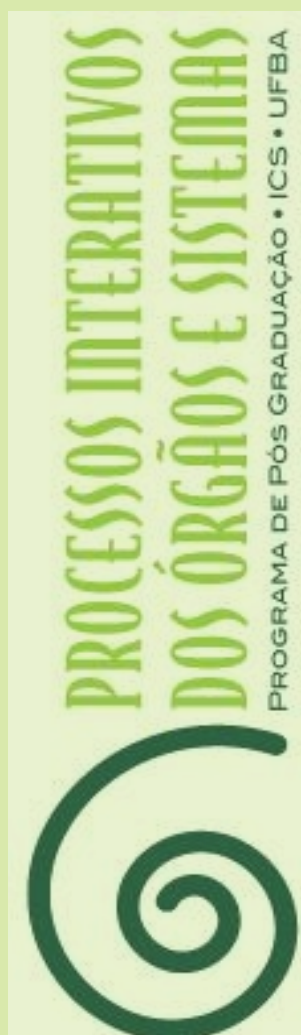


UFBA

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Ciências da Saúde

STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO



**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO CD-QUEST-R9
EM UMA AMOSTRA DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL**

Salvador
2022

STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO CD-QUEST-R9 EM UMA AMOSTRA DE
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Pires dos Santos

Salvador

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Tourinho, Stefano Emanuel Santos.

Propriedades psicométricas do CD-Quest-R9 em uma amostra de estudantes universitários do Brasil / Stefano Emanuel Santos Tourinho. - 2022

74 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Pires dos Santos

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2022.

1. Psicometria. 2. Questionários - Avaliação. 3. Terapia cognitiva. I. Oliveira, Irismar Reis de. II. Santos, Pedro Paulo Pires dos. III. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. IV. Título.

CDD 150.287 - 23. ed.

Elaborada por Maria Auxiliadora da Silva Lopes - CRB-5/1524



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Ciências da Saúde



PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA



TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO

STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO CD-QUEST-R EM UMA AMOSTRA DE
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL**

Salvador, Bahia, 28 de outubro de 2022.

COMISSÃO EXAMINADORA:

DocuSigned by:

Irismar Reis de Oliveira

PROF. DR. IRISMAR REIS DE OLIVEIRA (Examinador Interno)

DocuSigned by:

José Neander Silva Abreu

PROF. DR. JOSÉ NEANDER SILVA ABREU (Examinador Interno)

DocuSigned by:

Ricardo Henrique de Sousa Araújo

PROF. DR. RICARDO HENRIQUE DE SOUSA ARAÚJO (Examinador Externo)

Aos
Mestres que me incentivaram a trilhar esta estrada,
o prazer de ter sido educado para exercer a profissão com excelência.

AGRADECIMENTOS

Ao fim de mais uma jornada, fica o meu agradecimento em primeiro lugar a Deus, por possibilitar a estrada percorrida durante toda a trajetória.

Aos meus pais, Vera Lúcia Santos Tourinho e Manoel Elmo Tourinho, que em mim depositaram amor e confiança, sempre estiveram do meu lado, incentivando e cuidando, nos mínimos detalhes, de todas as coisas e que, apesar das dificuldades, sempre me fortaleceram.

Aos meus irmãos, Elis Regina Tourinho, Ellis Rejane Tourinho, Ellis Fernando Santos Tourinho e a meu sobrinho Kleber Lima, pelo apoio e pela cumplicidade que nunca faltou.

Ao meu orientador e amigo, Prof. Irismar Reis de Oliveira, pela confiança, pelo tempo dedicado, pelo incentivo a este estudo, pelas lições e pelos ensinamentos, meu eterno reconhecimento.

Ao meu coorientador, Prof. Pedro Paulo Pires dos Santos, por todo conhecimento e pela disponibilidade no desenvolvimento deste trabalho.

A Esdras Cabus Moreira, maior incentivador de todo o trajeto percorrido antes e durante o mestrado, pela paciência e ensinamentos.

A minha colega e amiga Thaís Prado, por caminhar comigo nessa jornada, ao longo desses dois anos.

Aos meus pequenos Ed e Luke, pela paciência e por ficarem ao meu lado nesse período de dois anos.

A todos os colegas, pela união da turma, fator decisivo em toda caminhada durante o curso.

Aos professores do Programa que, ao longo dos dois anos, passaram muitos ensinamentos e experiências, elevando o nível da pós-graduação.

À coordenação do Programa, em nome dos Professores Ana Caline Nóbrega da Costa e Eduardo Pondé de Sena, pelo trabalho realizado.

À Secretaria do Programa, cujos funcionários de maneira atenciosa e responsável desenvolvem seu papel de forma exitosa.

Ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, da Universidade Federal da Bahia, pela oportunidade de estudar em uma instituição com excelente conceito em educação no país.

TOURINHO, Stefano Emanuel Santos. **Propriedades psicométricas do CD-Quest-R9 em uma amostra de estudantes universitários do Brasil**. 2022. Orientador: Irismar Reis de Oliveira. 74 f. il. Dissertação (Mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMO

Introdução: O Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest) é um instrumento que identifica erros lógicos - ou distorções cognitivas -, disponível apenas para adultos e é utilizado em Terapia Cognitiva Processual. **Objetivo:** Validar uma versão reduzida do referido questionário junto a estudantes de graduação, designada o CD-Quest-R9, e testar suas propriedades psicométricas. **Método:** A investigação foi desenvolvida mediante a participação de 1.124 estudantes universitários. Após avaliação da validade de conteúdo e da análise dos dados, o instrumento foi reduzido para 9 itens, dos 15 iniciais. Um psicometrista analisou o conteúdo e a estrutura dos itens. Por fim, para investigar a validade de construto do CD-Quest-R9, o instrumento foi comparado à versão original da escala completa, que mede a frequência das distorções e a magnitude atribuída a elas, e a duas escalas: DASS-21 e WHO-5. **Resultados:** A consistência interna global do CD-Quest-R9 foi $\alpha = 0,70$, enquanto para a subescala de frequência foi $\alpha = 0,93$ e para a subescala de intensidade, $\alpha = 0,93$. Os resultados da análise fatorial exploratória e da validade concorrente indicaram que os itens do CD-Quest-R9 apresentam boas propriedades psicométricas e geraram escores de forma confiável. **Conclusão:** As propriedades psicométricas do CD-Quest-R9 demonstraram sua adequação e consistência para mensurar as distorções cognitivas, em uma população de estudantes universitários.

Palavras-chave: psicometria; CD-Quest; Terapia Cognitiva; Terapia Cognitiva Processual.

TOURINHO, Stefano Emanuel Santos. **Psychometric properties of CD-Quest-R in a sample of university students in Brazil**. 2022. Advisor: Irismar Reis de Oliveira. 74 s. ill. Dissertation (Master's Degree in Interactive Processes of Organs and Systems) – Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, Salvador.

ABSTRACT

Introduction: Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) is an instrument that identifies logical errors or cognitive distortions. It is available only to adults and is used in Trial-Based Cognitive Therapy (TBCT). **Objective:** To validate a reduced version of CD-Quest in undergraduate students - the CD-Quest-R9 - and to test its psychometric properties. **Method:** Investigation was carried out with the participation of 1,124 university students. After evaluating content validity and analyzing the data, instrument was reduced to 9 items out of the initial 15. A psychometrist analyzed content and structure of the items. Finally, in order to investigate construct validity of CD-Quest-R9, instrument was compared to the original version of the complete scale, which measures frequency of distortions and magnitude that is attributed to them, and also it was compared to two scales: DASS-21 and WHO-5. **Results:** Overall internal consistency of CD-Quest-R9 was $\alpha = 0.70$, while for frequency subscale it was $\alpha = 0.93$ and for intensity subscale, $\alpha = 0.93$. The results of exploratory factor analysis and concurrent validity indicated that items of CD-Quest-R9 present good psychometric properties and generated reliable scores. **Conclusion:** Psychometric properties of CD-Quest-R9 demonstrate its adequacy to measure cognitive distortions consistently in a population of university students.

Keywords: psychometrics; CD-Quest; Cognitive Therapy; Cognitive Processing Therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Questionário sociodemográficos	33
Tabela 2	Estatística descritiva incluindo média, intervalo de confiança da média, variância, assimetria e curtose	34
Tabela 3	Dimensões extraídas, % variância amostral, % variância simulada e autovalores amostrais brutos estimados no processo de análise paralela	34
Tabela 4	Valores de I-único, I-ECV e IREAL para a unidimensionalidade dos itens	35
Tabela 5	Valores das cargas fatoriais e seus respectivos intervalos de confiança (90% IC), assim como valores de comunalidade associada	35
Tabela 6	Variância amostral e simulada pela análise paralela. Autovalores amostrais indicam retenção do primeiro fator pelo critério Kaiser	36
Tabela 7	Valores de I-único, I-ECV e IREAL para a unidimensionalidade dos itens	37
Tabela 8	Cargas fatoriais, intervalo de confiança de 90% e comunalidades	38
Tabela 9	Cargas fatoriais, intervalo de confiança de 90% e comunalidades	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama de caminhos incluindo a subescala de ansiedade (abreviatura DASS), a escala de frequência de distorções cognitivas (CDF) e a escala de bem-estar WHO-5 (wh5)	40
Figura 2	Decisão sobre o número de clusters a serem extraídos pelo método de <i>elbow</i>	41
Figura 3	Classificação de participantes da amostra através do algoritmo de classificação por Fuzzy C-means	41
Figura 4	Classificação de participantes da amostra através do algoritmo de classificação por Fuzzy C-means, com solução fixa para três agrupamentos. O algoritmo restringe para 2 o número de clusters detectados	42

