



Construção e Estudos Psicométricos da Bateria de Avaliação do Estado Mental (BAEM)

Dionne Rayssa Cardoso Corrêa¹, Sérgio Eduardo Silva de Oliveira¹
Universidade de Brasília – UnB, Brasília-DF, Brasil

RESUMO

O exame do estado mental é uma prática clínica consolidada na área da saúde mental e pode ser entendido como um procedimento de mapeamento de uma variedade de domínios do funcionamento psicológico. O objetivo desta pesquisa foi investigar evidências de validade e fidedignidade para uma bateria de 11 escalas desenvolvidas para a avaliação do estado mental por meio do autorrelato. Foram examinadas evidências de validade fatorial e na relação com outras variáveis, a saber, sintomas de transtornos mentais comuns e qualidade de vida relacionada à saúde. Também, verificou-se a capacidade das escalas em diferenciar participantes com e sem indicadores de transtornos mentais. Participaram deste estudo 654 adultos de todas as regiões do Brasil. Os resultados obtidos indicaram adequadas evidências de validade e fidedignidade para 39 fatores que compõem as 11 escalas da bateria, sugerindo a pertinência de seu uso para a avaliação dimensional de distúrbios no funcionamento mental.

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

ABSTRACT – Construction and Psychometric Studies of The Mental State Assessment Battery (MSAB)

Mental status examination is an established clinical practice in the field of mental health and is understood as a procedure for mapping various domains of psychological functioning. This study aimed to investigate evidence of validity and reliability for a battery of 11 scales developed to assess mental status through self-report. Evidence of factor validity, as well as validity related to other variables, namely, symptoms of common mental disorders and health-related quality of life, was examined. Additionally, the ability of the scales to differentiate participants with and without indicators of mental disorders was verified. A total of 654 adults from all regions of Brazil participated in this study. The results indicated adequate evidence of validity and reliability for 39 factors comprising the 11 scales of the battery, supporting its use for the dimensional assessment of disorders in mental functioning.

Keywords: psychological assessment; dimensional model; mental health.

RESUMEN – Construcción y Estudios Psicométricos de la Bateria de Evaluación del Estado Mental (BEEM)

El examen del estado mental es una práctica clínica consolidada en el área de la salud mental y puede entenderse como un procedimiento para el mapeo de una variedad de dominios del funcionamiento psicológico. El objetivo de esta investigación fue investigar las evidencias de validez y confiabilidad de una batería de 11 escalas desarrolladas para la evaluación del estado mental a través del autoinforme. Se examinaron evidencias de validez factorial y la relación con otras variables, a saber, los síntomas de los trastornos mentales comunes y la calidad de vida relacionada con la salud. También se verificó la capacidad de las escalas para diferenciar participantes con y sin indicadores de trastornos mentales. Un total de 654 adultos de todas las regiones de Brasil participaron en este estudio. Los resultados obtenidos indicaron evidencias adecuadas de validez y confiabilidad para los 39 factores que componen las 11 escalas de la batería, sugiriendo la pertinencia de su uso para la evaluación dimensional de los trastornos en el funcionamiento mental.

Palabras clave: evaluación psicológica; modelo dimensional; salud mental.

O estado mental pode ser entendido como um construto amplo que abarca aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos do indivíduo (Martin, 1990). Tal construto é tão importante que já é consolidado enquanto procedimento de avaliação na área da saúde mental (Mendez, 2021; Taylor, 2013). O Exame do Estado Mental (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 distúrbios neurológicos e psiquiátricos (Norris et al., 2016). Além disso, é considerado uma ferramenta importante para o rastreamento de transtornos do humor, de transtornos do pensamento e de deficiência cognitiva, podendo auxiliar no diagnóstico e encaminhamento apropriado a um psiquiatra ou outro profissional de saúde mental (Snyderman & Rovner, 2009).

