 ^b	0,63	< 0,001	0,08
Afeto e Humor (AH)	0,91 ^{a,b}	0,61	1,16 ^a	0,62	1,28 ^b	0,58	< 0,001	0,07
Psicofisiologia (PF)	1,47 ^{a,b}	0,79	1,88 ^a	0,76	1,98 ^b	0,68	< 0,001	0,09
Funcionalidade (FC)	1,34 ^{a,b}	1,01	1,87 ^a	1,06	2,11 ^b	1,09	< 0,001	0,10

Nota: M, média; DP, desvio padrão; η^2 , eta ao quadrado; letras iguais indicam diferença estatisticamente significativa entre as médias pelo teste *post-hoc*.

Discussão

O objetivo deste estudo foi investigar evidências de validade e de consistência interna para uma bateria desenvolvida para a avaliação de diferentes domínios do estado mental em adultos de 18 a 59 anos. Nesta pesquisa foi possível identificar evidências de validade relacionadas ao conteúdo, à estrutura interna e a medidas externas. A construção da BAEM seguiu as orientações de Pasquali (1999) e, como foi anteriormente reportado, 97,84% dos itens apresentaram CVCs adequados em termos clareza da linguagem, pertinência em relação ao construto e relevância para o instrumento ($CVC \geq 0,70$, conforme Cassepp-Borges et al., 2010). Segundo Lawshe (1975), quando mais da metade dos juízes avaliadores considera um item como importante, ele teria indícios de validade de conteúdo. Quando consideradas as escalas como um todo, os CVCs foram maiores que 0,86, sugerindo adequadas evidências de validade de conteúdo para as escalas. Assim, partindo da premissa de que as evidências de validade de conteúdo são obtidas quando a amostra de comportamentos selecionada é representativa do construto que se deseja avaliar (Pacico & Hutz, 2015), entende-se que as escalas da BAEM conseguem abranger adequadamente os construtos pretendidos.

Validade Fatorial das Escalas da BAEM e a Psicopatologia Dimensional

A estrutura fatorial foi analisada a partir da interpretabilidade teórica dos fatores. O EEM é uma técnica desenvolvida para rastrear uma ampla variedade de construtos, os quais incluem diversos aspectos psicológicos cognitivos, afetivos e comportamentais (Rocha et al., 2019). Todas as escalas da BAEM foram construídas visando a multidimensionalidade, apesar disso, cinco das 11 escalas se constituíram como unidimensionais, a saber: atenção, memória, funções executivas, consciência e orientação, e comunicação e linguagem. A unidimensionalidade dessas escalas pode ter ocorrido por duas razões: 1) os construtos são

realmente unidimensionais e explicam de forma suficiente as diferentes nuances dos construtos; ou 2) a amostra comunitária (i.e., não clínica) pode ter limitado a observação de diferentes padrões de mal funcionamento nesses construtos, mantendo pouca variabilidade entre as nuances específicas. Estudos com amostras clínicas podem auxiliar nesse entendimento. Por exemplo, no estudo de Oliveira et al. (2021b), a faceta tendência à depressão do modelo alternativo dos transtornos da personalidade apresentado na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; *American Psychiatric Association*, 2013), apresentou uma estrutura unifatorial para a amostra comunitária e uma tendência a bifatorial para a amostra clínica, sendo um fator relacionado a risco de suicídio e o outro a autodepreciação. Assim, enquanto que em amostras comunitárias há uma tendência generalizada a baixas pontuações, em amostras clínicas parecem haver padrões de pontuações para aspectos específicos dos construtos. É possível, por exemplo, formular uma hipótese de que pacientes com sintomas maníacos tendem a endossar os itens de hiperprosexia da escala de atenção e que pacientes com sintomas depressivos tendem a endossar os itens de hipoprosexia.

Modelos dimensionais de psicopatologia se fundamentam na perspectiva quantitativa para classificação dos transtornos mentais. A BAEM se baseia nessa abordagem, a qual está alinhada ao modelo *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP; Kotov et al., 2017). O modelo HiTOP organiza os sintomas em um sistema hierárquico de acordo com evidências empíricas de estudos de modelagem estrutural, sendo útil na prática clínica e orientando a avaliação e a intervenção clínica (Kotov et al., 2017; Ruggero et al., 2019). A BAEM se propõe a auxiliar na avaliação da quantidade e da intensidade com que as alterações psicopatológicas se apresentam, focando nos comportamentos mal adaptativos, que são representados em um *continuum* com variados graus de severidade (Tabb, 2017). A multidimensionalidade permite, a partir das nuances apresentadas, descrever o funcionamento da pessoa a partir de diferentes arranjos, traçando um perfil em termos de alterações

psicopatológicas. Tal desenho agrega a uma perspectiva de intervenção individualizada permitindo considerar a singularidade do quadro do paciente (Feczko et al., 2019; Kotov et al., 2018; Sales & Alves, 2012).

As dimensões contidas na BAEM são consideradas transdiagnósticas, visto que as alterações em quaisquer fatores podem sugerir diferentes quadros psicopatológicos. Por exemplo, a BAEM apresenta os fatores afetos negativos e pensamentos de conteúdo depressivo com autoextermínio que são sintomas comuns de quadros depressivos, bipolares, do espectro da esquizofrenia, entre outros (*American Psychiatric Association*, 2013). Ainda, numa perspectiva dimensional, como no modelo HiTOP, esses fatores, juntamente com os fatores de fluxo acelerado e pensamentos ansiosos, estão presentes no espectro internalizante (*American Psychiatric Association*, 2013; Kotov et al., 2017; Van Zalk, 2020). Por outro lado, os fatores ideias paranoides, alterações sensoriais e pensamento com conteúdo mágico são mais característicos do espectro de transtornos do pensamento (*American Psychiatric Association*, 2013; Cicero et al., 2022; Kotov et al., 2017). Com isso, observa-se que a BAEM pode auxiliar no diagnóstico a partir de abordagens categóricas e dimensionais.