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Distorções cognitivas	19
-----------------	-----------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
PA	Pensamentos Automáticos
CD-QUEST	Questionário de Distorções Cognitivas
TCP	Terapia Cognitiva Processual
ATQ-R	Questionário de Pensamentos Automáticos Revisão
CBQ	Questionário de Viés Cognitivo
CEQ	Questionário de Erros Cognitivos
CDS	Escala de Distorções Cognitivas
CFA	Análise Fatorial Confirmatória
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DASS	Depression Anxiety Stress
ACT	Academy of Cognitive Therapy
ATQ	Automatic Thoughts Questionnaire
ASSQ	Questionário de Autodeclarações Ansiosos
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AERA	Associação Americana de Pesquisa Educacional
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
IC	Intervalo de Confiança
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
RPBS	Registro de Pensamento Baseado na Revisão de Sentenças
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
MSA	Measure of Sampling Adequacy
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GERAL.....	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4. REVISÃO DA LITERATURA	17
4.1 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)	17
4.2 TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL (TCP).....	17
4.3 DISTORÇÕES COGNITIVAS	19
4.4 QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-QUEST).....	2222
4.5 PSICOMETRIA E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS	24
5. MATERIAL E MÉTODOS	27
5.1 AMOSTRA.....	27
5.2 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS	27
5.3 INSTRUMENTOS	28
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	28
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	30
6. RESULTADOS	32
7. DISCUSSÃO	43
8. CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	49
ANEXO A	500
ANEXO B	577
ANEXO C	59
ANEXO D	60
ANEXO E	66
ANEXO F	70

1 INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitiva (TC) desenvolvida por Aaron Beck, na década de 1960, base conceitual para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), observa que a forma como as pessoas se sentem e se comportam depende fundamentalmente de como elas percebem e interpretam as situações vivenciadas. Essas formas de percepção foram denominadas pensamentos automáticos (PA) e quando passam a produzir ideias distorcidas das vivências, produzindo "erros lógicos", há um potencial para o surgimento de emoções negativas e comportamentos disfuncionais. Quando a pessoa percebe de forma distorcida situações ou estados emocionais, tais percepções são conhecidas como "distorções cognitivas" que, em excesso, podem levar a dificuldades emocionais ou contribuir para a exacerbação de transtornos psiquiátricos ^(1,2).

Os transtornos psicológicos seguem padrões cognitivos específicos, mantidos por crenças centrais disfuncionais ^(3,4). Beck descreve 14 distorções cognitivas mais comuns: leitura mental; previsão do futuro; pensamento do tipo “e se”; desqualificação dos aspectos positivos; filtro negativo; supergeneralização; rotulação; pensamentos do tipo “deveria”; personalização; pensamento dicotômico; comparações pouco razoáveis; tendência à lamentação; atribuição de culpa e raciocínio emocional ⁽⁵⁾. As distorções cognitivas, como formas errôneas de pensamento, irracionais e exageradas, são entendidas como fundamentais para o desenvolvimento e persistência de inúmeros transtornos mentais ⁽⁶⁾. Aaron Beck ⁽⁷⁾ desenvolveu a TC para reestruturar tais pensamentos automáticos (PA) e ajudar os indivíduos a obter alívio de seu sofrimento psicológico, transformando as distorções cognitivas de pensamentos automáticos disfuncionais em pensamentos mais funcionais ou imparciais.

Mais recentemente, foi construída uma escala para a avaliação dessas distorções, o CD-Quest. Trata-se de uma escala composta por 15 itens, que ampliam as informações sobre as distorções cognitivas. Irismar Reis de Oliveira et al ⁽⁸⁾ incluíram na escala três tipos diferentes de informação: 1) frequência (ou seja, quantas vezes o paciente experimentou a distorção na semana); 2) intensidade do crédito na distorção; e 3) escore combinado de frequência/intensidade. Tal estrutura facilita uma hierarquização da experiência do paciente, já que trabalha com as diferentes dinâmicas apresentadas pelas distorções cognitivas ⁽⁹⁾. Por exemplo, distorções cognitivas experimentadas com baixa intensidade e alta frequência podem não ser detectadas por outros instrumentos que não apresentam tais informações. O CD-Quest foi desenvolvido como parte de uma abordagem psicoterápica, a Terapia Cognitiva Processual

(TCP) ⁽⁸⁾. As propriedades psicométricas do CD-Quest foram avaliadas na Austrália ⁽¹⁰⁾, Turquia ⁽¹¹⁾, Estados Unidos ⁽¹²⁾ e China ⁽¹³⁾.

O instrumento CD-Quest-R com 9 itens, o CD-Quest-R9, em se comprovando ter o mesmo resultado da escala original com 15 itens, terá um retorno ainda mais significativo quando comparado ao tempo de resposta. Esse ganho é essencial para a avaliação inicial do paciente e trará benefício para o acompanhamento da evolução clínica do indivíduo.

2 JUSTIFICATIVA

Apesar dos estudos apresentados anteriormente evidenciarem a importância e a consistência do CD-Quest para a medição das distorções cognitivas em cenários clínicos, na prática, o seu tamanho dificulta a aplicabilidade: em média, um participante pode demorar até 10 minutos para completar todo questionário de 15 itens. Esse tempo pode ser proibitivo em uma variedade de contextos, como quando faz parte de uma bateria que avalia uma ampla gama de constructos, quando é administrada durante um experimento com medidas repetidas ou em ambientes clínicos⁽¹⁴⁾. Consequentemente, iniciaram-se os estudos com versões reduzidas da escala. A validação das versões reduzidas foi realizada tomando os dados de estudos realizados em diversos países, inclusive no Brasil. Por conta disso, tornou-se necessário um estudo para a construção e validação da versão reduzida (CD-QUEST-R9), com nove itens, não só numa população amostral maior, como também em indivíduos de populações mais heterogêneas. Diante do exposto, é compreensível a construção de uma investigação que objetive a realização do estudo de validação (avaliação das características psicométricas) das versões reduzidas do CD-Quest, ou seja, do CD-Quest-R9 e do CD-Quest-R5, numa população mais ampla e heterogênea, como a de universitários de cursos de graduação de uma universidade pública do Brasil.

3 OBJETIVOS

Os objetivos estabelecidos para o desenvolvimento desta pesquisa estão descritos a seguir.

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as propriedades psicométricas da versão reduzida do questionário de distorções cognitivas, o CD-QUEST-R9, proposta por Morrisson et al. ⁽¹⁴⁾, aplicado em estudantes universitários.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Obter evidência de validade de constructo e concorrente;
2. Estimar a consistência interna do instrumento;
3. Identificar o caráter classificatório do CD-Quest na versão de 9 itens para as medidas empregadas.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Esta seção traz uma revisão da literatura a respeito da relação de distorções cognitivas e transtornos mentais, além de trabalhar aspectos relacionados à construção da escala em estudo com base nos pressupostos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e da Terapia Cognitiva Processual (TCP). Finalizando, alguns aspectos da psicométrica serão abordados.

4.1 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

Aaron Beck⁽⁷⁾ desenvolveu a terapia cognitiva para reestruturar os pensamentos automáticos (PA), as imagens ou as palavras que passam pela mente, que são elementos específicos para determinada situação e podem ser considerados como o nível mais superficial da cognição, além de ajudar os indivíduos a obter alívio de seu sofrimento psicológico, transformando as distorções cognitivas de PA disfuncionais em pensamentos mais funcionais ou imparciais. Portanto, as distorções cognitivas como formas de pensamento errôneas, irracionais e exageradas, são entendidas como fundamentais para o desenvolvimento e persistência de inúmeros transtornos mentais ⁽¹²⁾.

A TCC foi criada por Aaron Beck, no início dos anos de 1960, na Universidade da Pensilvânia, Estados Unidos da América. Beck acompanhou pacientes com depressão e percebeu que a teoria freudiana que tentava explicar os sintomas depressivos, como resultantes de uma agressividade que se voltava para o próprio sujeito, não conseguia explicar suas observações sobre as manifestações emocionais e comportamentais dos pacientes. Ao contrário da teoria freudiana sobre conflitos internos determinando sintomas, sugeriu que o fenômeno central da síndrome depressiva era que os pacientes apresentavam interpretações com forte viés negativo sobre as situações, ocasionando emoções também negativas e ações proporcionais a essas percepções distorcidas dos eventos ⁽¹⁵⁾.

4.2 TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL (TCP)

Algumas considerações sobre a TCP podem ajudar a compreender o desenvolvimento do CD-Quest, uma escala para avaliação de distorções cognitivas. Desenvolvida na Universidade Federal da Bahia, a TCP originou-se a partir da criação de uma técnica chamada *Registro de Pensamentos Baseado na Reversão de Sentenças – RPBR* ⁽¹⁶⁾, cujo objetivo era

reestruturar as crenças nucleares disfuncionais que se manifestavam por pensamentos do tipo “sim, mas...”.

A TCP é baseada na TCC de Beck, mas introduz técnicas que permitem ao terapeuta iniciante um passo a passo importante para o domínio mais imediato das práticas psicoterápicas. Não só simplifica sua implementação pelo terapeuta, como também torna seus princípios mais compreensíveis para o paciente. A TCP é estruturada em três níveis de cognição, sendo aplicada em três fases. Apesar dos pontos semelhantes com a TCC, a TCP conta com técnicas próprias direcionadas à modificação de crenças nucleares, principalmente as relativas ao *self*⁽¹⁷⁾. O início da TCP remonta ao desenvolvimento da técnica que denominou *Registro de Pensamentos Baseado na Reversão da Sentenças (Sentence Reversion-Based Thought Record)*⁽¹⁶⁾. A ideia central seria a desativação de esquemas e crenças disfuncionais e a ativação de esquemas e crenças mais funcionais e adaptativos. Por exemplo, no quadro depressivo, teríamos a substituição de esquemas depressogênicos por esquemas não-depressogênicos.

