

# Acurácia Diagnóstica do Fator Internalizante da Triagem de Psicopatologia para Identificação de Transtorno Ansioso e Depressivo (TriA)

## Diagnostic Accuracy of the Internalizing Factor of the Psychopathology Screening for Identification of Anxiety and Depressive Disorders (TriA)

André Pereira Gonçalves<sup>1</sup>, Lucas Marques Santos<sup>2</sup>, Marina Garcia Lorenzo Aguiar<sup>3</sup>,  
Roziane Souza de Brito<sup>4</sup>, Ciro David Ferraz Domingues<sup>5</sup> e Lis Roberta Vaz Miranda<sup>6</sup>

### Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar a capacidade discriminativa da subescala Internalizante da TriA e suas facetas e verificar os indicadores de acurácia diagnóstica para depressivos e ansiosos. Os transtornos depressivos e de ansiedade são os mais prevalentes transtornos mentais, acometendo milhões de pessoas mundialmente. Participaram 359 adultos brasileiros que responderam a TriA, a GAD-7 e a CES-D. Ambos grupos patológicos (depressivos e ansiosos) obtiveram maiores escores na subescala Internalizante da TriA do que os saudáveis, com tamanho de efeito grande. A subescala apresentou AUC de .95 e .96 para ansiedade e depressão, respectivamente. O corte de 1.87 para ansiedade apresentou .76 de especificidade e .92 de sensibilidade, enquanto para depressivos, o corte 2.04, .84 de especificidade e .93 de sensibilidade. Os resultados indicam desempenho satisfatório da subescala Internalizante na discriminação de depressivos e ansiosos e ótima sensibilidade. Podendo assim, ser utilizada como instrumento complementar de investigação diagnóstica.

**Palavras-chave:** acurácia, ansiedade, depressão, psicopatologia

### Abstract

The objective of this study was to examine the discriminative capacity of the Internalizing subscale of the TriA and its facets, as well as to assess the diagnostic accuracy indicators for depressive and anxious individuals. Depressive and anxiety disorders are the most prevalent mental disorders, affecting millions of people worldwide. A total of 359 Brazilian adults participated in the study by responding to the TriA, the GAD-7, and the CES-D. Both pathological groups (depressive and anxious) obtained higher scores on the Internalizing subscale of the TriA compared to the healthy group, with a large effect size. The subscale showed an AUC of .95 and .96 for anxiety and depression, respectively. The cutoff point of 1.87 for anxiety demonstrated a specificity of .76 and a sensitivity of .92, while for depression, the cutoff point of 2.04 showed a specificity of .84 and a sensitivity of .93. The results indicate satisfactory performance of the Internalizing subscale in discriminating depressive and anxious individuals and excellent sensitivity. Thus, it can be used as a complementary instrument for diagnostic investigation.

**Keywords:** accuracy, anxiety, depression, psychopathology

<sup>1</sup>Doutor em Psicologia. Professor adjunto da Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, 45029-094, Vitória da Conquista, BA, Brasil. Tel.: (35) 99247-3310; E-mail: andregp.psi@gmail.com (Autor de correspondência)

<sup>2</sup>Mestre em Psicologia. Professor substituto da Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, 45029-094, Vitória da Conquista, BA, Brasil. Tel.: (77) 99130-6545. E-mail: lucas.marques.bra@gmail.com

<sup>3</sup>Estudante de Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, 45029-094, Vitória da Conquista, BA, Brasil. Tel.: (71) 99319-6703; E-mail: marinalorenzoaguiar@gmail.com

<sup>4</sup>Estudante de Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, 45029-094, Vitória da Conquista, BA, Brasil. Tel.: (77) 991778215; E-mail: rozsouza1@gmail.com

<sup>5</sup>Estudante de Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, 45029-094, Vitória da Conquista, BA, Brasil. Tel.: (77) 988528040; E-mail: ciro-david@hotmail.com

<sup>6</sup>Estudante de Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, 45029-094, Vitória da Conquista, BA, Brasil. Tel.: (75) 99834-4654; E-mail: lismara349@gmail.com

## Introdução

Os transtornos mentais caracterizam-se por uma disfunção clinicamente significativa na cognição, regulação emocional ou comportamentos dos indivíduos e estão associados a sofrimento e/ou prejuízo para a pessoa no seu funcionamento cotidiano (APA, 2023; OMS, 2019). São condições que preocupam profissionais e autoridades da área de saúde devido à crescente demanda nos serviços públicos, que não estão preparados para lidar com estas pessoas. Os dados encontrados sobre o número de pessoas que sofrem com algum transtorno mental fundamentam esta preocupação. Segundo o relatório da World Health Organization (WHO; 2022a), cerca de 970 milhões de pessoas sofrem com algum transtorno mental no mundo, o que representa uma a cada oito pessoas. Estes dados são alarmantes quando observados detalhadamente. O estudo foi realizado com dados de 2019, ou seja, são dados pré-pandemia de COVID-19. A literatura aponta que a pandemia afetou e continuará afetando a médio prazo a saúde mental (Deng et al., 2021; Leung et al., 2022; Liu et al., 2021; Santabárbara et al., 2021). Estima-se um aumento, por exemplo, de cerca de 25% nos transtornos de ansiedade e depressivos com a pandemia (OMS, 2022).