Os resultados obtidos a partir das medidas de consistência interna pelos métodos do alfa de Cronbach e do ômega de McDonald, em sua grande maioria, foram satisfatórios. Cabe destacar o fator afeto masoquista. Tal fator é composto por quatro itens e faz parte da escala de afeto e humor. O coeficiente alfa de Cronbach obtido foi de 0,66 para o referido conjunto de itens. Sabe-se que o alfa de Cronbach é impactado pelo número de itens e que um número pequeno por domínio pode diminuir os valores desse coeficiente (Sijtsma, 2009). Tendo em vista tal consideração, o coeficiente ômega de McDonald é uma alternativa confiável, pois considera as cargas fatoriais, o que torna os cálculos mais estáveis, com nível de consistência interna maior e de forma independente do número de itens do instrumento (Silva, 2019). O coeficiente ômega de McDonald encontrado foi de 0,70, indicando adequada consistência para

a escala. Assim, observa-se que os fatores da BAEM, além de apresentarem uma estrutura teoricamente consistente, também apresentam adequadas evidências de fidedignidade.

A Relação entre Dimensões do Estado Mental e Sintomas de Transtornos Mentais

(Hipótese 1)

As duas medidas de saúde mental utilizadas para buscar evidências de validade foram a DASS-21 e a SCL-90-R. Tais escalas são correlatas à BAEM, visto que avaliam alterações comportamentais, afetivas e cognitivas devido à quadros psicopatológicos. As correlações indicaram relações estatisticamente significativas e positivas entre os instrumentos, demonstrando que alterações nos domínios do estado mental estão associadas a sintomas de diferentes quadros psicopatológicos. Conforme já mencionado, a BAEM apresenta características transdiagnósticas. Dessa forma, é possível identificar sinais e sintomas transversais a diversos transtornos mentais. A ansiedade, a depressão e o estresse são distúrbios internalizantes que podem se apresentar de forma comorbida (Avendaño-Prieto et al., 2018; Fernandes et al., 2020; Kotov et al., 2017), além disso, apresentam de forma geral características como alterações cognitivas, alterações no humor e alterações comportamentais (Ferreira et al., 2018; Paulo & Yassuda, 2010; Shwabe et al., 2022; Souza & Moreira, 2018). Os fatores presentes na BAEM permitem rastrear os principais domínios alterados em tais quadros e indicar quais aspectos se apresentam mais disfuncionais.

Além disso, as nove dimensões primárias de sintomas da SCL-90-R (Laloni, 2001) também se apresentaram relacionadas aos fatores da BAEM. Tais dimensões incluem sintomas do espectro somatoforme, do espectro de desordens do pensamento, do espectro antagonista externalizante, do espectro desinibição externalizante e do espectro distanciamento, conforme paralelo com o modelo HiTOP (Kotov et al., 2017). Com isso, demonstra-se que a BAEM

contribui para o rastreamento e a construção do perfil sintomatológico conforme modelos dimensionais de psicopatologia.

Distúrbios nas Dimensões do Estado Mental e Percepção de Baixa Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (Hipótese 2)

Conforme esperadas, as correlações com os escores do SF-36 foram estatisticamente significativas e negativas. Os dados mostraram que 32 dos 39 fatores da BAEM apresentaram correlação negativa com a dimensão saúde mental do SF-36. Tais achados corroboram com estudos que avaliaram sinais e sintomas psicopatológicos e qualidade de vida (Aharon et al., 2021; Carlsson et al., 2005; Fiocco et al., 2021; Gato et al., 2018; Martinelli et al., 2021). A qualidade de vida abrange a saúde física, o estado psicológico, as relações sociais e crenças pessoais (*World Health Organization*, 1998). Nesse cenário, os sinais e sintomas psicopatológicos são características que causam prejuízo, em algum nível, aos indivíduos, dificultando o funcionamento necessário nas atividades da vida e limitando uma percepção de qualidade de vida.

A qualidade de vida relacionada à saúde, apesar de ser um construto de difícil definição (Karimi & Brazier, 2016), se refere ao nível de interferência do estado de saúde sobre a qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, o presente estudo contribui no entendimento de que distúrbios nas diferentes dimensões do estado mental estão associados a problemas de saúde mental e à percepção de qualidade de vida. A literatura é vasta acerca dessa temática e vem mostrando que alterações no sono (Reimer & Flemons, 2003), alimentares (van Hoeken & Hoek, 2020) e no humor (Pascual-Sánchez et al., 2019; Sivertsen et al., 2015) estão associadas a piores níveis de qualidade de vida. O presente estudo endossa esses resultados e indica evidências de validade para os escores da BAEM.

O Uso de Serviços de Saúde Mental e as Alterações do Estado Mental (Hipótese 3)

Conforme esperado, este estudo somou evidências de que pessoas que possuem indicadores de problemas de saúde mental apresentam mais alterações nas dimensões do estado mental. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de pessoas que reportaram ter um diagnóstico de transtorno mental e o grupo de pessoas que negaram ter esse critério. Tal resultado foi esperado, visto que, os itens da BAEM se constituem de sinais e sintomas psicopatológicos que compõe dimensões presentes em grupos de critérios necessários para o diagnóstico clínico a partir do DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013). A elevação dos escores no grupo de participantes com diagnóstico mostra a capacidade da bateria em discriminar esses distúrbios no funcionamento mental.

Foram também analisadas as diferenças entre pessoas que nunca fizeram, estão fazendo ou já fizeram algum tipo de tratamento psicológico ou psiquiátrico. Em relação ao tratamento psicológico, a maioria das escalas apresentou diferença quando comparados os grupos que nunca fizeram e os que fazem ou fizeram algum tratamento, enquanto que o tratamento psiquiátrico, todas as escalas mostraram diferenças. Conforme trazido por Martins (2009), diversos são os fatores que influenciam a tomada de decisão por busca de ajuda, o sofrimento psicológico elevado é um deles. Os achados do presente estudo confirmam que pessoas que possuem maiores níveis de sinais e sintomas psicopatológicos procuram mais por tratamento profissional, seja psicológico ou psiquiátrico.