Contudo, trabalhar confrontando diretamente as evidências que sustentavam uma crença disfuncional tendia a invalidar a posição do paciente e criar resistência, o que fez o autor da TCP criar uma técnica no modelo jurídico no qual o “promotor traria as evidências mantenedoras da crença disfuncional, acusando o paciente”, cabendo ao “advogado de defesa” a formulação dos argumentos e evidências que não sustentam a acusação, levando o paciente, por meio dessa técnica, à modificação das suas crenças disfuncionais⁽¹⁸⁾.

A estruturação dessa nova intervenção mostrou-se eficaz na redução da vinculação do paciente a cognições e comportamentos negativos, bem como a emoções correspondentes, quando presentes na psicopatologia do paciente, independente do diagnóstico psiquiátrico em questão⁽¹⁹⁾. Essa técnica foi denominada “Processo”, cujo objetivo é reestruturar crenças nucleares e as distorções cognitivas produzidas por elas.

Devido à dificuldade na adesão dos pacientes às tarefas propostas pelo RPBRs, Oliveira desenvolveu o Processo I, técnica que tem o objetivo de reestruturar crenças nucleares e as distorções cognitivas produzidas por elas. A técnica Processo I foi inspirada no livro homônimo de Franz Kafka, no qual o personagem principal é condenado e executado sem jamais ter conhecimento do crime cometido. De Oliveira⁽²⁰⁾ faz uma analogia na qual supõe que Kafka apresenta a autoacusação como princípio universal, ou seja, os seres humanos fazem autoacusações e, na maioria das vezes, não tomam consciência disso. Essas autoacusações equivalem às crenças nucleares disfuncionais observadas na TCC.

4.3 DISTORÇÕES COGNITIVAS

Percebeu-se que a cognição tem uma influência direta nas emoções, no comportamento e nas relações interpessoais ⁽⁸⁾. Dessa forma, a partir do momento em que o processamento da informação tem algum tipo de viés, as respostas emocionais e comportamentais passam a ser disfuncionais, impactando negativamente as relações interpessoais e o bem-estar do indivíduo ⁽²¹⁾. Para a prática da TCC, é essencial a identificação e correção desses vieses no pensamento (as distorções cognitivas)⁽²²⁾.

Os pensamentos automáticos distorcidos (distorções cognitivas) intensificam os sintomas nos transtornos mentais, o que torna fundamental a sua avaliação por meio de medidas adequadas. Essas medidas podem contribuir para o processo de diagnóstico do paciente. Ademais, podem ser utilizadas para o seguimento da evolução clínica do tratamento. São importantes também pela possibilidade de compararmos aspectos relacionados à cognição com outros elementos da vida psicológica do sujeito, permitindo uma visão mais geral das características clínicas, que podem definir um pior ou melhor prognóstico dos sintomas apresentados. O Quadro 1 apresenta a descrição e exemplos das distorções cognitivas propostas por Judith Beck ⁽²³⁾.

Quadro1 - Distorções cognitivas

DISTORÇÕES COGNITIVAS	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
1. Leitura mental	Acredito que posso dizer o que as outras pessoas estão pensando ou o que elas sabem o que estou pensando.	“Ele acha que sou boba.”
2. Previsão do futuro ou catastrofização	Posso prever o futuro, que as coisas vão piorar ou que há perigo à frente; assim, passo para toda sorte de conclusões precipitadas.	“Vou ser reprovado no vestibular.”
3. Pensamento do tipo “e se...”	Fico imaginando “e se...” isto ou aquilo acontecer, e raramente fico satisfeito com as respostas.	“Sim, mas... e se eu ficar ansioso?”
4. Desqualificação dos aspectos positivos	Minhas realizações não contam ou contam pouco.	“A irmã da anfitriã da festa não gostou de mim.”
5. Filtro negativo ou abstração seletiva	Foco minha atenção quase exclusivamente nos detalhes negativos e raramente noto o todo da situação.	“A prova foi fácil, por isso consegui tirar 10.”
6. Supergeneralização	Noto um padrão global de aspectos negativos com base em um único acontecimento.	“Isto sempre acontece comigo. Falho em tudo que tenho que fazer.”
7. Rotulação	Dou atributos negativos a mim e a outras pessoas.	“Sou um fracassado.”
8. Pensamento do tipo deveria	Interpreto os acontecimentos em termos de como as coisas deveriam ser e do que eu deveria fazer ao invés de como as coisas são e do que posso fazer agora ou no futuro.	“Eu deveria fazer tudo bem.”
9. Personalização	Interpreto comentários, questões e comportamentos de outras pessoas como críticas sobre o meu valor, mesmo quando não tenho certeza de ser o caso.	“Ela disse que estava cansada, mas o que realmente queria dizer foi que não queria ficar comigo.”
10. Pensamento dicotômico	Vejo os acontecimentos e as pessoas em termos de pensamentos do tipo “tudo ou nada”, “preto ou branco”, “oito ou oitenta”.	“Se eu não for aceita por todos, isso significa que sou um fracasso.”
11. Comparações pouco razoáveis	Interpreto os acontecimentos utilizando padrões pouco realistas, focando minha atenção naqueles que se saem	“Ela conseguiu mais sucesso do que eu.”

	melhor do que eu e, então, me julgo inferior nessas comparações.	
12. Tendência à lamentação	Foco minha atenção na ideia do que poderia ter feito melhor no passado e não no que posso fazer melhor agora.	“Eu não deveria ter dito aquilo.”
13. Atribuição de culpa	Foco minha atenção nas outras pessoas como fontes dos meus sentimentos negativos e recuso-me a assumir a responsabilidade da minha própria mudança.	“Ela é culpada pelo que estou sentindo agora”
14. Raciocínio emocional	Permito que meus sentimentos determinem a minha interpretação dos fatos.	“Tenho um bom emprego e parece que meus colegas me apreciam, mas eu me sinto incompetente”.

Fonte: Beck (1995)²³

Interessante estudo realizado na Universidade da Califórnia com 786 estudantes associou a tendência dos estudantes a evitar discursos e embates intelectuais que poderiam significar insegurança física ou emocional (*safetyism*) e distorções cognitivas ou mesmo prejuízo no crescimento emocional e intelectual, tornando-os mais ansiosos e com tendência a evitar estressores menores, o que levaria a prejuízo na capacidade de resiliência. A associação entre distorções cognitivas e crenças inspiradas no *safetyismo* permaneceu significativa quando foram consideradas outras variáveis psicológicas e demográficas relevantes, como resiliência e pensamento analítico. Além disso, o referido estudo revelou que as distorções cognitivas levariam ao fortalecimento da crença, entre os alunos, de que eles deveriam evitar certas palavras, por significarem um alerta para situações relacionadas ao aumento do estresse e do prejuízo nas relações interpessoais. O estudo é interessante por ter sido realizado entre universitários e pela tentativa de explicar padrões de comportamento social por meio de mecanismos que envolvem as distorções cognitivas ⁽²⁴⁾.

Mecanismos semelhantes foram apresentados em estudo que descreve um modelo de “distorção”, que visa dar sentido ao padrão característico de controle parcial, visto no transtorno por uso de substâncias psicoativas ⁽²⁵⁾. O modelo começa com a observação crítica de que a geração do pensamento é automática e onipresente, ocorrendo de forma contínua ao longo de nossas vidas. Uma ideia-chave da TCC é que essa atividade mental rápida e contínua é suscetível a distorções. Em particular, quatro principais distorções cognitivas são identificadas na dependência de substâncias, as quais contribuem para a má avaliação das opções de uso de drogas e, eventualmente, das decisões de uso. Embora as pessoas tenham a capacidade de regular, revisar ou reformular pensamentos automáticos distorcidos, o controle sobre grandes quantidades de pensamentos distorcidos, que ocorrem em grandes períodos de tempo (ou seja, dias, semanas ou mais), tende a não ser confiável, permitindo que muitos pensamentos distorcidos deixem de passar pelo filtro regulatório. Este é mais um exemplo na literatura sobre a tentativa de descrever mecanismos de adoecimento por meio da utilização do conceito de distorções cognitivas.

Em revisão recente que avalia os processos de distorções cognitivas na depressão ⁽²⁶⁾, aspectos da neurociência cognitiva e padrões clínicos de funcionamento na depressão são vistos como modelos distorcidos de aprendizado: o aprendizado humano saudável é normalmente baseado em fazer previsões e experimentar discrepâncias entre eventos ou experiências previstas e reais. Na depressão, as pessoas tenderiam a reavaliar negativamente ou a desconsiderar informações positivas que refutam expectativas negativas, resultando em previsões negativas sustentadas e em aprendizado tendencioso.

Estudo realizado na Turquia ⁽²⁷⁾, em uma amostra de 51 pacientes ambulatoriais com diagnóstico de transtorno de ansiedade social (TAS), avaliou a relação entre distorções cognitivas e intensidade dos sintomas ansiosos e depressivos. A amostra foi comparada com indivíduos saudáveis, profissionais e estudantes, da mesma instituição. Os pacientes foram avaliados por meio de formulário de dados sociodemográficos, Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, Escala de Distorções Cognitivas (CDS), além de outros instrumentos. Concluiu-se que os pacientes com TAS apresentaram mais distorções cognitivas em comparação com os controles saudáveis.