Apesar da alta prevalência de tais transtornos, seus números ainda não correspondem à realidade, uma vez que os casos são subdiagnosticados e apenas 41,3% dos indivíduos percebem a necessidade de tratamento, o que faz com que ocorra uma distância temporal entre o surgimento dos primeiros sintomas e a procura por tratamento (Alonso et al., 2018). Em um estudo canadense, apenas 38,4% dos indivíduos obtiveram diagnóstico em menos de um ano após o aparecimento dos primeiros sintomas. O atraso no diagnóstico foi associado ao desenvolvimento limitado de atividades e à percepção da saúde mental como ruim ou razoável (Cheung et al., 2017). Além da ausência de percepção, os profissionais da atenção primária também falham na detecção dos transtornos de ansiedade. Estima-se que a detecção correta de diagnósticos de ansiedade é de apenas 44,5% (Olariu et al., 2015; Szuhany et al., 2022).

Ter um diagnóstico de transtorno mental não se restringe a prejuízos apenas nos níveis dos

sintomas de cada transtorno, sendo os prejuízos refletidos em diversos contextos da vida. Existe uma vasta literatura com estudos robustos indicando que apresentar um funcionamento mais patológico na área da saúde mental afeta negativamente a percepção da qualidade de vida (Gonçalves et al., 2020; McGinty et al., 2023; Victor et al., 2011), bem-estar (Agteren & Iasiello, 2020), esperança (Gonçalves et al., 2020), traz problemas para a pessoa no contexto do seu trabalho, como dificuldade de conseguir ou manter-se no emprego (Salvador et al., 2022), pode influenciar no consumo excessivo de álcool e outras drogas, pode conturbar seus relacionamentos interpessoais, chegando ao ponto das pessoas se afastarem, e o isolamento pode piorar quadros, principalmente quando se pensa em transtornos de humor. Está associado ao maior risco de ideação e tentativas de suicídio (Cai et al., 2021; Ramos Silva & Pucci, 2021) e maior incidência de comprometimento cognitivo (Arnaud et al., 2022).

Considerando o impacto que os transtornos mentais trazem para a vida das pessoas, é fundamental que a identificação seja a mais rápida e precisa possível. O processo dentro da psicologia que proporciona a coleta de informações para realização do diagnóstico é a avaliação psicológica. A condução deste processo precisa utilizar várias fontes de coleta de informação, tais como observação, entrevista e instrumentos de medida (e.g., escalas de autorrelato e heterorrelato). Dentro das fontes de informações sobre o paciente, destacam-se os instrumentos padronizados. A utilização de métodos de investigação padronizados pode auxiliar na detecção precoce do diagnóstico e avaliação da gravidade e monitoramento dos sintomas (Penninx et al., 2021). Estudos verificando a qualidade destes instrumentos vêm sendo realizados com diversas ferramentas (e.g., Leal-Hernández et al., 2023).

Com o objetivo de ser uma ferramenta padronizada com potencial de auxiliar no rastreamento de transtornos mentais, a Triagem de Psicopatologia para Adultos (TriA) foi desenvolvida principalmente para utilização clínica. A TriA é um instrumento com fundamentação teórica no modelo dimensional, mais precisamente no The Hierarchical Taxonomy

Of Psychopathology (HiTOP). Esse modelo não considera a presença ou a ausência dos critérios diagnósticos, mas, sim, o nível dos sintomas característicos. A proposta de estrutura da psicopatologia no HiTOP tem como uma das principais premissas o foco em espectros que seriam comuns a vários funcionamentos patológicos que atualmente são classificados como entidades diferentes. Além disso, por ser um modelo de níveis (hierárquico), lida com a comorbidade, identificando dimensões de ordem superior aos transtornos e, assim, possibilitando que o profissional faça propostas interventivas coerentes (Kotov et al., 2017).