Limitações e Estudos Futuros

Este é um estudo inicial das primeiras propriedades psicométricas da BAEM. A amostra não-probabilística não se mostrou representativa do Brasil. A maioria dos participantes foram mulheres (81,80%), brancas (54,58%) e residentes na região Centro-Oeste (46,02%). Além disso, a participação das regiões norte (5,04%) e nordeste (5,65%) foi pouco expressiva, sendo

necessários mais estudos para compreender o nível de generalização desses resultados. Ainda, o estudo foi realizado sem a inclusão de grupos clínicos conhecidos e as medidas critério foram estabelecidas por meio de autorrelato sem possibilidade de aferição de confiabilidade. Assim, novas pesquisas incluindo grupos clínicos, com diagnósticos passíveis de aferição de confiabilidade são recomendados para se conhecer melhor a estrutura das escalas da BAEM, bem como para se examinar novas evidências de validade baseadas em grupos critério. Outra limitação do presente estudo se refere ao uso de uma abordagem monométrodo, uma vez que todas as medidas utilizadas foram de autorrelato. Pesquisas multitraço e multimétodo permitem conhecer melhor os alcances e limites das interpretações dos escores da BAEM considerando os vieses do método de coleta e do tipo de respondente.

Considerações Finais

A BAEM se apresenta como uma promissora fonte de informação clínica, visto que os resultados apontaram a presença de boas propriedades psicométricas às escalas. Apesar disso, recomenda-se a realização de novos estudos com amostras maiores e com maior diversidade nas características sociodemográficas e de saúde mental. No presente estudo foi possível verificar que a BAEM apresenta adequada validade fatorial, embora novos estudos possam elucidar a adequação dos fatores aqui observados. Ainda, foram observadas evidências de validade convergente, visto que a BAEM apresentou relação significativa com construtos teoricamente relacionados (*American Educational Research Association et al., 2014; Pasquali, 2003*). Também foram observadas evidências de validade de critério concorrente, uma vez que os resultados sugeriram sensibilidade na identificação das diferenças entre grupos clínicos e não clínicos (*Pasquali, 2001*).

Referências

- Aharon, A. A., Dubovi, I., & Ruban, A. (2021). Differences in mental health and health-related quality of life between the Israeli and Italian population during a COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research, 30*(6), 1675-1684. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02746-5>
- American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Appel, C. W., Frederiksen, K., Hjalgrim, H., Dyregrov, A., Dalton, S. O., Dencker, A., Høybye, M. T., Dige, J., Bøge, P., Mikkelsen, O. A., Johansen, C., & Bidstrup, P. E. (2019). Depressive symptoms and mental health-related quality of life in adolescence and young adulthood after early parental death. *Scandinavian journal of public health, 47*(7), 782-792. <https://doi.org/10.1177/140349481880637>.
- Arslan, R. C., Walther, M. P., & Tata, C. S. (2020). formr: A study framework allowing for automated feedback generation and complex longitudinal experience-sampling studies using R. *Behavior Research Methods, 52*(1), 376-387. <https://doi.org/10.3758/s13428-019-01236-y>.
- Avendaño-Prieto, B. L., Toro-Tobar, R. A., Vargas-Espinosa, N. M., & Villalba-Garzón, J. (2018). Transdiagnostic evaluation protocol for stress, anxiety and depression: an analysis with Colombian victims. *Trends in Psychology, 26*, 2119-2132. <https://doi.org/10.9788/TP2018.4-15Pt>
- Bell, R., & Hall, R. C. (1977). The mental status examination. *Am Fam Physician, 16*(5), 145-52.

- Berner, C., Erlacher, L., Fenzl, K. H., & Dorner, T. E. (2018). A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12955-018-1064-y>
- Bolsoni, L. M., & Zuardi, A. W. (2015). Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64, 63-69.
<https://doi.org/10.1590/0047-20850000000058>
- Borine, R., Wanderley, K., & Bassitt, D. (2015). Relação entre qualidade de vida e o estresse em acadêmicos da área da saúde. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 6 (1), 100-118. <https://doi:10.5433/2236-6407.2015v6n1p100>.
- Cano, D. S., & Sampaio, I. T. A. (2007). O método de observação na psicologia: considerações sobre a produção científica. *Interação em Psicologia*, 11(2).
<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v11i2.6849>
- Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2005) A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(10), 651-657.
<http://dx.doi.org/10,1097/01.nmd.0000180739.79884.10>
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali, *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Artmed.
- Choi, K. W., Kim, Y. K., & Jeon, H. J. (2020). Comorbid anxiety and depression: clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment. *Anxiety Disorders*, 219-235.
http://dx.doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_14

- Choudhary, S., & Thapa, K. (2017). Mental status examination of borderline personality disorder. *Journal of Psychology and Clinocal. Psychiatry*, 8(2), 1-6.
<http://dx.doi.org/10.15406/jpcpy.2017.08.00476>
- Cicero, D. C., Jonas, K. G., Chmielewski, M., Martin, E. A., Docherty, A. R., Berzon, J., Haltigan, J. D., Reininghaus, U., Caspi, A., Graziolplene, R. G., & Kotov, R. (2022). Development of the thought disorder measure for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology. *Assessment*, 29(1), 46-61.
<https://doi.org/10.1177/10731911211015355>
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev bras reumatol*, 39(3), 143-50.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2ª ed.)*. Lawrence Erlbaum Pub.
- Dalgalarondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais (3ª ed.)*. Artmed
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179-195. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228.
- Derogatis L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) Administration, scoring, and procedures manual*. National Computer Systems.
- Estrela, Y. C. A., Rezende, A. C. C., Guedes, A. F., Pereira, C. O., & Sousa, M. N. A. (2018). Estresse e correlatos com características de saúde e sociodemográficas de estudantes de medicina. *CES Medicina*, 32(3), 215-225. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.3.3>