Distorções cognitivas (ou seja, crenças irracionais e percepções errôneas sobre jogos de azar e sorte) também fizeram parte de estudo com 287 jogadores patológicos do sexo masculino, como um dos componentes integrais do desenvolvimento, da manutenção e do tratamento do jogo patológico/transtorno de jogo ⁽²⁸⁾. Alguns exemplos de distorções cognitivas nessa população incluíram ilusão de controle (expectativa de uma probabilidade de sucesso pessoal, inapropriadamente maior do que a probabilidade objetiva garantiria), superstição (pensamento de que o jogador tem um meio confiável de manipular o resultado em seu favor), controle interpretativo (ampliação da habilidade de jogo que resulta em uma autoconfiança exagerada do jogador e que leva a ignorar a gravidade das perdas) ou controle preditivo (crença de que o jogador tem a habilidade para fazer previsões precisas, a exemplo de quando ele ou ela pensa que uma série de perdas deve ser compensada pelo comportamento de perseguição, que é definido como um envolvimento mais frequente, uma maior persistência e um risco monetário elevado em um esforço para recuperar o dinheiro perdido). Segundo o estudo, as crenças irracionais seriam um fator de risco e não uma consequência do transtorno do jogo, resultado que corrobora pesquisas anteriores sobre o tema. Todas essas distorções podem ser direcionadas para a psicoterapia (por exemplo, TCC/reestruturação cognitiva), tanto individualmente, quanto em grupo ⁽²⁹⁾. O tratamento é crucial, uma vez que a redução das distorções cognitivas relacionadas ao jogo é um dos principais preditores de recuperação ⁽³⁰⁾. Os autores também salientam que as distorções cognitivas medeiam a relação entre sintomas depressivos e

gravidade do jogo. Na amostra estudada, foram encontradas três das cinco distorções cognitivas (ou seja, ilusão de controle, expectativas relacionadas ao jogo e incapacidade percebida de parar de jogar), associadas ao jogo problemático, sem diferença entre jogadores com e sem Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

4.4 QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-QUEST)

A importância das distorções cognitivas na avaliação dos transtornos mentais e comportamentais apresentados pelos indivíduos, como visto na literatura especificada anteriormente, motivou a estruturação da primeira versão do *Questionário de Distorções Cognitivas* (CD-Quest) ⁽⁸⁾.

O CD-Quest não foi o primeiro instrumento a ser utilizado para avaliar a presença de distorções cognitivas em populações com transtornos psiquiátricos específicos e na população em geral. Por exemplo, para a avaliação das distorções cognitivas na população em geral, quatro instrumentos foram encontrados na literatura: o *Questionário de Pensamentos Automáticos* (ATQ-30), um questionário de 30 itens desenvolvido por Hollon e Kendall, para medir a frequência de ocorrência das distorções cognitivas (31), o *Questionário de Viés Cognitivo* (CBQ) (32), o *Questionário de Erros Cognitivos* (CEQ) (33) e a *Escala de Distorções Cognitivas*, esta última sendo um instrumento constituído por 10 tipos de distorções cognitivas em domínios interpessoais e de realização (CDS) ⁽²²⁾.

O CD-Quest é uma escala composta por 15 itens, que ampliam as informações sobre as distorções cognitivas (ANEXO A). De Oliveira et al. ⁽⁸⁾ incluíram na escala três tipos diferentes de informação: 1) frequência (ou seja, quantas vezes o paciente experimentou a distorção durante a semana); 2) intensidade do crédito na distorção; e 3) escore combinado de frequência/intensidade. Tal estrutura facilita uma hierarquização da experiência do paciente, já que trabalha com as diferentes dinâmicas apresentadas pelas distorções cognitivas ⁽⁹⁾. Por exemplo, distorções cognitivas experimentadas com baixa intensidade e alta frequência podem não ser detectadas por outros instrumentos que não apresentam tais informações. O CD-Quest foi desenvolvido como parte da TCP ⁽⁸⁾. As propriedades psicométricas do CD-Quest foram avaliadas na Austrália ⁽¹⁰⁾, Turquia ⁽¹¹⁾, Estados Unidos ⁽¹²⁾ e China ⁽¹³⁾.

Estudo conduzido por Morrison et al. ⁽¹²⁾ sobre a versão em inglês do questionário analisou a estrutura fatorial da escala em uma amostra de 906 graduandos da Universidade Temple, nos Estados Unidos da América. Os resultados mostraram uma excelente validade de constructo do CD-Quest para uma estrutura unidimensional, consistência interna e validade

convergente com o *Questionário de Pensamentos Automáticos Revisado* (ATQ-R)(34). Outros grupos também validaram a escala com resultados semelhantes, como o relatado pela citada pesquisa que avaliou estudantes universitários⁽¹⁰⁾, utilizando Análise Fatorial Confirmatória (CFA). O CD-Quest demonstrou consistência interna adequada, forte correlação com as subescalas (intensidade e frequência) e validade convergente com o *Questionário de Pensamentos Automáticos* (ATQ) e o *Questionário de Autodeclarações Ansiosas* (ASSQ) (35). Resultados também semelhantes foram observados em estudo de validação realizado na China, cuja base foi uma amostra de estudantes universitários⁽¹³⁾.

Uma limitação do CD-Quest, que dificulta na prática a sua aplicabilidade, é o seu tamanho: em média, um participante leva até 10 minutos para responder a versão completa de 15 itens. Esse tempo pode ser proibitivo em uma variedade de contextos, como quando faz parte de uma bateria que avalia uma ampla gama de construções, quando é administrado diversas vezes durante um experimento com medidas repetidas ou em ambientes clínicos⁽¹⁴⁾. Conseqüentemente, os estudos com versões reduzidas da escala são desejáveis. A construção das versões reduzidas foi realizada nos Estados Unidos, tomando os dados de estudos realizados em diversos países, inclusive no Brasil⁽¹⁴⁾. Duas versões reduzidas (CD-Quest-R), com 5 e 9 itens⁽⁶⁾ ensejaram um projeto para confirmação e validação do CD-Quest-R9, em uma população amostral maior em nosso país.

Como já foi descrito anteriormente, o CD-Quest é um instrumento da TCP e tem como objetivo auxiliar o paciente a perceber suas distorções cognitivas, relacionando-as às emoções e aos comportamentos. Portanto, utiliza como base os conceitos da TCC mencionados anteriormente. O referido questionário, além de identificar as distorções cognitivas, fornece ao terapeuta uma medida quantitativa para o acompanhamento clínico. Dessa forma, pode ser utilizado sistematicamente na prática terapêutica, fornecendo uma medida de evolução de melhora em relação aos escores de distorção cognitiva apresentados pelo paciente a cada sessão psicoterápica (36).

Também, conforme relatado anteriormente, o CD-Quest foi desenvolvido por De Oliveira (2011), em um formato de 15 itens que avaliam a frequência (F) semanal das distorções cognitivas e a intensidade (I) da sua crença pelo indivíduo. O questionário oferece assim três resultados possíveis: escore total (F+I); escore F; e escore I. Cada questão corresponde a uma distorção cognitiva, que é devidamente explicada e exemplificada. O sujeito é orientado a informar a frequência daquele tipo de distorção (F) ocorrida na semana e o quanto ele acreditou nela (I). Cada item oferece escores que variam de 0 a 5, totalizando valores entre 0 e 75.

O questionário em questão foi criado simultaneamente nos idiomas português e inglês. O autor, inicialmente, fez uma revisão da literatura abarcando as obras mais importantes da terapia cognitiva, de autores como Beck, Burns, Dryden, Ellis e Leahy (37) e construiu uma lista com exemplos dos equívocos lógicos. Em sequência, essa lista foi enviada aos membros da Academy of Cognitive Therapy¹ para sugestões quanto à adequação semântica e conceitual dos itens. A partir de uma discussão, realizaram-se algumas modificações e aperfeiçoamentos, o que originou o CD-Quest (36).

O CD-Quest é um instrumento da TCP e tem como objetivo identificar os equívocos cognitivos, no intuito de auxiliar o paciente a perceber suas distorções cognitivas, relacionando-as às emoções e aos comportamentos. Portanto, utiliza como base os conceitos da TCC abordados acima. O CD-Quest, além de identificar as distorções cognitivas, fornece ao terapeuta uma medida quantitativa para o acompanhamento clínico. Dessa forma, pode ser utilizado sistematicamente na prática terapêutica, fornecendo uma medida de evolução de melhora em relação ao escore de distorção cognitiva, apresentado pelo paciente a cada sessão psicoterápica (36) .

4.5 PSICOMETRIA E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

A psicometria busca a medição de constructos não diretamente observados na avaliação psicológica, utilizando como base conhecimentos de estatística e, conseqüentemente, tornando mais objetivo o reconhecimento dos processos cognitivos, afetivos e interpessoais. A objetividade alcançada melhora a comunicação entre os profissionais e a possibilidade de medidas mais diretas da evolução dos fenômenos psicológicos do sujeito. Esse método, que permite a avaliação, análise e quantificação das funções psicológicas, tem sido utilizado na validação dos instrumentos e dos testes psicológicos, possibilitando o desenvolvimento de pesquisas na área, assim como complementando a avaliação mais objetiva da melhora clínica dos indivíduos submetidos a intervenções psicológicas (38,39).