A TriA foi construída para cobrir três espectros do HiTOP. O espectro externalizante refere-se a uma tendência à impulsividade e a comportamentos de tomada de risco sem considerar as consequências de seus atos (Kotov et al., 2017; Krueger et al., 2021). O espectro Transtornos do Pensamento descreve diferenças individuais que partem do pensamento convencional até pensamentos que são pouco pautados na realidade (Kotov et al., 2017; 2020). Por fim, o espectro Internalizante refere-se à tendência a vivenciar afetos negativos e sintomas de transtornos de humor (Kotov et al., 2017; Watson et al., 2022). Além dos espectros, facetas foram observadas que podem trazer uma avaliação mais individualizada do paciente. A subescala Externalizante contém as facetas Agressividade, Uso de Substâncias, Impulsividade e Manipulação. A subescala Transtornos do Pensamento apresenta as facetas Desorganização Cognitiva, Ideação Mágica e Percepção Disfuncional. Para o fator Internalizante, foram desenvolvidas as facetas Disforia, Mania e Lassidão. Disforia diz respeito ao estado depressivo, sentimento de tristeza e angústia; mania refere-se a humor distorcido e elevado, estado eufórico e com aumento da irritação; lassidão diz respeito a diminuição de forças, esgotamento, fadiga, diminuição de interesse, enfatiamento e tédio. A TriA apresentou evidências de validade com base na estrutura interna, adequadas estimativas de fidedignidade das facetas e evidências de validade com base nas relações com outras variáveis (Carvalho & Gonçalves, 2024).

Apesar de estudos já realizados, é necessário, seguindo as boas práticas da construção de

Tabela 1. Dados sociodemográficos e características da amostra

Variáveis demográficas	N	Percentual (%)
Total	359	
Sexo		
Feminino	253	70.5%
Masculino	105	29.2%
Não binário	1	0.3%
Etnia		
Branco(a)	185	51.5%
Pardo(a)	126	35.1%
Preto(a)	40	11.1%
Asiático(a)	4	1.1%
Índio(a)	2	0.6%
Outros	2	0.6%
Escolaridade		
Ensino fundamental	7	1.9%
Ensino médio	39	10.9%
Superior (cursando)	147	40.9%
Superior (completo)	60	16.7%
Pós-graduação	106	29.5%
Região		
Sul	9	2.5%
Sudeste	130	36.2%
Norte	19	5.3%
Nordeste	196	54.6%
Centro-Oeste	4	1.1%
Outro país	1	0.3%
Estado civil		
Solteiro(a)	238	66.3%
Casado (a)/União estável	92	25.6%
Divorciado(a)	13	3.6%
Viúvo(a)	2	0.6%
Outros	14	3.9%
Diagnóstico Psiquiátrico		
Não	238	66.3%
Sim	121	33.7%
Qual diagnóstico		
Ansiedade	91	25.3%
Depressão	30	8.6%
Não tenho diagnóstico	238	66%

instrumentos, que estudos sejam conduzidos constantemente para verificar as evidências de validade e o real potencial dos instrumentos. Assim, o objetivo deste estudo é verificar a capacidade discriminativa da subescala Internalizante e suas facetas e verificar os indicadores de acurácia diagnóstica para pacientes depressivos e ansiosos. Estes transtornos foram escolhidos devido ao fator Internalizante ser amplamente formado por características de funcionamento destes dois transtornos. Nós desenvolvemos duas hipóteses para este estudo: h1) o grupo clínico apresentará as maiores médias na subescala Internalizante e nas suas facetas quando comparado ao grupo não clínico; e h2) a TriA apresentará maiores índices de sensibilidade do que especificidade, já que esta é uma característica de instrumentos de rastreio.

## Método

Trata-se de um estudo transversal e com amostra coletada por conveniência. Participaram deste estudo 359 adultos brasileiros com idade entre 18 e 76 anos ( $M=30.45$ ;  $DP=11.72$ ) em sua maioria mulheres (70.5%), brancos (51.5%), cursando o ensino superior (40.9%) solteiras (66.3%) e residindo atualmente na região Nordeste do Brasil (54.6%). Sobre saúde mental 121 (33.7%) relataram ter um diagnóstico de transtorno mental. Os dados detalhados estão apresentados na Tabela 1.

## Instrumentos

### Questionário sociodemográfico

O questionário foi composto por perguntas referentes a idade, sexo, região do Brasil em que reside, tipo de atividade laboral desenvolvida e diagnóstico psiquiátrico.