¹ Endereço para correspondência: Campus Universitário Darcy Ribeiro – ICC SUL, Instituto de Psicologia, Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PsiCC), Asa Norte, 72910-000, Brasília, DF. E-mail: sesoliveira@unb.br
Artigo derivado da Dissertação de mestrado de Dionne Rayssa Cardoso Corrêa com orientação de Sergio Eduardo Silva de Oliveira, defendida em 2022 no programa de pós-graduação de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

Tradicionalmente, o EEM 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 (Rocha Neto et al., 2019). De forma geral, as diretrizes para o EEM recomendam a avaliação das seguintes funções mentais: atenção, consciência, percepção, memória, orientação, componentes emocionais e comportamentais, como expressão e modulação afetiva (Rocha Neto et al., 2019). Esses domínios podem ser considerados transdiagnósticos (Dalgleish et al., 2020), uma vez que as alterações em termos quantitativos e qualitativos em uma ou mais dimensões podem sinalizar diferentes 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, como mencionado anteriormente, 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. Dadas essas limitações, questiona-se a pertinência de EEM por meio de medida de autorrelato. Atualmente, não há instrumentos dessa natureza que visam a avaliação do estado mental de forma global. Devido à complexidade e a abrangência do construto, tal proposta pode ser desafiadora visto que, muitas vezes, os sinais e sintomas psicopatológicos 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 de avaliação como a entrevista, a observação e os instrumentos padronizados de desempenho e/ou autorrelato são essenciais para um diagnóstico assertivo do estado mental de pacientes (Snyderman & Rovner, 2009).

Presente Estudo

O objetivo deste estudo foi construir uma bateria para avaliação de dimensões do estado mental por meio do autorrelato e avaliar as evidências de validade baseadas

na estrutura interna e na relação com variáveis externas. Foi também objetivo investigar as evidências de fidedignidade das escalas da bateria. 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, comportamentais, emocionais e afetivas estão presentes nos mais variados quadros diagnósticos (Holmes et al., 2019; Montiel et al., 2014; Soares et al., 2021). 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.

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 (Trompeter et al., 2017), são esperadas correlações negativas entre alterações do estado mental com indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde. Estudos como o de Bener et al. (2018) demonstram que a qualidade de vida está relacionada com a saúde mental, indicando que as alterações no funcionamento mental tendem a ser acompanhados de uma percepção de baixa qualidade de vida.

Hipótese 3: esperam-se que pessoas que apresentem 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 (Oliveira et al., 2021; 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.

Breve Descrição da Construção da BAEM

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

dos construtos e a construção dos itens. Os itens foram elaborados apresentando sinais e sintomas psicopatológicos relacionados às dimensões avaliadas pelo EEM. 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 julgaram esses critérios em 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.

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 $< 0,70$, os quais foram reformulados ou mantidos de forma experimental, tendo em vista que todas as escalas obtiveram CVCs totais acima de 0,86. Além disso, houve a sugestão de inclusão de nove itens. A versão final do instrumento apresentou 241 itens.

Método

Participantes

A amostra selecionada por conveniência deste estudo ficou composta por 654 pessoas. A idade dos participantes variou entre 18 e 59 anos, sendo a média de, aproximadamente, 34 anos ($DP=6,9$). Demais dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1
Dados Sociodemográficos da Amostra (n=654)

Variável	Dados sociodemográficos		Variável	f	%
	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			

Tabela 1 (continuação)

Dados Sociodemográficos da Amostra (n=654)

Variável	Dados relacionados à saúde		Variável	f	%
	f	%			
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

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e de Saúde Mental. Este é um instrumento desenvolvido para caracterização da amostra em termos sociodemográficos e de condição de saúde mental (conforme Tabela 1).

Bateria de Avaliação do Estado Mental (BAEM). Trata-se do instrumento construído neste estudo o qual é composto por um conjunto de 11 escalas delineadas para a avaliação de sinais e sintomas psicopatológicos por meio do autorrelato. As escalas compreendem as seguintes funções mentais: atenção, memória, funções executivas, comunicação e linguagem, sensopercepção, orientação e consciência, pensamento, humor e afeto, conduta, psicofisiologia e funcionalidade. A bateria conta com um total de 241 itens, respondidos em uma escala de cinco pontos, variando de 0 “nenhuma vez” a 4 “sempre ou quase sempre”. A pessoa avaliada deve informar a quantidade de sintomas experimentados nos últimos 30 dias.