A psicometria é importante no processo de avaliação psicológica por conferir-lhe objetividade. É fundamental que na utilização dos testes e escalas seja mantida a contextualização dos resultados que podem servir para um grupo e serem inapropriados para outro. A psicometria oferece, então, resultados que devem ser analisados em contextos socioculturais específicos. Ela envolve a avaliação inicial do sujeito nas suas características

¹ ACT: www.academyofct.org

cognitivas, afetivas e de personalidade, como também permite o acompanhamento objetivo do funcionamento do sujeito submetido a intervenções terapêuticas. Ao trabalharem com constructos que não são observados com facilidade na avaliação clínica imediata, as escalas acrescentam objetividade à compreensão geral do indivíduo em situações de trabalho, as quais muitas vezes oferecem limitação de tempo para entrevistas em profundidade (38,39).

Embora ofereçam objetividade à prática do psicólogo, os resultados dos instrumentos psicométricos não devem ser confundidos com a avaliação psicológica, sendo esta mais ampla e capaz de contextualizar os resultados obtidos pelos instrumentos psicométricos. Como constructos, os itens de uma escala serão avaliados, partindo-se de um ponto de corte, influenciados pelo contexto de vida e características sociodemográficas próprias da população em estudo, tornando-se fundamental a avaliação de quanto o instrumento psicométrico se aproxima da realidade a ser medida (38,39).

No caso específico do estudo realizado com a CD-Quest, buscou-se avaliar as características psicométricas dessa escala e a possibilidade da sua utilização em uma versão reduzida, o que permitirá, dentro de uma avaliação psicológica habitual, a utilização de uma escala com maior agilidade na sua aplicação, permitindo sua utilização de forma mais corriqueira na avaliação clínica inicial do indivíduo, como também a utilização no seu acompanhamento clínico.

A utilização de instrumentos psicológicos produzidos e validados em populações diversas da nossa exige adaptação semântica para que se mantenham seu conteúdo e uma avaliação psicométrica (capacidade de mensurar as características psicológicas dos indivíduos com confiabilidade e precisão) para constatar a sua validade em uma população diferente da população para a qual foi originalmente destinada. Adaptar um instrumento para diferentes populações em diferentes países permite maior generalização dos dados e comparações das medidas entre diferentes grupamentos humanos(40). Decidiu-se então avaliar as propriedades psicométricas da versão reduzida com nove itens, uma vez que foi validada com base em uma amostra de estudantes universitários americanos. A validação da versão reduzida em amostra pequena e específica no Brasil não exclui o esforço de ampliação dessa validação para populações mais heterogêneas, o que permitirá uma análise da precisão desse questionário para a avaliação das distorções cognitivas.

A validade de um instrumento está relacionada à sua capacidade de medir aquilo que objetiva mensurar. Por outro lado, a confiabilidade diz respeito ao grau de coerência ou precisão que mede o atributo que está destinado a medir (41). Há três categorias de validade: a validade de conteúdo, a validade de constructo e a validade de critério. A validade de conteúdo avalia se

a escala abrange as diferentes características do objeto a ser medido. É o único tipo de validade não medida estatisticamente, mas por especialistas da área que avaliam os conceitos e o grau de importância dos itens nos objetivos do teste. A validade de constructo se relaciona à capacidade de confirmar as hipóteses esperadas sobre o objeto. Finalmente, a validade de critério define a capacidade de distinguir indivíduos que diferem em determinadas características, podendo ser de dois tipos: o primeiro, a chamada validade concorrente, que compara os achados da escala com uma medida padrão no mesmo momento; e o segundo tipo, a validade preditiva, quando o critério-padrão é aplicado posteriormente (42).

Duas características importantes de uma escala são avaliadas na sua validação. A fidedignidade teste-reteste, que avalia a consistência da medida em períodos diferentes de tempo, e a fidedignidade interavaliadores, que mede a precisão do instrumento para medir a mesma coisa, quando aplicado no mesmo sujeito por avaliadores diferentes. A fidedignidade teste-reteste é um procedimento de teste *t* para amostras dependentes ou pareadas, onde a fidedignidade é representada por uma distância entre as médias, que não deve ser diferente de zero. Por fim, deve-se considerar que as qualidades psicométricas de um instrumento dependem da prevalência das características estudadas na população, que divergem considerando populações clínicas e não-clínicas, o que corrobora o esforço de validação em populações mais heterogêneas do que em populações com patologias psiquiátricas específicas, como ocorreu na validação inicial das versões reduzidas do CD-Quest.

A validação de um instrumento deve conter a avaliação da sua estrutura fatorial, ou seja, dos diferentes constructos que deve mensurar. As técnicas utilizadas envolvem análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC). Além da análise fatorial, deve-se realizar a validade de conteúdo, comparando seus resultados com resultados obtidos por outras escalas utilizadas. Também avaliou-se a consistência interna entre itens e a consistência das suas medidas em tempos distintos (40). Os procedimentos de análise fatorial empregam operações como matrizes de correlação para extrapolar a existência de uma variável latente como causa comum da variação de resposta aos itens.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo quantitativo, transversal/seccional e correlacional. Foi realizado em uma amostra de estudantes de graduação da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

5.1 AMOSTRA

Trata-se de uma amostra de conveniência, que compreende os alunos matriculados nos cursos de graduação da Universidade Federal da Bahia (UFBA), para os quais foram enviados convites.

Critério de Inclusão: Alunos matriculados nos cursos de graduação da Universidade Federal da Bahia, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que se voluntariaram para preencher os questionários disponibilizados através da internet.

Critério de Exclusão: Alunos dos cursos de pós-graduação da UFBA e aqueles com idade inferior a 18 anos.

Os questionários foram disponibilizados para todos os estudantes de graduação da Universidade Federal da Bahia, sendo a amostra final constituída pelos 1.124 alunos que preencheram os questionários. Foram aceitos apenas os questionários com respostas completas oriundas dos estudantes que concordaram em participar da pesquisa.

5.2 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

No período entre março e maio de 2022, as escalas e subescalas utilizadas na coleta dos dados foram escolhidas por um grupo formado por três psicólogos, dos quais um é terapeuta cognitivo-comportamental, um psicometrista e um psiquiatra. Os instrumentos selecionados foram DASS-21, WHO-5 e CD-QUEST, além do questionário contendo informações sociodemográficas. Tais instrumentos foram inseridos no *Google Forms* e enviados à equipe de Tecnologia da Informação da UFBA, sendo, em seguida, encaminhados, por e-mail, a todos os alunos da graduação da UFBA. Os estudantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e puderam acessar a pesquisa pelo *link*

<https://forms.gle/wodNm1bLASf4nNWa8>, por um período de 45 dias, após o que foi realizada a análise dos dados.

5.3 INSTRUMENTOS

Apresentam-se, a seguir, os quatro instrumentos utilizados na coleta de dados.

CD-Quest (ANEXO A) - Tem como objetivo medir a frequência e a intensidade das distorções cognitivas, assim como proporcionar uma medida global para o monitoramento clínico. Identifica distorções cognitivas e as relaciona com emoções e comportamentos. Ele é composto por 15 itens que avaliam a frequência relativa à última semana em uma escala de 5 pontos assim distribuídos: "Não (Não ocorreu)", "Ocasional (1 -2 dias durante a semana passada)", "Grande parte do tempo (3-5 dias durante a semana passada)", "Quase todo o tempo (6-7 dias durante a semana passada)". O CD-Quest também mede a intensidade ou o grau de crença na cognição. Cada item corresponde a uma distorção cognitiva, que é devidamente explicada e exemplificada;

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21): (ANEXO B) - Escala de autorrelato, com três subescalas que identificam sintomas depressivos, ansiosos, de ansiedade e de estresse, podendo ser usada em estudos clínicos, além de auxiliar na precisão de diagnósticos, bem como na indicação de tratamento adequado (43).

The World Health Organization Five Well-being index (WHO-5): (ANEXO C) – Mede o bem estar, por meio de cinco questões que variam de 0 a 5 e avalia o humor e a energia, tendo sido traduzida e validada para a português brasileiro (44);

Questionário de caracterização sociodemográfica - visa obter as seguintes informações: idade, gênero, raça, estado civil, curso, semestre atual, situação laboral e nível socioeconômico.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Com o objetivo de analisar as qualidades psicométricas da versão abreviada da CD-Quest-R9, realizaram-se inicialmente os procedimentos de validade baseados na estrutura

interna e, posteriormente, passou-se aos procedimentos de validade baseados em variáveis externas, de acordo com as definições da Associação Americana de Pesquisa Educacional - AERA) (2014). A análise dos dados foi conduzida empregando os *softwares* Factor (45) e JASP v.0.16.3 (46).

Para avaliar a estrutura interna da escala, foi empregado o procedimento de análise fatorial exploratória (AFE), tanto da frequência, quanto da intensidade das distorções cognitivas, bem como da pontuação global dos itens. Primeiro, foi realizada uma análise preliminar da qualidade dos dados por meio da sua distribuição e da matriz de correlação inter-item. A matriz ainda permitiu a avaliação da fatorabilidade dos dados pelo índice KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) – com fatorabilidade a partir de valores superiores a 0,70 – sendo, posteriormente, realizada a avaliação da dimensionalidade dos dados pro meio da análise paralela. De acordo com Brown (47), a análise paralela compara os autovalores obtidos pela decomposição da matriz de correlação inter-item dos dados amostrais, com os autovalores obtidos por uma simulação dos dados, para o que seria a representação de variância erro para cada dimensão extraída. Dessa forma, a decisão da quantidade de fatores extraídos demanda que autovalores amostrais sejam superiores aos simulados. Uma última recomendação envolve ainda que a solução fatorial seja interpretável.