### Triagem de Psicopatologia para Adultos (TriA; Carvalho & Gonçalves, 2024)

A TriA é um instrumento de autorrelato para triagem de funcionamento psicopatológico fundamentada na perspectiva dimensional do HiTOP. O instrumento é composto por 89 itens em que 76 são explicados pelos fatores e 12 são utilizados para calcular um escore de incongruência. A TriA é composta por três subescalas, a saber, Internalizante, Externalizante e Transtornos do Pensamento, cada uma dessas subescalas são compostas por fatores específicos, A subescala Internalizante é composta pelas facetas Disforia, Mania e Lassidão. Externalizante é composto pelas facetas Agressividade, Uso de Substâncias, Impulsividade e Manipulação. Transtornos do Pensamento é composto pelas facetas Desorganização Cognitiva, Ideação Mágica, Percepção Disfuncional e Anedonia. Neste estudo será utilizada a subescala Internalizante que é composta por 28 itens que devem ser respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos, em que 1 se refere a “nada”, e 4, a “totalmente”. Os estudos de evidências de validade indicaram que as correlações com medidas externas foram satisfatórias, todas entre moderada e forte magnitude com construtos de ansiedade, depressão, suicídio, pânico e ansiedade social. A fidedignidade das facetas variou entre .86 e .89 indicando a fidedignidade por consistência

interna. Exemplos de itens “Sinto-me triste quase todos os dias”; “Algumas vezes tenho medo de perder o controle sobre mim”; Tenho dificuldade para realizar atividades que antes eu gostava de fazer.

### Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7; Spitzer et al., 2006)

O GAD-7 consiste em um questionário de autorrelato que permite a detecção rápida de Transtorno de Ansiedade Generalizada - TAG. Os indivíduos avaliam a presença de sintomas relacionados à ansiedade respondendo a sete itens em uma escala de quatro pontos com base na frequência com que perceberam esses sintomas (nem um pouco=0; vários dias=1; mais da metade dos dias=2; quase todos os dias=3). Os escores totais variam de 0 a 21, com pontuações mais altas refletindo níveis mais elevados de gravidade da sintomatologia TAG. Estudos indicam a qualidade psicométrica da GAD-7 (Gonçalves et al., 2023)

### Center for Epidemiologic studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977)

A CES-D é um instrumento de autorrelato criado para avaliar a sintomatologia depressiva, com ênfase no humor deprimido, na população geral. É composta por 20 itens que foram selecionados a partir de instrumentos que já existiam e já apresentavam evidências de validade para a avaliação da depressão. O instrumento apresenta quatro fatores: afetos depressivos, afetos positivos, somatização e atividade retardada e relações interpessoais. Os itens refletem sentimentos e comportamentos típicos da sintomatologia depressiva e o respondente deve assinalá-los em escala tipo likert de quatro pontos, variando de “0-Raramente (menos que 1 dia)” a “3-Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)” de acordo com a frequência que os sentiu na última semana. Em um estudo brasileiro utilizando uma amostra de universitários foram encontrados índices aceitáveis de consistência interna para as subescalas ( $\alpha=.65-.86$ ) (Hauck-Filho & Teixeira, 2011).

## Procedimento

Os procedimentos éticos deste estudo seguem as disposições da Declaração de Helsinque referente à pesquisa com seres humanos. O projeto

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar da Saúde da Universidade Federal da Bahia. Todos os participantes assentiram eletronicamente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após conhecer os objetivos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada online por meio do Google Forms e divulgada por meio de mídias sociais como Facebook, Twitter e WhatsApp.

### **Análise de dados**

Conduzimos análises descritivas com objetivo de categorização da amostra. Posteriormente dividimos a amostra em grupos, o grupo saudável foi composto por pessoas que indicaram não ter diagnóstico de transtorno mental e que ficaram a baixo dos pontos de corte na GAD-7 (menor que 10 pontos; Spitzer et al., 2006) e na CES-D (menor do que 22 pontos; Radloff, 1977); o grupo ansiedade foi composto por pessoas que indicaram ter um diagnóstico psiquiátrico, mais especificamente um transtorno de ansiedade, diagnosticado por psiquiatra ou psicólogo e apresentaram pontuação na GAD-7 igual ou maior do que 10 neste estudo; o grupo depressão foi composto por pessoas que indicaram ter um diagnóstico psiquiátrico, mais especificamente um transtorno depressivo, diagnosticado por psiquiatra ou psicólogo e apresentaram pontuação maior ou igual a 22 na CES-D. Após a formação dos grupos, comparamos as médias do grupo saudável com grupo de ansiedade na subescala e nas facetas da TriA. Comparamos também o grupo saudável com o grupo depressivos. Utilizamos o teste t para comparar as medias dos grupos. Consideramos diferença significativa quando  $p < .05$ . Como o a significância estatística não está relacionada ao tamanho da diferença, verificamos a magnitude da diferença por meio do  $d$  de Cohen. Interpretamos o tamanho da diferença segundo Cohen (1992) valores entre 0.20 e 0.50 são diferenças pequenas, entre 0.50 e 0.80 medias e valores maiores que 0,80 como grande. O software utilizado para execução das análises foi o JASP 14.1.