- Eysenck, M. W., & Keane M. T. (2017). Aprendizagem, memória e esquecimento. In M. W. Eysenck & T. M. Keane, *Manual de psicologia cognitiva* (7 ed. pp. 207-259) Artmed.
- Faay, M. D., Van O, J., & Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators. (2020). Aggressive behavior, hostility, and associated care needs in patients with psychotic disorders: a 6-year follow-up study. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 1-12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00934>
- Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., Freitag, C. M., & De Brito, S. A. (2019). Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *5*(1), 1-25. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0095-y>.
- Farooq, R. (2022). Heywood cases: possible causes and solutions. *International Journal of Data Analysis Techniques and Strategies*, *14*(1), 79-88.
<https://doi.org/10.1504/IJDATS.2022.10045654>
- Feczko, E., Miranda-Dominguez, O., Marr, M., Graham, A. M., Nigg, J. T., & Fair, D. A. (2019). The heterogeneity problem: approaches to identify psychiatric subtypes. *Trends in cognitive sciences*, *23*(7), 584-601. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.03.009>
- Fernandes, M., Galhardo, A., & Massano-Cardoso, I. (2020). O papel de processos relacionados com a regulação emocional e da vergonha associada à doença crónica nos sintomas de depressão, ansiedade e stress de pessoas com doença celíaca. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, *6*(1), 1–18.
<https://doi.org/10.31211/rpics.2020.6.1.162>
- Ferreira, J. P., Fernandes, J. R., Barbosa, R. D. M., Silva-Filho, J., & Barbosa, L. F. (2019). Alterações de memória e funções executivas em pacientes com depressão. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *20*(1). <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200109>
- Fiocco, A.J., Gryspeerdt, C., & Franco, G. (2021). Stress and Adjustment during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study on the Lived Experience of Canadian Older Adults.

- International Journal of Environmental Research Public Health*, 18, 1-52.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182412922>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Foreman, M. D. (1987). Reliability and validity of mental status questionnaires in elderly hospitalized patients. *Nursing Research*, 36(4), 216–220. <https://doi.org/10.1097/00006199-198707000-00004>
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry*, 18(2), 192–207.
<http://dx.doi.org/10.1002/wps.20631>
- Gato, J. M., Zenevicz, L. T., Faganello Madureira, V. S., Gaffuri da Silva, T., Sedrez Celich, K. L., Silva de Souza, S., & Furlan de Léo, M. M. (2018). Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. *Avances en Enfermería*, 36(3), 302-310.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68498>
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Allyn & Bacon.
- Grossman, M., & Irwin, D. J. (2016). The mental status examination in patients with suspected dementia. *Continuum (Minneap Minn)*, 22(2), 385-403.
<http://dx.doi.org/10.1212/con.0000000000000298>
- Han, J. H., & Wilber, S. T. (2013). Altered mental status in older patients in the emergency department. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(1), 101-136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2012.09.005>
- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contributions to statistical analysis*. Booksurge Publishing

- Holmes, S. E., Scheinost, D., Finnema, S. J., Naganawa, M., Davis, M. T., DellaGioia, N., Nabulsi, N., Matuskey, D., Angarita, G. A., Pietrizak, R. H., Duman, R. S., Sanacora, G., Krystal, J. H., Carson, R. E., & Esterlis, I. (2019). Lower synaptic density is associated with depression severity and network alterations. *Nature communications*, *10*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41467-019-09562-7>
- Hutcheson, G. D. & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models*. Sage Publications.
- Hystad, S. W., & Johnsen, B. H. (2020). The dimensionality of the 12-item general health questionnaire (GHQ-12): Comparisons of factor structures and invariance across samples and time. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1300. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01300>
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*, *34*(7), 645–649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Klein, L. E., Roca, R. P., McArthur, J., Vogelsang, G., Klein, G. B., Kirby, S. M., & Folstein, M. (1985). Univariate and multivariate analyses of the mental status examination. *Journal of the American Geriatrics Society*, *33*(7), 483–488. doi:10.1111/j.1532-5415.1985.tb05460.x
- Kotov, R., Krueger, R. F., & Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*, *17*(1), 24. <https://doi.org/10.1002/wps.20478>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, E. S., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Wright, A. G. C. (2017). The Hierarchical Taxonomy of

- Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4),454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kraemer, H. C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *Journal of psychiatric research*, 38(1), 17-25. [https://doi:10.1016/s0022-3956\(03\)00097-9](https://doi:10.1016/s0022-3956(03)00097-9)
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. D. M. P., & Kaszniak, A. W. (2006). Transtorno de estresse pós-traumático e funções cognitivas. *Psico-USF*, 11(1), 17-23. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712006000100003>
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R SCL-90-R: adaptação, precisão e validade*. [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da PUC Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/15720#:~:text=SCL%2D90%2DR%20%C3%A9%20uma,Itens%20aos%20quais%20o%20respondente>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553–560. doi:10.1080/17439760.2015.1015156
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychological*, 38(4), 563-575.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (2004). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (4nd.). Psychology Foundation
- Lugo, V., Oliveira, S. E. S., Hessel, C. R., Monteiro, R. T., Pasche, N. L., Pavan, G., Motta, S., Pacheco, M. A., & Spanemberg, L. (2019). Evaluation of DSM-5 and ICD-11 personality traits using the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in a Brazilian