Após a análise da dimensionalidade, foi estimada a consistência interna do conjunto inicial de itens pelo coeficiente alfa de Cronbach e do coeficiente Greatest Lower Bound (GLB), sendo o primeiro mais comum na literatura, porém, com contribuições indicando que seja mais suscetível à heterogeneidade dos dados e outras distorções (48). Daí a estimativa conjunta do GLB. A consistência interna foi avaliada considerando valores de confiabilidade superiores a 0,70.

Após a análise da consistência interna, foram investigados os índices de unidimensionalidade dos itens: (1) I-Único e (2) Explained Common Variance (I-ECV). O objetivo foi verificar se os itens eram explicados apenas por um único fator. O índice I-Único tem como alvo valores superiores a 0,95, enquanto o índice I-ECV $> 0,85$. Também são apresentados os índices de resíduos específicos de cada item, por meio do IREAL, cujo valor precisa ser inferior a 0,30, indicando erro suficiente para produzir prejuízo à métrica (45). Foram obtidos ainda os intervalos de confiança para cada indicador, com o objetivo de diagnosticar a qualidade da medida para o caso de flutuações. Os intervalos de confiança foram de 90% e estimados através da reamostragem de mil replicações.

A análise fatorial foi estimada pelo método *Unweighted Least Squares* (ULS), sendo obtidas as cargas fatoriais e os intervalos de confiança corrigidos para aceleração. As cargas

fatoriais devem apresentar valores superiores a 0,30, de acordo com o recomendado pela literatura e idealmente superiores a 0,40, com o objetivo de permitir maior estabilidade das soluções(47). Não foram utilizados métodos de rotação, uma vez que os mesmos procedimentos são considerados desnecessários para medidas unidimensionais. Foram utilizados ainda índices de ajuste estrutural, dentre eles (Qui-quadrado) X^2 ($p>0,05$), X^2/df (df =graus de liberdade) (>10), RMSEA (Raiz do erro quadrático médio de aproximação) (*Root Mean Square error of approximation*) ($<0,08$), (Índice de Ajuste Não Ponderado) NNFI ($>0,90$), (índice de ajuste comparativo) CFI ($>0,90$) e (Índice ajustado de qualidade do ajuste) AGFI ($>0,90$), de acordo com as recomendações de Brown (47).

Por fim, a avaliação da validade concorrente levou em consideração o procedimento de correlação de Pearson entre os escores do CD-Quest-R9, as subescalas da DASS-21 e a escala WHO-5. Os intervalos de confiança de 95% foram estimados considerando-se uma taxa de reamostragem de mil repetições. Procedimentos inferenciais adicionais foram avaliados de acordo com a qualidade dos dados.

A última análise apresentada no presente estudo consistiu ainda na avaliação do CD-Quest para investigar seu poder preditivo, de acordo com procedimentos de curva ROC. Para tanto, foi tomado como critério o ponto de corte da escala de depressão da DASS-21, com o objetivo de compreender o funcionamento do CD-Quest-R9 como um instrumento classificatório.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia (CEP/ICS/UFBA), por meio da Plataforma Brasil em 31/08/2021, sendo aprovado em 9 de novembro de 2021, sob o número 5.090.561.

O CEP é um Colegiado independente, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisa, seguindo padrões éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde; ele é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa estão em conformidade com as orientações éticas previstas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A participação teve caráter voluntário, tendo os convites sido realizados por meio de e-mail enviado com a assinatura do pró-reitor de graduação da UFBA, tendo o convidado

liberdade para decidir participar ou não, sem interferência do pesquisador ou aplicador. Além disso, os voluntários obtiveram acesso aos questionários somente após ler o que constava no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e terem concordado em participar, clicando na tecla apropriada na página inicial da pesquisa.

Aos que decidiram participar da pesquisa, foi garantido o direito de desistir de preencher o questionário a qualquer momento que lhes fosse conveniente, sem nenhum custo ou ônus. O pesquisador garantiu, também, que a identidade dos participantes seria mantida em sigilo e que todos os esforços seriam feitos para preservar e defender os direitos e conveniências dos participantes, bem como para evitar riscos, constrangimentos e dissabores. Foram divulgadas no TCLE as formas de o respondente entrar em contato com o pesquisador, o Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas e com o Conselho de Ética em Pesquisa.

6 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados a seguir e compreendem três seções.

6.1 ANÁLISES PRELIMINARES

Na análise sociodemográfica (Tabela 1), foi observado que o maior índice de participantes foi do gênero feminino (64,68%), num total de 727 alunas, sendo o sexo masculino representado por 32,83% dos respondentes, o equivalente a 369 alunos. A idade variou entre 18 e 68 anos, sendo que a faixa etária que representou o maior número de respostas foi 18 a 29 anos (74,7%), sendo 85% solteiros(as). É importante salientar que um número expressivo de alunos (285) relatou algum tipo de acompanhamento psicológico (25% da amostra) e 16% realizaram tratamento psiquiátrico; e que, do total de alunos que aceitaram participar da pesquisa, apenas 23% eram os responsáveis principais pela família.

Participaram da pesquisa alunos de cursos distintos, alguns deles em sua segunda graduação.

Tabela 1 - Questionário sociodemográfico

VARIÁVEIS	N (1.124)	%
SEXO		
FEMININO	727	64,68%
MASCULINO	369	32,83%
OUTROS	28	2,49%
IDADE		
18a - 29a	840	74,73%
30a - 59a	270	24,02%
60a - 68a	14	1,25%
ESTADO CIVIL		
SOLTEIRA(O)	959	85,32%
CASADA(O)	102	9,07%
OUTROS	63	5,61%
REALIZA TRATAMENTO PSICOLÓGICO		
SIM	285	25,36%
NÃO	839	74,64%
REALIZA TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO		
SIM	179	15,93%
NÃO	945	84,07%
RESPONSÁVEL PRINCIPAL PELA FAMÍLIA		
SIM	259	23,04%
NÃO	865	76,96%

Fonte: Dados da pesquisa.

À análise inicial, observou-se que o índice de fatorabilidade da escala de frequência atingiu um valor de 0,93. Os valores de MSA (*Measure of Sampling Adequacy*) dos itens atingiram valores superiores a 0,90. Os valores de assimetria e curtose dos itens indicaram distribuições razoavelmente homogêneas para os dados coletados. O autovalor do primeiro fator resultou em $e=4,97$, com o segundo autovalor inferior ao critério Kaiser de $e>1,00$ para dimensões a serem retidas. Dessa forma, a análise paralela resultou em um contraste de 64,5% da variância explicada – contra 28,75 de variância explicada pelo autovalor simulado do primeiro fator. Assim, observou-se a evidência inicial de retenção de uma dimensão. A estatística descritiva da medida encontra-se na Tabela 2. E informações completas da análise paralela podem ser observadas na Tabela 3.

Tabela 2 - Estatística descritiva incluindo média, intervalo de confiança da média, variância, assimetria e curtose

Variável	Média	I.C. 90%	Média	Variância	Assimetria	Curtose
1. Descontar do positivo	2.14	2.06	2.23	1.12	0.43	-1.08
2. Raciocínio Emocional	2.06	1.98	2.13	0.93	0.54	-0.71
3. Rotular	2.06	1.98	2.13	0.97	0.58	-0.69
4. Abstração Seletiva	2.19	2.11	2.27	1.07	0.42	-0.98
5. Leitura Mental	2.28	2.20	2.36	1.09	0.30	-1.09
6. Supergeneralização	1.80	1.73	1.87	0.89	0.98	-0.07
7. Afirm. tipo deveria	2.48	2.40	2.55	1.07	0.12	-1.14
8. E se...	2.61	2.53	2.69	1.20	-0.10	-1.30
9. Comparações injustas	2.39	2.30	2.47	1.33	0.19	-1.40

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3 - Dimensões extraídas, % variância amostral, % variância simulada e autovalores amostrais brutos estimados no processo de análise paralela.

Dimensão	% variância amostral	% variância simulada	Autovalores amostrais extraídos
1	64.5351*	28.7497	4.97301
2	8.237	23.6878	0.74868
3	7.0664	19.2399	0.56676
4	6.3437	15.8346	0.54816
5	5.9466	13.4356	0.50639
6	4.4238	11.2077	0.46229
7	1.9868	8.7201	0.42581
8	1.4606	5.7303	0.40811
9			0.36078

Fonte: Dados da pesquisa.

A consistência interna dos dados apontaram para um coeficiente alfa de Cronbach de 0,90 e um coeficiente GLB de 0,92. Os coeficientes apresentaram pouca discrepância. Os resíduos ajustados pelo índice *Weighted Root Mean Square* (WRMR) apresentaram valores dentro do recomendado, para WRMR = 0,034 [IC 90% (0,026; 0,036)].

Considerando evidências adicionais da dimensionalidade dos itens, as evidências sustentam que a maioria tende a ser representada por um único fator. O item que apresentou índices problemáticos foi o de Raciocínio Emocional que, aparentemente, apresenta indicativos de multidimensionalidade pelos índices *Item Explained Common Variance* (I-ECV) e IREAL. Valores dos índices de multidimensionalidade podem ser observados na Tabela 4. Os valores dos índices para a escala completa resultaram satisfatórios para único = 0,99, ECV = 0,93 e IREAL = 0,152.

Tabela 4 - Valores de I-único, I-ECV e IREAL para a unidimensionalidade dos itens.