Posteriormente, realizamos curvaROC (*Receiver Operating Characteristic*) com o escore geral de Internalizante e calculamos os indicadores de acurácia diagnóstica após o estabelecimento do ponto de corte mais adequado,

priorizando a sensibilidade conforme deve ser uma escala de rastreio, porém equilibrando com a especificidade para melhor utilização do instrumento. Três análises foram realizadas, uma utilizando o grupo saudável e o grupo de ansiedade, outra utilizando o grupo saudável e o grupo depressão e a última unimos os grupos de ansiedade e depressão em apenas um grupo chamado patológico e o grupo saudável. Além disso, calculamos os valores da área sob a curva, sensibilidade, especificidade, valor preditivo verdadeiro, valor preditivo negativo e acurácia. Para calcular os valores preditivos positivo e negativo, utilizamos a fórmula proposta por Streiner (2003) para amostras sem prevalência. Utilizamos o SPSS 25 para conduzir estas análises.

### **Resultados**

Os primeiros resultados apresentados são referentes a comparação dos grupos por meio do test t e magnitude da diferença (D de Cohen). Os resultados estão apresentados na Tabela 2.

O grupo saudável apresentou as menores médias em todas as comparações, seja comparado ao grupo de ansiedade, seja comparado ao grupo depressão. Todas as diferenças foram estatisticamente significativas e o tamanho da diferença foi grande em todas as comparações analisadas. Na comparação do grupo saudável com ansiedade, a maior magnitude da diferença foi observado na subescala Internalizante. Na comparação com grupo depressão, a maior magnitude da diferença foi na faceta disforia. Na Tabela 3 estão apresentados os indicadores de acurácia diagnóstica para a subescala Internalizante.

Os resultados de modo geral foram similares para as três análises realizadas. O ponto de corte escolhido como adequado foi escolhido priorizando sensibilidade, porém sem deixar que os valores de especificidade fossem excessivamente baixos. Em todas as análises a sensibilidade foi maior do que .90 e a acurácia maior do que .80. O Internalizante funcionou ligeiramente superior na identificação de casos de transtornos depressivos.

Tabela 2. Comparação dos grupos na subescala Internalizante e suas facetas

		Saudável X Ansiedade				
	Grupos	Média	SD	T	P	D
Internalizante	Saudável	1.55	.42	-21.43	<.001	2.64
	Ansiedade	2.80	.59			
Disforia	Saudável	1.47	.38	-19.56	<.001	2.41
	Ansiedade	2.58	.62			
Mania	Saudável	1.57	.46	-19.29	<.001	2.38
	Ansiedade	2.80	.64			
Lassidão	Saudável	1.60	.55	-20.16	<.001	2.49
	Ansiedade	3.02	.62			
		Saudável X Depressão				
	Grupos	Média	SD	T	P	D
Internalizante	Saudável	1.55	.42	-14.44	<.001	2.76
	Depressão	2.77	.57			
Disforia	Saudável	1.47	.38	15.49	<.001	2.96
	Depressão	2.67	.55			
Mania	Saudável	1.57	.46	-12.68	<.001	2.42
	Depressão	2.76	.67			
Lassidão	Saudável	1.60	.55	-11.88	<.001	2.27
	Depressão	2.88	.68			

Tabela 3. Indicadores de acurácia diagnóstica

TriA	Indicadores de acurácia diagnóstica para diferentes grupos de transtornos							
		Transtornos de Ansiedade						
	AUC	Corte	Especificidade	Sensibilidade	VPP	VPN	Acurácia	
Internalizante	.95	1.87	.76	.92	.60	.96	.81	
	Transtornos Depressivos							
	AUC	Corte	Especificidade	Sensibilidade	VPP	VPN	Acurácia	
	.96	2.04	.84	.93	.43	.99	.85	
		Transtornos Internalizante						
	AUC	Corte	Especificidade	Sensibilidade	VPP	VPN	Acurácia	
	.94	1.93	.78	.90	.68	.94	.82	

Nota. Corte=AUC=área sob a curva; Pontuação de corte para escala; VPP=valor preditivo positivo; VPN=valor preditivo negativo.