- sample of psychiatric inpatients. *Personality and mental health*, 13(1), 24–39.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1436>
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 65-74.
<https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>
- Marin, M. F., Hammoud, M. Z., Klumpp, H., Simon, N. M., & Milad, M. R. (2020). Multimodal categorical and dimensional approaches to understanding threat conditioning and its extinction in individuals with anxiety disorders. *JAMA psychiatry*, 77(6), 618-627. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4833>.
- Martin, D. C. (1990). The mental status examination. In H. K. Wlaker, M. D. Hall, & J. W. Hurst (Ed.), *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations* (3rd ed., pp. 924-929). Butterworths.
- Martinelli, V., Cappa, A., Zugnoni, M., Cappello, S., Masi, S., Klersy, C., Pellegrino, E., Muggia C., Cavallotto, C., Politi, P., Bruno, F., Mineo, N., Peri, A., Lobascio, F., Chiappedi, M., Dakanalis, A., Pietrabissa, A., & Caccialanza, R. (2021). Quality of life and psychopathology in candidates to bariatric surgery: relationship with BMI class. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(2), 703-707. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00881-z>
- Martins, A. I. S. (2009). *Preciso de ajuda, mas...: factores individuais e sociais que influenciam a intenção comportamental de procurar ajuda psicológica*. [Dissertação de Mestrado Universidade de Lisboa]. Repositório Universidade de Lisboa.
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/852>
- Martoni, A. T., Trevisan, B. T., Dias, N.M., & Seabra, A. G. (2016). Funções executivas: relação entre relatos de pais, de professores e desempenho de crianças. *Temas em Psicologia*, 24(1), 173-188. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-12>

- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Humphreys, K. L., Belsky, J., & Ellis, B. J. (2021). The Value of dimensional models of early experience: thinking clearly about concepts and categories. *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 1463-1472.
<https://doi.org/10.1177/1745691621992346>
- Mendez, M. F. (2021). *The Mental Status Examination Handbook*. Elsevier
- Montiel, J. M., Bartholomeu, D., Machado, A. A., & Pessotto, F. (2014). Caracterização dos sintomas de ansiedade em pacientes com transtorno de pânico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 34(86), 171-185.
- Moreira, N. L. D., Simonini, A. C. L., Pereira, A. L. P., Felipe, D. E. S., & Silva, R. S. (2022). Estabilidade de sintomas do transtorno de personalidade borderline e fatores associados. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 6(1), 24-30.
- Mungas, D. (1991). In-office mental status testing: a practical guide. *Geriatrics*, 46(7), 54-67.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*, 40, 91-110.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Norris, D. R., Clark, M. S., & Shipley, S. (2016) The Mental Status Examination. *Am Fam Physician*, 94(8):635-641.
- Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Primi, R., & Krueger, R. F. (2021b). psychometric properties of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) in Brazilian Samples. *Psico-USF*, 26(spe), 109-124. <https://doi.org/10.1590/1413-8271202126nesp11>

- Oliveira, S., Corrêa, F., Fonseca, W., Zanini, D., Esteves, G., Melo, G., Pereira, S., Nascimento, T., & Faiad, C. (2021a). Theoretical-Conceptual articulation between the hitop model and positive psychology constructs. *Psicologia. Saúde & Doenças*, 22(1), 252-269. <https://doi.org/10.15309/21psd220122>
- Oltmanns, T. F., & Powers, A. D. (2012). Knowing our pathology. In S. Vazire & T. D. Wilson (Eds.), *Handbook of self-knowledge* (pp. 258–273). The Guilford Press.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Edusp.
- Osório, C. M. S. (2016). O exame do estado mental e suas transformações. In C. S. Hutz, S. R. Bandeira, C. M., Trentini & J. S. Krug (Orgs), *Psicodiagnóstico* (pp. 99-125). Artmed
- Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2015). Validade. In C. S. Hutz, S. R. Bandeira & C. M., Trentini (Orgs), *Psicometria* (pp. 71-84). Artmed
- Pascual-Sanchez, A., Jenaro, C., & Montes-Rodríguez, J. M. (2019). Quality of life in euthymic bipolar patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 255(1), 105-115. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.032>
- Pasquali, L. (2010). Escalas Psicométricas. In L. Pasquali, *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 116-135). Artmed.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. LabPAM.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Editora Vozes.
- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico – TEP*. Casa do Psicólogo.
- Paulo, D. L. V., & Yassuda, M. S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Archives of*

Clinical Psychiatry (São Paulo), 37, 23-26. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100005>

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>

Reed, B. R., Jagust, W. J., & Seab, J. P. (1989). Mental status as a predictor of daily function in progressive dementia. *The Gerontologist*, 29(6), 804-807.

Reimer, M. A., & Flemons, W. W. (2003). Quality of life in sleep disorders. *Sleep medicine reviews*, 7(4), 335-349. <https://doi.org/10.1053/smrv.2001.0220>

Renn, B. N., & John, S. E. (2019). Mental Status Examination. In D. Segal (Editor), *Diagnostic Interviewing* (5a ed., pp. 77–102). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9127-3_4

Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica nº 02/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=512-resolucao-cnrm-02-17052006&Itemid=30192#:~:text=O%20Programa%20ter%C3%A1%20dura%C3%A7%C3%A3o%20de,%2D%20Cancerologia%2FC1%C3%ADnica%20ou%205.

Revelle, W. (2014). *Psych: Procedures for personality and psychological research*.