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

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, submetido e aceito pelo comitê de ética do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília – UnB. A coleta de dados foi realizada na plataforma *on-line FormR*. Os participantes, ao clicarem no *link*, foram direcionados à página do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o aceite, os participantes responderam o questionário de dados sociodemográficos e de condição de saúde 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 incluídos 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 repostas.

Análise dos Dados

A estrutura fatorial das escalas da BAEM foi analisada por meio de análises fatoriais exploratórias. 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 (AP; Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011) e o *Minimum Average Partial* (MAP; Velicer, 1976). Considerando a natureza ordinal dos dados, a matriz de correlação policórica foi utilizada (Rogers, 2022). Além disso, partindo da premissa 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 alfa de Cronbach e 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, com o tamanho

de efeito estimado pelo *g* de Hedge, e análises de variância (ANOVA *One Way*) com as diferenças entre os pares 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

Todas as escalas apresentaram índices satisfatórios de fatorabilidade (a Tabela Suplementar 1 apresenta os resultados obtidos). A análise de número de fatores a serem retidos indicou a unidimensionalidade das seguintes escalas: atenção, funções executivas e consciência e orientação. Quanto às demais escalas, foram realizadas AFEs para verificação da melhor solução fatorial, visto que, em alguns casos, houve a indicação de número de fatores diferentes a depender do método empregado (ex.: o teste MAP indicou três fatores e a AP indicou um fator para a escala de comunicação e linguagem). As escalas de pensamento, de conduta e de memória não apresentaram resultados adequadamente interpretáveis quando fatoradas pelos números de fatores sugeridos. Dessa forma, realizou-se testes paralelos com alteração do método rotação fatorial, visando a identificação de uma solução fatorial com melhor adequação teórica (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. Assim, foi feita uma AFE com estimação *bifactor* (Varas & Borsa, 2020) e o resultado indicou adequação do fator geral, no qual todos os itens apresentaram cargas fatoriais salientes, como sendo a melhor solução fatorial para a escala de memória. A Tabela 2 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. Foram observadas cargas fatoriais maiores do que 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 2).

Tabela 2
Análises Fatoriais Exploratórias, Fidedignidade e Estatísticas Descritivas

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)

A Tabela 3 apresenta os coeficientes de correlação entre os fatores da BAEM e as escalas DASS-21 e SCL-90-R (hipótese 1). Conforme esperado, foram observadas correlações positivas entre as alterações do estado mental (BAEM) e sintomas de transtornos mentais comuns (DASS-21 e SCL-90-R). Entre as correlações da BAEM com a DASS-21, destacam-se as correlações entre o fator ansiedade e problemas somáticos da escala de psicofisiologia ($r=0,68$), entre o fator estresse e instabilidade emocional da escala de afeto e humor ($r=0,78$) e entre o fator depressão e o fator afeto negativo da escala de afeto e humor ($r=0,87$). Em relação ao SCL-90-R, destacam-se as correlações entre a dimensão psicoticismo e experiências de desconexão ($r=0,58$), ideias paranoides e conteúdo

paranoide ($r=0,75$), hostilidade e intensidade emocional ($r=0,61$), depressão e conteúdo depressivo com autoextermínio ($r=0,88$), fluxo acelerado e conteúdo ansioso e a dimensão ansiedade ($r=0,76$), a sensibilidade interpessoal e prejuízo psicossocial ($r=0,71$), obsessividade-compulsividade e autonomia e independência ($r=0,77$) e, por fim, somatização e problemas somáticos ($r=0,78$). Esses resultados apontam para evidências de validade convergente dos escores da BAEM com construtos correlatos.

A Tabela 4 apresenta 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.