## Discussão

Os estudos de caráter clínico com as escalas são fundamentais para que se verifique a contribuição que os instrumentos terão para os profissionais na sua prática profissional. Obviamente, todo estudo de evidência de validade é relevante para a fase cumulativa de informações sobre os testes. Porém, os estudos de acurácia, muito utilizados em outras áreas, ainda são pouco realizados com os instrumentos na psicologia. Visando verificar a contribuição da subescala da TriA para a prática clínica, o objetivo deste estudo foi verificar a capacidade discriminativa da subescala Internalizante e suas facetas e verificar os indicadores de acurácia diagnóstica para pacientes depressivos e ansiosos. Os resultados encontrados indicam que a subescala Internalizante apresenta capacidade discriminativa em suas facetas e que o escore de prejuízos Internalizantes cumpre seu papel de triagem para o qual foi construído.

A comparação das médias dos grupos na subescala Internalizante e suas facetas indicou um tamanho de efeito grande entre os grupos clínicos (ansioso e depressivo) e o grupo saudável, conforme a interpretação de Cohen (1992). Esses resultados estão alinhados com a literatura que evidencia prejuízos internalizantes como uma característica central de transtornos emocionais, como ansiedade e depressão (Krueger & Markon, 2006; Kotov et al., 2017). A primeira hipótese do estudo, que previa diferenças significativas entre os grupos, foi confirmada, reforçando a validade do construto internalizante como um marcador desses transtornos. Os prejuízos internalizantes refletem uma tendência dos indivíduos de vivenciar estados emocionais negativos, como humor deprimido, desânimo, angústia e afetividade negativa exacerbada (Watson et al., 2022). Esses aspectos são particularmente proeminentes em pacientes com transtornos depressivos e ansiosos, o que justifica as maiores médias observadas nesses grupos. A depressão, por exemplo, está associada a sintomas como tristeza persistente, perda de

interesse em atividades prazerosas e sentimentos de desesperança (APA, 2023). Já a ansiedade está frequentemente ligada a preocupação excessiva, irritabilidade e hipervigilância (Barlow et al., 2017). Esses sintomas são capturados pelas facetas da subescala Internalizante, que detalham manifestações específicas, como disforia, queda de energia, preocupação e comportamentos suicidas (Kotov et al., 2017).

A capacidade de identificar corretamente os grupos pré-definidos foi dentro do esperado para um instrumento de triagem e estão ao encontro da segunda hipótese desenvolvida. Foram analisados os indicadores sensibilidade que diz respeito a capacidade do instrumento para identificar pacientes com a presença do transtorno quando de fato eles tem um transtorno; especificidade que indica a capacidade do teste em identificar paciente que não tem transtorno como negativo; o VPP proporção de pacientes, com resultados positivos nos testes, que são diagnosticados corretamente e VPN que refere-se a proporção de pacientes, com resultados negativos nos testes, que são diagnosticados corretamente. Por fim, foi verificado a acurácia que indica a capacidade global do instrumento em identificar corretamente (Glasser, 2014; Lalkhen & McCluskey, 2008). A área sob a curva, que se refere a um panorama geral do poder discriminativo, apresentou valores em todas as análises que podem ser interpretados como excelentes (Hosmer & Lemeshow, 2000; Šimundić, 2009). A sensibilidade maior que a especificidade era esperada considerando que esta é uma recomendação para instrumentos de triagem, que é o caso da TriA (Gonçalves, et al., 2021). A subescala Internalizante foi capaz de identificar 92% dos pacientes com a presença do transtorno de ansiedade corretamente, e 76% das pessoas sem sinais de transtornos ansiosos. Quanto ao grupo depressivo, foi capaz de identificar corretamente 93% dos pacientes com presença dos transtornos e 84% dos pacientes sem transtornos. Por fim, o grupo criado chamado de prejuízos internalizantes teve identificado corretamente 90% das pessoas enquanto 78% do grupo saudável foi identificado, ou seja, a subescala Internalizante produz mais falsos positivos do que casos negativos. A maior taxa de falsos positivos sugere a necessidade de cautela na interpretação dos resultados, especialmente em contextos clínicos onde a

precisão diagnóstica é crucial (Lalkhen & McCluskey, 2008). É importante ressaltar que todas as medidas possuem erros de medição e as escalas psicológicas não são exceção. Se consideramos que esta medida ainda mensura fenômenos não diretamente na variável latente, mas sim sua manifestação, os resultados aqui apresentados podem ser considerados satisfatórios.