Item	I-UniCo	90% I.C.	I-ECV	90% I.C.	IREAL	90% I.C.
1. Descontar do positivo	0.99	0.96 1.00	0.90	0.78 0.97	0.23	0.13 0.37
2. Raciocínio Emocional	0.92	0.70 0.99	0.70	0.49 0.85	0.40	0.25 0.70
3. Rotular	1.00	1.00 1.00	1.00	1.00 1.00	0.02	0.00 0.04
4. Abstração Seletiva	1.00	1.00 1.00	0.99	0.93 1.00	0.07	0.01 0.21
5. Leitura Mental	1.00	0.98 1.00	0.96	0.84 1.00	0.15	0.04 0.32
6. Supergeneralização	1.00	0.99 1.00	0.96	0.86 1.00	0.16	0.05 0.29
7. Afirm. tipo deveria	1.00	1.00 1.00	0.99	0.96 1.00	0.06	0.01 0.14
8. E se...	1.00	1.00 1.00	1.00	0.99 1.00	0.02	0.00 0.06
9. Comparações injustas	0.99	0.97 1.00	0.90	0.80 0.96	0.25	0.16 0.38

Fonte: Dados da pesquisa.

6.2 CARGAS E QUALIDADE DOS ESCORES FATORIAIS

Para a escala de frequência da CD-Quest-R9, foram estimadas as cargas fatoriais que não indicaram problemas na representação dos itens pela dimensão proposta. As cargas fatoriais aceleradas e as comunalidades dos itens apresentaram valores superiores a 0,30.

Tabela 5 - Valores das cargas fatoriais e seus respectivos intervalos de confiança (90% IC), assim como valores de comunalidade associada

Item	Cargas	90% IC	Comunalidades
1. Descontar do positivo	0.69	0.66 0.73	0.57
2. Raciocínio Emocional	0.60	0.56 0.64	0.53
3. Rotular	0.68	0.64 0.71	0.54
4. Abstração Seletiva	0.74	0.71 0.77	0.64
5. Leitura Mental	0.70	0.67 0.73	0.60
6. Supergeneralização	0.74	0.71 0.77	0.66
7. Af. tipo deveria	0.71	0.67 0.74	0.55
8. E se...	0.72	0.68 0.75	0.60
9. Comparações injustas	0.77	0.73 0.79	0.68

Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando os índices de ajuste estrutural, foram observados $X^2(df=27) = 81,91$ ($p < 0,001$), $X^2/df = 3,03$, $RMSEA = 0,042$, $NNFI = 0,99$, $CFI = 0,99$ e $AGFI = 0,99$. Os índices indicam ajuste adequado da medida. Considerando índices de qualidade dos escores fatoriais produzidos, foi observada uma confiabilidade EAP de 0,90. As análises de replicabilidade do

construto indicaram ainda que a qualidade da estimativa é adequada para um H latente = 0,90 e H observado = 0,86. O percentual da diferença dos escores também atingiu valores adequados para 92,6%, sendo recomendados valores superiores a 90% para o indicador.

6.3 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE INTENSIDADE DO CD-QUEST-R9

Análises preliminares

Para a escala de intensidade, também foi observado um índice de fatorabilidade satisfatório $KMO = 0,93$, sendo que o coeficiente MSA individual dos itens também apresentou valores superiores a 0,90. A análise da dimensionalidade aponta para a retenção do primeiro fator, que atingiu 65,72% de variância explicada, comparado a 28,81% do primeiro fator simulado. Informações da análise paralela estão listadas na Tabela 6.

Tabela 6 - Variância amostral e simulada pela análise paralela. Autovalores amostrais indicam retenção do primeiro fator pelo critério Kaiser.

Dimensão	% variância amostral	% variância simulada	Autovalores amostrais extraídos
1	65.72	28.81	4.34
2	9.43	23.42	0.81
3	8.18	19.88	0.64
4	5.50	16.60	0.62
5	4.51	13.89	0.58
6	2.75	11.15	0.55
7	2.22	8.84	0.52
8	1.70	6.02	0.49
9			0.46

Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando a consistência interna da medida, os valores atingidos foram satisfatórios para um coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 e um coeficiente $GLB = 0,89$. Os resíduos estiveram dentro da margem de tolerância para um $WRMR = 0,035$.

Unidimensionalidade dos itens da escala de intensidade

Considerando-se que a escala apresentou consistência interna satisfatória, o teste da unidimensionalidade dos itens também indicou tal qualidade para os itens que compõem a medida. O item 2, raciocínio emocional, novamente apresentou um problema de unidimensionalidade inicial, porém, os demais itens apresentaram valores de I-UniCo, I-ECV e IREAL dentro do recomendado (Tabela 7). A escala apresentou ainda índices de UniCo=0,99, ECV=0,93 e IREAL = 0,148.

Tabela 7 - Valores de I-único, I-ECV e IREAL para a unidimensionalidade dos itens.

Item	I-UniCo	90% I.C.	I-ECV	90% I.C.	IREAL	90% I.C.
1. Descontar do positivo	0.99	0.97 1.00	0.90	0.79 0.97	0.21	0.11 0.33
2. Raciocínio Emocional	0.93	0.79 1.00	0.72	0.56 0.94	0.36	0.13 0.53
3. Rotular	1.00	1.00 1.00	0.99	0.93 1.00	0.07	0.01 0.18
4. Abstração Seletiva	1.00	1.00 1.00	1.00	0.97 1.00	0.04	0.00 0.11
5. Leitura Mental	1.00	0.99 1.00	0.96	0.87 1.00	0.14	0.04 0.27
6. Supergeneralização	1.00	0.97 1.00	0.93	0.80 0.99	0.18	0.07 0.33
7. Afirm. tipo deveria	1.00	1.00 1.00	1.00	0.97 1.00	0.05	0.00 0.11
8. E se...	1.00	1.00 1.00	1.00	1.00 1.00	0.02	0.00 0.04
9. Comparações injustas	0.99	0.95 1.00	0.87	0.76 0.94	0.27	0.18 0.42

Fonte: Dados da pesquisa.

Cargas fatoriais e qualidade dos escores da escala de intensidade

As cargas fatoriais ajustadas e aceleradas apresentaram adequação, assim como na escala de frequência, com valores superiores a 0,30. O limite inferior dos intervalos de confiança apresentaram valores ainda superiores a 0,50, indicando que as cargas fatoriais são replicáveis com menor risco de pouco poder amostral (Tabela 8).

Tabela 8 - Cargas fatoriais, intervalo de confiança de 90% e comunalidades.

Item	Carga	90% IC		Comunalidade
1. Descontar do positivo	0.64	0.61	0.68	0.41
2. Raciocínio Emocional	0.56	0.51	0.59	0.31
3. Rotular	0.63	0.59	0.66	0.40
4. Abstração Seletiva	0.67	0.64	0.70	0.45
5. Leitura Mental	0.68	0.65	0.72	0.47
6. Supergeneralização	0.65	0.61	0.68	0.42
7. Afirm. tipo deveria	0.63	0.60	0.67	0.40
8. E se...	0.66	0.62	0.69	0.43
9. Comparações injustas	0.69	0.66	0.72	0.48

Fonte: Dados da pesquisa.

Para os índices de ajuste estrutural, foram observados $X^2(df=27) = 83,05$ ($p < 0,001$), $X^2/df = 3,08$, $RMSEA = 0,043$, $NNFI = 0,99$, $CFI = 0,99$ e $AGFI = 0,99$. Os índices indicaram ajuste adequado da medida. Considerando os índices de qualidade dos escores fatoriais produzidos, foi observada uma confiabilidade EAP de 0,87. As análises de replicabilidade do constructo indicaram ainda que a qualidade da estimativa é adequada para um H latente = 0,87. O percentual da diferença dos escores também atingiu valores adequados para 91,1%, sendo recomendados valores superiores a 90% para o indicador.

Validade concorrente dos escores de frequência e intensidade

A análise de validade concorrente resultou em coeficientes de correlação elevados o suficiente para atestar pela validade concorrente da escala de distorção cognitiva em sua versão de 9 itens. A menor correlação ocorreu com os escores da WHO-5, que atingiu para a escala de frequência de distorções cognitivas valores de $r = -0,35$ (IC 95% [-0,40;-0,31]) e para a escala de intensidade $r = -0,36$ (IC 95% [-0,40;-0,31]). Demais valores encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9 - Cargas fatoriais, intervalo de confiança de 90% e comunalidades

		<i>r</i>	<i>p</i>	Inf 95% CI	Sup 95% CI
CDFs9	- CDIs9	0.949 ***	< .001	0.943	0.954
CDFs9	- AAQscore	0.747 ***	< .001	0.720	0.772
CDFs9	- DASSD	0.647 ***	< .001	0.612	0.680
CDFs9	- DASSAnx	0.609 ***	< .001	0.571	0.644
CDFs9	- DASSStr	0.684 ***	< .001	0.652	0.714
CDFs9	- who5	-0.350 ***	< .001	-0.400	-0.298
CDIs9	- AAQscore	0.739 ***	< .001	0.712	0.765
CDIs9	- DASSD	0.635 ***	< .001	0.599	0.668
CDIs9	- DASSAnx	0.578 ***	< .001	0.538	0.615
CDIs9	- DASSStr	0.663 ***	< .001	0.629	0.694
CDIs9	- who5	-0.358 ***	< .001	-0.408	-0.306
AAQscore	- DASSD	0.690 ***	< .001	0.658	0.720
AAQscore	- DASSAnx	0.611 ***	< .001	0.573	0.647
AAQscore	- DASSStr	0.672 ***	< .001	0.638	0.702
AAQscore	- who5	-0.394 ***	< .001	-0.442	-0.343
DASSD	- DASSAnx	0.656 ***	< .001	0.622	0.688
DASSD	- DASSStr	0.689 ***	< .001	0.657	0.719
DASSD	- who5	-0.370 ***	< .001	-0.420	-0.319
DASSAnx	- DASSStr	0.799 ***	< .001	0.777	0.819
DASSAnx	- who5	-0.312 ***	< .001	-0.364	-0.258
DASSStr	- who5	-0.388 ***	< .001	-0.437	-0.338