Tabela 3
Coeficientes de Correlação de Pearson Entre BAEM e 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

Tabela 3 (continuação)

Coeficientes de Correlação de Pearson Entre BAEM e 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
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 $p < 0,001$; 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=constricção 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

Tabela 4

Coeficientes de 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

Tabela 4 (continuação)
 Coeficientes de Correlação de Pearson entre BAEM e SF-36

BAEM	SF-36 (n=325)							
	CF	AF	Dor	EGS	Vit	AS	AE	SM
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. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; 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 autoexterminio; 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 – hipersonolência; 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=sauúde mental

Evidências de Validade Concorrente (Hipótese 3)

A Tabela 5 apresenta os resultados encontrados nas análises de diferenças entre os grupos. Os resultados demonstraram que pessoas com diagnóstico de transtorno mental tiveram escores maiores em todas as escalas da BAEM do que as pessoas sem diagnóstico, e as diferenças entre as 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

foram abaixo de 0,50, sendo classificados por Cohen (1988) como de baixa magnitude. Considerando os grupos de participantes em relação aos critérios de tratamento psicológico e de tratamento psiquiátrico, os resultados mostraram que aqueles que estão em tratamento tendem a ter médias maiores nos escores da BAEM do que os que não estão em tratamento. Esses resultados confirmam a hipótese de que a busca por serviços de saúde mental está associada a maior apresentação de distúrbios nos domínios do estado mental (hipótese 3).

Tabela 5
 Comparação de Grupos Com e Sem Indicadores de Problemas de Saúde Mental

BAEM	Não possui diagnóstico (n=351)		Possui diagnóstico (n=296)		Diferenças	
	M	DP	M	DP	p	Hedges' g
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

Tabela 5 (continuação)

Comparação de Grupos Com e Sem Indicadores de Problemas de Saúde Mental

BAEM	Tratamento psicológico							
	Não, nunca fiz (n=184)		Não, mas já fiz (n=260)		Sim, estou fazendo (n=203)		Diferenças	
	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							
	Não, nunca fiz (n=342)		Não, mas já fiz (n=143)		Sim, estou fazendo (n=162)		Diferenças	
	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 baseadas na estrutura interna e na relação com variáveis externas da BAEM. O presente estudo também analisou a fidedignidade dos escores da BAEM em uma amostra de adultos de 18 a 59 anos de idade. De forma geral, os resultados sugeriram adequadas evidências de validade relacionadas à estrutura interna, bem como adequados índices de consistência interna para os fatores da BAEM. A estrutura fatorial foi analisada a partir da interpretabilidade teórica dos fatores. 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. Embora tenham sido desenvolvidas nuances para avaliar tais construtos, a estrutura unidimensional se mostrou suficiente para explicar essas tipologias.

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 nas nuances específicas. Estudos com amostras clínicas podem auxiliar nesse entendimento. Por exemplo, no estudo de Oliveira et al. (2021), 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. As demais escalas da BAEM apresentaram estruturas multidimensionais, embora nem sempre tenham representado

claramente as nuances elaboradas para elas. De toda forma, as estruturas se mostraram teoricamente consistentes, sugerindo sua validade.

A BAEM foi construída na perspectiva dimensional, estando alinhada com modelos modernos de psicopatologia, como o modelo de taxonomia hierárquica da psicopatologia, cuja sigla em inglês é HiTOP (*hierarchical taxonomy of psychopathology*; Kotov et al., 2017). Assim, esse desenho possibilita a planificação de intervenções individualizadas, considerando a singularidade de cada paciente (Feczko et al., 2019). Ainda, sendo os construtos da BAEM transdiagnósticos, essa bateria auxilia na triagem de distúrbios no funcionamento de diferentes domínios mentais, auxiliando o clínico na definição de perfis cognitivos, afetivos e comportamentais que tendem a ser objetos de intervenção (Bolsoni & Zuardi, 2015) independentemente de uma categoria diagnóstica.

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 a 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. A ansiedade, a depressão e o estresse são distúrbios internalizantes que podem se apresentar como comórbidos (Avendaño-Prieto et al., 2018; Kotov et al., 2017), além disso, apresentam de forma geral características como alterações cognitivas, alterações no humor e alterações comportamentais (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 de transtornos mentais apresentadas por Loni (2001) também se relacionaram positivamente com os 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 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 da BAEM 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. 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. Estudos mostram, por exemplo, que alterações no sono (Reimer & Flemons, 2003), alimentares (van Hoeken & Hoek, 2020) e no humor (Pascual-Sánchez et al., 2019) estão associadas a piores níveis de qualidade de vida. Nesse sentido, 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)

O presente 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 os grupos de pessoas que reportaram ter e não ter um diagnóstico de transtorno mental. Como a BAEM se constitui de sinais e sintomas transdiagnósticos a diferentes categorias de transtornos mentais, como as descritas no 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. Ainda, os escores elevados nos grupos de pessoas que buscam por serviços de saúde mental, corroboram a perspectiva de Martins (2009), que afirma que, dentre os diversos fatores que influenciam a tomada de decisão por busca de ajuda, o sofrimento psicológico elevado é um deles.