Algumas considerações sobre os resultados necessitam ser pontuadas. A primeira é que estes resultados não respaldam a utilização do instrumento como ferramenta diagnóstica. Os erros de medida inerentes a qualquer medida podem ser superados dentro de um processo de avaliação psicológica em que outras fontes de informações são consideradas, o que proporcionará uma decisão mais precisa por parte do profissional. Portanto, o instrumento é apenas uma parte a ser considerada pelo profissional na sua atuação, uma parte importante, é verdade, porém necessita de complementação. Outra consideração importante a se fazer é que os resultados aqui detalhados são uma indicação do real potencial do instrumento, porém, as amostras que definiram os grupos fizeram um autorrelato sobre sua condição de saúde mental. Este autorrelato pode ter sido enviesado. Para tentar minimizar o erro na composição dos grupos, utilizamos instrumentos padronizados (GAD-7 e CES-D) e o diagnóstico autorrelatado, ou seja, o participante indicou que recebeu diagnóstico realizado por psicólogo ou psiquiatra. Utilizando estas duas fontes de informações buscamos ter grupos mais compatíveis com a realidade. Como planejamento de estudos futuros, temos como agenda buscar a representativa de outros transtornos que possam ser avaliados pelas outras subescalas da TriA, Externalizante e Transtornos do Pensamento, além de buscar essa coleta dentro de serviços de saúde mental em que será possível verificar o diagnóstico do paciente em prontuário. Porém, mesmo dentro desses dispositivos de saúde, é necessário usar outras ferramentas como parâmetro para definição dos grupos já que o diagnóstico dentro dos serviços também recebe muitas críticas pelas conduções dos profissionais nestes contextos.

Com base nas análises conduzidas, considerando as limitações apontadas, podemos compreender os resultados como indicação de potencial da subescala Internalizante para

utilização na clínica. Os resultados foram satisfatórios e dentro da expectativa para este tipo de ferramenta. Podemos entender a subescala Internalizante da TriA como um instrumento útil para avaliação da saúde mental. Os pontos de corte indicados neste artigo podem ser usados como referência clínica para quem utilizará a TriA, mas especificamente a subescala Internalizante, sempre ressaltando que outras informações devem ser consideradas e os escores não devem ser considerados de forma isolada.

## Referências

- Agterén, J., & Iasiello, M. (2020). Advancing our understanding of mental wellbeing and mental health: The call to embrace complexity over simplification. *Australian Psychologist*, *55*(4), 307-316. <https://doi.org/10.1111/ap.12440>
- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., de Jonge, P., Karam, E. G., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and anxiety*, *35*(3), 195–208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2017). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, *5*(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/2167702616687073>
- Carvalho, L. F., & Gonçalves, P. G., (2024) *Triagem de Psicopatologia para Adultos (TriA): Manual técnico.*
- Cheung, R., O'Donnell, S., Madi, N., & Goldner, E. M. (2017). Factors associated with delayed diagnosis of mood and/or anxiety disorders. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, *37*(5), 137–148. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.5.02>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., Huang, E., & Zuo, Q. K. (2021). The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: A meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1486*(1), 90–111. <https://doi.org/10.1111/nyas.14506>
- Glasser, S. P. (2014). Research methodology for studies of diagnostic tests. In *Essentials of Clinical Research* (pp. 313-326). Springer, Cham.
- Gonçalves, A. P. G., Pimentel, R. P. F. A., & Carvalho, L. D. F. (2020). Funcionamento patológico da personalidade para predição da depressão, qualidade de vida e esperança. *Interação em Psicologia*, *24*(1), 459-466. <https://doi.org/10.5380/PSI.V24I1.62784>
- Gonçalves, A. P., Pianowski, G., & Carvalho, L. F. (2023). Indicadores para acurácia diagnóstica. In C. Faiad, M. N. Baptista, & R. Primi (Eds.), *Tutoriais em análise de dados aplicados à psicometria* (Capítulo 7). Editora Exemplo.
- Gonçalves, A. P., Zuanazzi, A. C., Salvador, A. P., & Jaloto, A. (2023). Evidências de Validade para Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7). *Revista Psicologia e Saúde*, *15*(1), e15101743. <https://doi.org/10.20435/pssa.v15i1.1743>
- Hauck Filho, N., & Teixeira, M. A. P. (2011). A estrutura fatorial da Escala CES-D em estudantes universitários brasileiros. *Avaliação Psicológica*, *10*(1), 91-97.
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Kotov, R., Jonas, K. G., Carpenter, W. T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K., Reininghaus, U., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Widiger, T. A., Wright, A. G. C., Zald, D. H., Krueger, R. F., Watson, D., & HiTOP Utility Workgroup. (2020). Validity and utility of hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): I. Psychosis superspectrum. *World Psychiatry*, *19*(2), 151-172. <https://doi.org/10.1002/wps.20730>