Recuperado de <http://cran.r-project.org/web/packages/psych/psych.pdf>

Rocha, H. R. R. P., Sousa, H. K. C., Alchieri, J. C., Sales, E. A., & Alencar, J. C. N. (2011). Estudos de adaptação do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III para avaliação de aspectos psicopatológicos da personalidade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 34-39. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000100007>

- Rocha Neto, H. G., Estellita-Lins, C. E., Lessa, J. L. M., & Cavalcanti, M. T. (2019). Mental state examination and its procedures—narrative review of Brazilian descriptive psychopathology. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 77.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00077>
- Rogers, P. (2022). Melhores práticas para sua análise fatorial exploratória: Tutorial no Factor. *Revista de Administração Contemporânea, 26*(6), 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2022210085.por>
- Romanelli, D., & Farrell, M. W. (2022). AVPU score. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A. E., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Bach, B., Cicero, D. C., Docherty, A., Simms, L. J., Bagby, R. M., Krueger, R. F., Callahan, J. L., Chmielewski, M., Conway, C. C., De Clercq, B., Dornbach-Bender, A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., . . . Zimmermann, J. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *Jornal de Consultoria e Psicologia Clínica, 87*(12), 1069-1084.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000452>
- Rueda, F. J. M. (2013). *Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção – BPA*. Vetor.
- Sales, C. M. D., & Alves, P. C. G. (2012). Individualized patient-progress systems: Why we need to move towards a personalized evaluation of psychological treatments. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne, 53*(2), 115–121.
<https://doi.org/10.1037/a0028053>
- Salles, J. F., & Rodrigues, J. C. (2014) Neuropsicologia da Linguagem. In D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo, & R. M. Cosena. (Orgs.) *Neuropsicologia: teoria e prática* (pp. 93-101). Artmed,
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus

- (COVID-19). *Estudos de Psicologia (campinas)*, 37, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Schwabe, L., Hermans, E. J., Joëls, M., & Roozendaal, B. (2022). Mechanisms of memory under stress. *Neuron* 110(9), 1450-1467. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2022.02.020>
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107-120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>
- Silva, M. C. L. (2019). *Validação e calibração da versão brasileira do domínio satisfação com a participação social do Patient-Reported Outcomes Measurement Information System-PROMIS®-(versão 1.0)*. [Tese de Doutorado Universidade Federal de Uberlândia - UFU]. Repositório UFU. <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24772/1/ValidaçãoCalibraçãoVersão.pdf>
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 40(5-6), 311-339. <https://doi.org/10.1159/000437299>
- Smith, K. B., & Warren, C. (2020). Physiology predicts ideology. Or does it? The current state of political psychophysiology research. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 34, 88-93. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2020.01.001>
- Snyderman, D., & Rovner, B. (2009). Mental Status Examination in Primary Care: A Review. *Am Fam Physician*. 80(8). 809-814.
- Soares, D. C. S., dos Santos, L. A., & Donadon, M. F. (2021). Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos, intervenções e tratamentos: uma revisão de literatura. *Revista Eixo*, 10(2), 15-24. <https://doi.org/10.19123/eixo.v10i2.834>
- Southward, M. W., Eberle, J. W., & Neacsiu, A. D. (2022). Multilevel associations of daily skill use and effectiveness with anxiety, depression, and stress in a transdiagnostic

- sample undergoing dialectical behavior therapy skills training. *Cognitive behaviour therapy*, 51(2), 114-129. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1907614>
- Souza, F. L. D. S., & Dunningham, W. A. (2016). Frequência de anedonia em pacientes com depressão assistidos no ambulatório de um hospital psiquiátrico de Salvador (Bahia). *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 20(2), 139-151.
- Souza, C., & Moreira, V. (2018). Tristeza, depressão e suicídio melancólico: A relação com o outro. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(2), 173-185.
- Spencer, R. J., Noyes, E. T., Bair, J. L., & Ransom, M. T. (2022). Systematic review of the psychometric properties of the Saint Louis University Mental Status (SLUMS) examination. *Clinical Gerontologist*, 45(3), 1-13.
<https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2032523>
- Strub, R. L., & Black, F. W. (2000). *The Mental Status Examination in Neurology*. F.A. Davis Company
- Suryavanshi, N., Kadam, A., Dhumal, G., Nimkar, S., Mave, V., Gupta, A., Cox, S. R., & Gupte, N. (2020). Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain and behavior*, 10(11), 1-12.
<https://doi.org/10.1002/brb3.1837>
- Tabb, K. (2019). Philosophy of psychiatry after diagnostic kinds. *Synthese*, 196(6), 2177-2195. <https://doi.org/10.1007/s11229-017-1659-6>
- Taylor, M. A. (2013). *The neuropsychiatric mental status examination*. Elsevier.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209–220.
<https://doi.org/10.1037/a0023353>
- Trompetter, H. R., De Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a

- resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research*, 41(3), 459-468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>
- Tyson, B., Erdodi, L., Ray, S., & Agarwal, P. (2022). Altered mental status in 71 deaths due to COVID-19. *International Journal of Neuroscience*, 132(6), 539-542.
<https://doi.org/10.1080/00207454.2020.1825422>
- van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
- Van Zalk, N. (2020). The development of internalizing behaviors in early adolescence: introduction to the special issue. *The Journal of Early Adolescence*, 40(9), 1281-1290.
<https://doi.org/10.1177/0272431620919174>
- Varas, G. V. V., & Borsa, J. C. (2020). Childbearing Motivation Questionnaire: Adaptação e evidências de validade para o Brasil. *Psico*, 51(4), e36089.
<https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.36089>
- Vignola, R. C. B. (2013). *Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil*. [Dissertação de Mestrado Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)]. Repositório UNIFESP.
<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/48328>
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Annals of Psychology*, 33(3), 755-782.
<https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 41(3), 321-327. <https://doi.org/10.1007/BF02293557>
- Voss, R., & Das, J. M. (2022). *Mental status examination*. StatPearls.