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 monométrica, uma vez que todas as medidas utilizadas

foram de autorrelato. Pesquisas multi-traço e multi-método 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 as 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*). Também foram observadas evidências de validade de critério concorrente, uma vez que os resultados sugeriram sensibilidade na identificação das diferenças ente grupos clínicos e não clínicos (Pasquali, 2001).

Agradecimentos

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo apoio financeiro.

Financiamento

Todas as fontes de financiamento para elaboração e produção do estudo (coleta, análise e interpretação dos dados, bem como, escrita dos resultados no presente no manuscrito) foram fornecidas pelo projeto de pesquisa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Contribuições dos autores

Declaramos que todos os autores participaram da elaboração do manuscrito.

Disponibilidade de dados e materiais

Todos os dados e sintaxes gerados e analisados durante esta pesquisa serão tratados com total sigilo devido às exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Porém, o conjunto de dados e sintaxes que apoiam as conclusões deste artigo estão disponíveis mediante razoável solicitação ao autor principal do estudo.

Conflitos de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

Referências

- 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.
- 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>
- 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/10.1590/0047-2085000000058>
- Cano, D. S., & Sampaio, I. T. A. (2007). O método de observação na psicologia: considerações sobre a produção científica. *Interação em Psicologia, 11*(2), 199-210. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v11i2.6849>
- 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.
- 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. <https://www.researchgate.net/publication/279904628>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Lawrence Erlbaum Pub.
- 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. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
- Derogatis L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) Administration, Scoring, and Procedures Manual*. National Computer Systems.
- 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>
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chac, 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/10.1002/20631>
- 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., Pietrzak, 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>
- 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>
- 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://bitly.com/sAysbQLG>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (2004). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (4nd.). Psychology Foundation.
- Martin, D. C. (1990). The mental status examination. In H. K. Wlaker, M. D. Hall, & J. W. Hurst (Eds.), *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations* (3rd ed., pp. 924–929). Butterworths.
- Martins, A. I. S. (2009). *Preciso de ajuda, mas...: fatores 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>
- 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. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v34n86/a12.pdf>
- Norris, D. R., Clark, M. S., & Shipley, S. (2016) The Mental Status Examination. *Am Fam Physician*, 94(8), 635–641. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/1015/p635.html>
- Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Primi, R., & Krueger, R. F. (2021). 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>
- 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.
- 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. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. LabPAM.
- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico – TEP*. Casa do Psicólogo.
- 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/smr.2001.0220>
- Revelle, W. (2014). *Psych: Procedures for personality and psychological research* (R package version 4.1.2). <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, 01–12. <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/10.1590/1982-7849rac202210085.por>
- 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>
- Snyderman, D., & Rovner, B. (2009). Mental Status Examination in Primary Care: A Review. *Am Fam Physician*. 80(8), 809–814. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2009/1015/p809.html>
- 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>
- Souza, C., & Moreira, V. (2018). Tristeza, depressão e suicídio melancólico: A relação com o outro. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(2), 173–185. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v70n2/13.pdf>
- 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>
- Trompeter, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Voss, R., & Das, J. M. (2022). *Mental status examination*. StatPearls.

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. <https://www.researchgate.net/publication/21561645>

World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual*. World Health Organization.

recebido em dezembro de 2022
aprovado em setembro de 2024

Sobre os autores

Dionne Rayssa Cardoso Corrêa é psicóloga pela Universidade de Brasília (UnB) e mestra em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC) pela mesma instituição. Atualmente é doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB.

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira é Psicólogo pelo Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) e doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente é professor do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

Como citar este artigo

Corrêa, D. R. C., & Oliveira, S. E. S. (2024). Construção e Estudos Psicométricos da Bateria de Avaliação do Estado Mental (BAEM). *Avaliação Psicológica*, 23(4), 380-393. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2024.2304.02>