- 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>
- Krueger, R. F., Hobbs, K. A., Conway, C. C., Dick, D. M., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Keyes, K. M., Latzman, R. D., Michelini, G., Patrick, C. J., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Tackett, J., Waldman, I., Waszczuk, M. A. ... HiTOP Utility Workgroup. (2021). Validity and utility of hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. *World Psychiatry, 20*(2), 171-193. <https://doi.org/10.1002/wps.20844>
- Lalkhen, A. G., & McCluskey, A. (2008). Clinical tests: Sensitivity and specificity. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain, 8*(6), 221-223. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkn041>
- Leal-Hernández, D. A., Bianchi, J. M., Montoya, C. E., & Villalba-Garzón, J. A. (2023). Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs): Confiabilidad, estructura interna y otras evidencias de validez en Bogotá. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 70*(4), 5-17.
- Leung, C. M. C., Ho, M. K., Bharwani, A. A., Cogo-Moreira, H., Wang, Y., Chow, M. S. C., Fan, X., Galea, S., Leung, G. M., & Ni, M. Y. (2022). Mental disorders following COVID-19 and other epidemics: A systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry, 12*(1), 205. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01946-6>
- Liu, C., Pan, W., Li, L., Li, B., Ren, Y., & Ma, X. (2021). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia symptoms among patients with COVID-19: A meta-analysis of quality effects model. *Journal of Psychosomatic Research, 147*(110516), 110516. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110516>
- Marín-Gutiérrez, M., Avalos-Tejeda, M., Palominos-Urquieta, D., Valle-Kendall, R. B., & Pinto-Cortez, C. (2024). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoevaluación de la Depresión-Revisada (EAED-R). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 1*(71), 99-118.
- McGinty, K. R., Janos, J., Seay, J., Youngstrom, J. K., Findling, R. L., Youngstrom, E. A., & Freeman, A. J. (2023). Comparing self-reported quality of life in youth with bipolar versus other disorders. *Bipolar Disorders, 25*(8), 648-660. <https://doi.org/10.1111/bdi.13320>
- Olariu, E., Forero, C. G., Castro-Rodriguez, J. I., Rodrigo-Calvo, M. T., Álvarez, P., Martín-López, L. M., Sánchez-Toto, A., Adroher, N. D., Blasco-Cubedo, M. J., Vilagut, G., Fullana, M. A., & Alonso, J. (2015). Detection of anxiety disorders in primary care: A meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses. *Depression and Anxiety, 32*(7), 471-484. <https://doi.org/10.1002/da.22360>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Salvador, A. P., Gonçalves, A. P., Martins, G. H., & Carvalho, L. D. F. (2022). Pathological traits and adaptability as predictors of engagement, job satisfaction, burnout and workaholism. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 38*, e38551. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38551>
- Santabárbara J, Lasheras I, Lipnicki DM, et al. Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021;109:110207.* <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
- Šimundić, A. M. (2009). Measures of diagnostic accuracy: Basic definitions. *Ejifcc, 19*(4), 203.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams J. B., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalised anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med, 166*(10), 1092-7. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Streiner, D. L. (2003). Diagnosing tests: Using and misusing diagnostic and screening tests. *Journal of Personality Assessment, 81*(3), 209-219. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8103\\_03](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8103_03)

- Victor, S. E., Johnson, S. L., & Gotlib, I. H. (2011). Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *13*(3), 303-309. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00919.x>
- Watson, D., Forbes, M. K., Levin-Aspenson, H. F., Ruggero, C. J., Kotelnikova, Y., Khoo, S., Bagby, R. M., Sunderland, M., Patalay, P., & Kotov, R. (2021). The development of preliminary HiTOP internalizing spectrum scales. *Assessment*, *29*(1), 17-33. <https://doi.org/10.1177/10731911211003976>
- Watson, D., Forbes, M. K., Levin-Aspenson, H. F., Ruggero, C. J., Kotelnikova, Y., Khoo, S., ... & Kotov, R. (2022). The development of preliminary HiTOP internalizing spectrum scales. *Assessment*, *29*(1), 17-33. <https://doi.org/10.1177/1073191121100397>
- Watson, D., Levin-Aspenson, H. F., Waszczuk, M. A., Conway, C. C., Dalgleish, T., Dretsch, M. N., ... & Zinbarg, R. E. (2022). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry*, *21*(1), 26-54.
- World Health Organization (WHO/OMS) (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Relatório Mundial de Saúde Mental (who.int)
- World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).
- World Health Organization. (2022b). World mental health report: Transforming mental health for all (1th ed.).
- Zuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety Disorders. *JAMA*, *328*(24), 2431. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744>
- Lalkhen, A. G., & McCluskey, A. (2008). Clinical tests: Sensitivity and specificity. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, *8*(6), 221-223. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkn041>