- Wang, Y., Liu, H., Zhang, C., Li, C., Xu, J. J., Duan, C. C., Chen, L., Wei-Liu, Z., Lin, Z., Zhang C., Zhang, H., Yu, J., Li, T., Dennis, C., Li, H., & Wu, Y. T. (2022). Antepartum sleep quality, mental status, and postpartum depressive symptoms: a mediation analysis. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04164-y>
- Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Med. Care*, 30(6): 473-83.
- Wendt, L. P., Wright, A. G. C., Pilkonis, P. A., Nolte, T., Fonagy, P., Montague, P. R., Benecke, C., Krieger, T., & Zimmermann, J. (2019). The latent structure of interpersonal problems: Validity of dimensional, categorical, and hybrid models. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(8), 823–839. <https://doi.org/10.1037/abn0000460>
- World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual*. World Health Organization.
- Widiger, T. A., & Gore, W. L. (2015). Dimensional versus Categorical Models of Psychopathology. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1–12. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp108>
- Wilber, S. T., & Ondrejka, J. E. (2016). Altered Mental Status and Delirium. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 34(3), 649–665. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2016.04.012>

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Avaliação Dimensional do Estado Mental: Proposição de uma Escala de Autorrelato**”, de responsabilidade de Dionne Rayssa Cardoso Correa, mestranda do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é construir e coletar evidências de validade para uma bateria para avaliação dimensional de sinais e sintomas psicopatológicos. Assim, gostaríamos de consultá-lo(a) sobre **seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa**.

Antes de você decidir aceitar participar dessa pesquisa, é importante que você leia com atenção as informações abaixo.

Você poderá obter esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa (início, durante e após a finalização) por meio do e-mail: **dionnerayssa@gmail.com**. É assegurado que o seu nome não será divulgado (você sequer precisará informá-lo), sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, a saber, suas respostas aos questionários, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa em local seguro.

A coleta de dados será realizada por meio de questionários eletrônicos nessa plataforma online. Os questionários têm questões sobre comportamentos do seu cotidiano, gostaríamos que você os respondesse de forma honesta e sincera. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa implica em risco mínimo, como ter que dispor de cerca de **40 minutos** para responder aos questionários, além de poder apresentar cansaço ou algum desconforto ao longo dos questionários. Para tanto, lembramos que você pode interromper a participação a qualquer momento, assim como contatar a pesquisadora para dúvidas por meio do e-mail **dionnerayssa@gmail.com**.

Além disso, você precisa estar ciente que, como esta pesquisa é online, há sempre o risco de agentes externos, como por exemplo hackers, e assim a possibilidade de ser identificado(a). Contudo, nós fazemos de tudo para garantir que isso não acontecerá por meio do uso de um servidor seguro. Nós garantimos que os dados serão mantidos e guardados seguramente.

Espera-se com esta pesquisa oferecer para a comunidade clínica e científica brasileira um instrumento de rastreio clínico para identificação de alterações psicológicas a partir do reconhecimento de sinais e sintomas psicopatológicos. Além disso, **you poderá se beneficiar diretamente dessa pesquisa ao poder refletir e autoavaliar seus aspectos do seu dia a dia ao responder os questionários**.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode nos contatar através do e-mail **dionnerayssa@gmail.com**.

Os resultados do estudo serão publicados na comunidade científica. Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: **cep_chs@unb.br** ou pelo telefone: (61) 3107- 1592. Clique no botão abaixo caso você decida participar dessa pesquisa e você será direcionado para o primeiro questionário. Caso você não concorde em participar dessa pesquisa, basta você fechar essa janela.

Anexo 2 - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dimensional do Estado Mental: Proposição de uma Escala de autorrelato.

Pesquisador: DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54830521.4.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.217.170

Apresentação do Projeto:

Trata-se do Projeto de Pesquisa intitulado "Avaliação dimensional do Estado Mental: Proposição de uma Escala de autorrelato", proposto por Dionne Rayssa Cardoso Corrêa, mestranda do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB), com financiamento próprio. A pesquisa é orientada pelo Prof. Dr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira.

O estudo proposto parte da hipótese de que os sinais e sintomas psicopatológicos podem ser avaliados de diversas formas, e que múltiplos instrumentos podem ser usados pelo clínico em variados contextos e com diferentes finalidades. Seu escopo é o exame do estado mental concebido como uma entrevista clínica, comparada a um exame físico de rotina, e que pode ser uma ferramenta importante no rastreamento e na distinção de transtornos do humor, transtornos do pensamento e deficiência cognitiva. O delineamento da pesquisa é transversal e a coleta de dados será realizada na modalidade on line por meio de resposta a questionário de autorrelato, de maneira que não ocorrerá intervenção nos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa é construir e investigar evidências de fidedignidade e de validade para uma escala de autorrelato para avaliação multidimensional de sinais e sintomas

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

Continuação do Parecer: 5.217.170

psicopatológicos. Com o alcance desse objetivo o estudo espera que o instrumento pesquisas venha a auxiliar profissionais da saúde mental na tomada de decisão, de forma a ser mais uma fonte de informação para o rastreamento, diagnóstico e encaminhamento adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que os riscos apresentados pelo estudo são mínimos, visto que a participação dos sujeitos é voluntária e eles poderão se recusar a responder qualquer pergunta que lhe traga constrangimento ou mal-estar, bem como desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo. Os dados serão coletados recorrendo a uma plataforma on-line e divulgados em mídias sociais do país, perspectiva metodológica apontada pela investigadora como moderna e amplamente utilizada nos estudos psicológicos. Admite, no entanto, a possibilidade de intrusão e agentes externos, como, por exemplo, hacker, sendo isso avisados aos participantes por meio do TCLE. Não haverá a identificação nominal dos participantes nos protocolos, sendo os dados coletados guardados criptografados e protegidos por senha para proteger as informações deles. O projeto esclarece que os questionários avaliam sintomas e sinais psicopatológicos, de forma que a resposta a esse tipo de conteúdo pode gerar desconforto psicológico, razão pela qual reitera que os participantes podem interromper sua contribuição ao estudo a qualquer momento. Considerando o exposto, é assumido o compromisso de deixar um campo aberto para que os participantes preencham, caso indiquem qualquer desconforto ao responder ao questionário. Para tanto, a pesquisadora disponibilizará o seu contato para os participantes, estratégia que possibilitará fazer uma devolutiva, no sentido de indicar serviços de saúde na região do participante, se necessário.

O projeto destaca que os participantes não terão nenhum benefício direto. Todavia, depois de analisar os dados e informações coletados será proposto um novo instrumento de rastreamento clínico para os profissionais de saúde. Com isso, a nova ferramenta poderá auxiliar a tomada de decisão clínica. Ademais, ao responderem ao questionário, é possível que os participantes reflitam a respeito de aspectos do seu cotidiano.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa considera que, ao longo dos anos, diferentes tipos e modelos de avaliação das alterações mentais foram sendo desenvolvidos. Nesse cenário, discorre sobre as duas principais formas de se compreender a psicopatologia: uma fundamentada em um modelo

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

Continuação do Parecer: 5.217.170

categorico e outra em uma abordagem dimensional. A primeira entende um transtorno mental como uma entidade que pode ou não estar presente, enquanto a segunda sugere que a psicopatologia existe ao longo de uma distribuição contínua, disfarçando-se, muitas vezes, em um funcionamento psicológico normal.

Na fundamentação da pesquisa o projeto ressalta as principais funções cognitivas investigadas por meio da técnica: atenção, funcionamento executivo, gnosis, linguagem, memória, orientação, praxia, prosódia, conteúdo de pensamento, processos de pensamento e proficiência visuoespacial. Acrescenta que o Exame do Estado Mental não resulta em um diagnóstico específico, mas no mapeamento de sinais e sintomas psicopatológicos que podem indicar caminhos para investigações de psicopatologias específicas. Afirma que, podendo sua aplicação em formato de entrevista ser de difícil operação, o desenvolvimento de uma versão de autorrelato pode ser um recurso clínico extra enquanto o paciente aguarda por seu atendimento.

Em relação à metodologia proposta para a pesquisa, o projeto parte do pressuposto que a coleta de evidências de validade para o instrumento construído requer submetê-lo a análise de especialistas a fim de analisar a pertinência, a semântica e a validade de conteúdo dos itens. Na sequência da coleta dos dados junto à amostra-alvo, será organizado um banco e realizadas análises estatísticas descritivas para caracterizar a amostra. A investigação reconhece a análise fatorial exploratória e confirmatória também como procedimentos metodológicos úteis no processo de análise das dimensões e qualidade dos itens do instrumento a ser construído. A fidedignidade do teste será examinada por meio de duas metades através do coeficiente alfa.

O delineamento da pesquisa é transversal e a coleta de dados será on-line. A amostra será não probabilística e composta por pessoas de qualquer sexo e gênero, com acesso à internet. Os participantes deverão ser maiores de 18 anos, apresentando ou não diagnósticos psiquiátricos, psicológicos e/ou neurológicos. Número de participantes da pesquisa: 600 (seiscentos).

O tempo estimado de coleta dos dados é de três meses, sendo utilizados questionário de dados sociodemográficos e instrumento de autorrelato de exame do estado mental – Symptom Checklist (SCL-90-R); a Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) e o Medical Outcomes Study-36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). A construção do instrumento leva em conta as seguintes etapas: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos/experimentais e procedimentos

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 5.217.170

analíticos/estatísticos.

A escala a ser desenvolvida no estudo será multidimensional com três dimensões: humor e afeto, atividade motora e funções cognitivas (atenção, linguagem, memória, práxis, orientação e funções executivas). Será utilizada escala de resposta Likert de cinco pontos, na qual o respondente avaliará, considerando na última semana, a frequência de cada comportamento descrito nos itens.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram postados pela pesquisadora na plataforma os documentos, a saber: (i) Projeto Detalhado – PB Informações Básicas; instrumento de coleta de dados com Escala de Avaliação de Estado Mental e Escala de depressão, ansiedade e estresse; TCLE; Cronograma, incluindo período de coleta de dados previsto para o período entre 01.03./2022 e 08.05.2022; Carta de revisão ética;; folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos; carta de encaminhamento; carta de justificativa para não apresentação de aceite institucional; Currículo Lattes do orientador; planilha de orçamento e recursos.

Recomendações:

Nenhuma, visto que, frente ao contexto atual de pandemia do coronavírus – Covid 19 –, a coleta dos dados da pesquisa ocorrerá virtualmente, de modo a minimizar os riscos de contaminação e obedecendo aos protocolos de atividades on-line estabelecidos no âmbito de cada instituição coparticipante a qual os alunos sejam vinculados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências, tendo em vista que foram atendidas em documento pdf. aquelas apresentadas anteriormente no Parecer Consubstanciado do CEP Nº 4.779.530, relativas à atualização dos currículos de três pesquisadores e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Professor.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando o exposto e o fato de que a pesquisadora atendeu aos requisitos do CEP/CHS e ao disposto nas Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares o presente Parecer é favorável à aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 5.217.170

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1862866.pdf	06/01/2022 16:55:17		Aceito
Outros	CartaRevisaoEtica.pdf	06/01/2022 16:54:24	DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/01/2022 16:25:37	DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf	06/01/2022 15:54:32	DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.pdf	15/12/2021 22:54:35	DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	15/12/2021 22:48:32	DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	15/12/2021 21:24:44	DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA	Aceito
Outros	LattesSergioOliveira.pdf	15/12/2021 21:17:14	DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA	Aceito
Outros	LattesDionneRayssa.pdf	15/12/2021 21:10:36	DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA	Aceito
Outros	Justificativadenaooaceiteinstitucional.pdf	15/12/2021 21:08:41	DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA	Aceito
Outros	CartaDeEncaminhamento.pdf	15/12/2021 21:06:13	DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoDionne.pdf	15/12/2021 21:05:03	DIONNE RAYSSA CARDOSO CORREA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 30 de Janeiro de 2022

Assinado por:

MARCIO CAMARGO CUNHA FILHO
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Balro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br