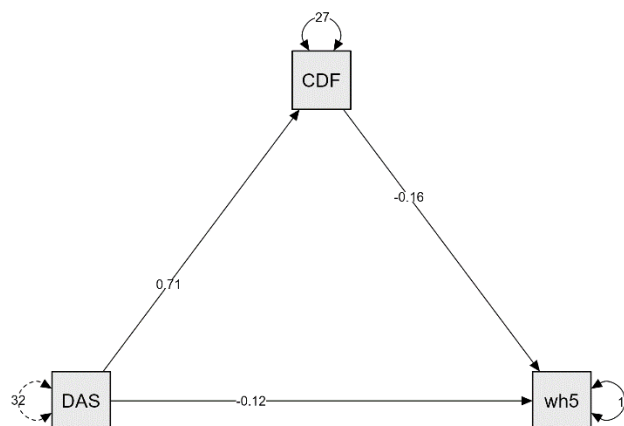
Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

O papel mediador de distorções cognitivas na ansiedade

Com o objetivo de avaliar as características de influência das distorções cognitivas, foram estimados modelos de regressão, considerando o papel mediador das distorções cognitivas. Nesse modelo, a medida de bem-estar, WHO-5, foi considerada a variável de resultado e a medida de traços de ansiedade, o preditor. O modelo de mediação resultou em um coeficiente de determinação $R^2=0,14$ para o escore da escala WHO-5 e $R^2=0,37$ para a medida de distorção cognitiva. O efeito de traços de ansiedade (DASS-21, subescala de ansiedade) resultou em um coeficiente $\beta = -0,12$ ($p < 0,001$, 95% IC [-0,17;-0,07]) sobre os escores da WHO-5 e o efeito indireto, via distorções cognitivas, resultou também em $\beta = -0,12$ ($p < 0,001$, 95% IC [-0,15;-0,08]). O efeito total do modelo, incluindo o efeito indireto, resultou em $\beta = -0,23$ ($p < 0,001$, 95% IC [-0,28;-0,19]).

Figura 1 -. Diagrama de caminhos incluindo a subescala de ansiedade (abrev. DAS), a escala de frequência de distorções cognitivas (CDF) e a escala de bem-estar WHO-5 (wh5).



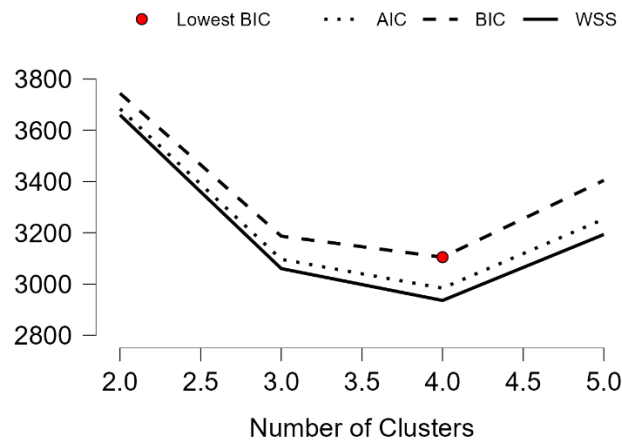
Fonte: Elaboração o autor.

Para a intensidade das distorções cognitivas, os efeitos obtidos foram similares. O modelo de mediação resultou em um coeficiente de determinação $R^2=0,15$ para o escore da escala WHO-5 e $R^2=0,33$ para a medida de distorção cognitiva (intensidade). O efeito de traços de ansiedade (DASS-21, subescala de ansiedade) resultou em um coeficiente $\beta = -0,12$ ($p < 0,001$, 95% IC [-0,17;-0,07]) sobre os escores da WHO-5 e o efeito indireto, via distorções cognitivas, resultou também em $\beta = -0,12$ ($p < 0,001$, 95% IC [-0,15;-0,09]). O efeito total do modelo, incluindo o efeito indireto, resultou em $\beta = -0,23$ ($p < 0,001$, 95% IC [-0,28;-0,19]). Tendo os valores aproximados sido idênticos, um segundo diagrama de caminhos para esta análise não foi inserido.

Sistema de classificação por lógica *Fuzzy C-Means*

Em uma avaliação da capacidade de classificação, foi utilizado um sistema de aprendizagem de máquinas do tipo *Fuzzy*, com o objetivo de verificar os agrupamentos e o comportamento das medidas de distorções cognitivas disponíveis. O número máximo de *clusters* requisitado foi de um total de 5, porém, o algoritmo interrompeu para 4 agrupamentos detectados pelo método de sedimentação (Figura 2).

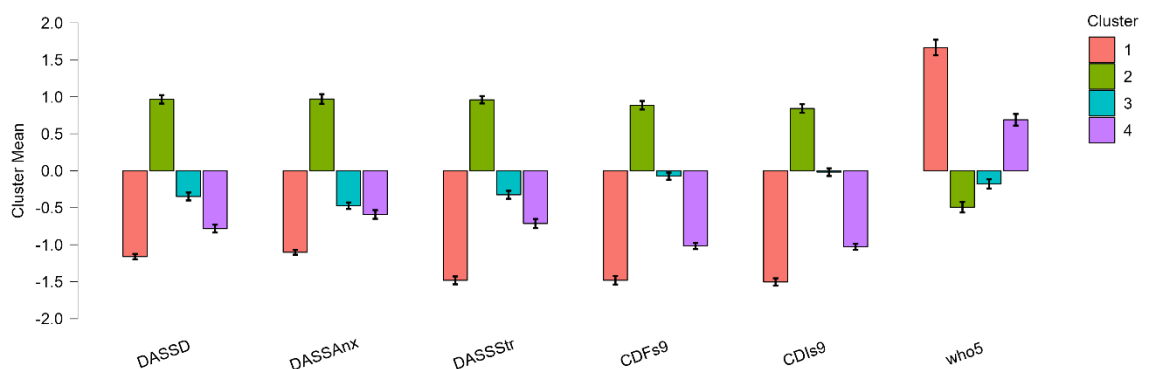
Figura 2 - Decisão sobre o número de *clusters* a serem extraídos pelo método de *elbow*.



Fonte: Dados da pesquisa.

Os *clusters* extraídos foram no total de 4. Eles podem ser interpretados como *cluster 1* – de escores inferiores para sofrimento clínico e elevado bem-estar; *cluster 2* – alta frequência e intensidade de distorções cognitivas, com características de sofrimento clínico da DASS-21 elevados e nível inferior de bem-estar; *cluster 3* – com níveis médios ou talvez limítrofes de sofrimento, podendo ser interpretado como um grupo de risco, porém evidências adicionais seriam necessárias para essa inferência; *cluster 4* – seria um grupo de bem-estar similar ao grupo 1, porém com uma caracterização menos expressiva.

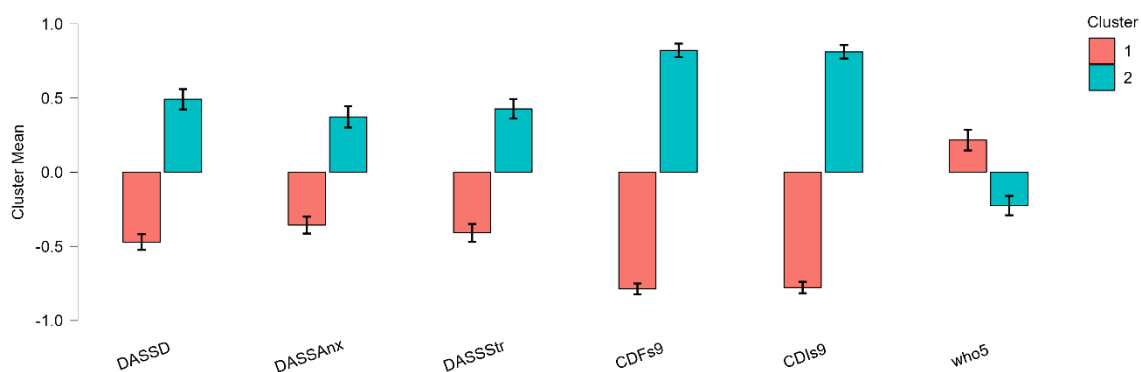
Figura 3 - Classificação de participantes da amostra através do algoritmo de classificação por *Fuzzy C-means*



Fonte: Dados da pesquisa.

Vale apontar que, para a redução do número de *clusters* em 3, o algoritmo de lógica *Fuzzy* aponta para 2 *clusters* simplificados, onde uma experiência de distorções cognitivas frequentes e elevadas apontam para participantes que potencialmente experimentam sofrimento clínico pelas demais medidas. É válido constatar que o CD-Quest apresenta capacidade classificatória similar ou congruente às demais medidas e agrega valor de validade para as suas propriedades.

Figura 4 - Classificação de participantes da amostra por meio do algoritmo de classificação por *Fuzzy C-means*, com solução fixa para 3 agrupamentos. O algoritmo restringe para 2 o número de clusters detectados.



Fonte: Dados da pesquisa.

7 DISCUSSÃO

A análise da escala reduzida do CD-Quest com nove itens mostrou evidências da retenção de uma dimensão (não houve problema na representação dos itens pela dimensão proposta), sendo que o item Raciocínio Emocional apresentou indicativos de multidimensionalidade. A consistência interna da escala foi adequada, com coeficiente alfa de Cronbach de 0,90. A validade de constructo foi adequada, indicando adequação da média. Para os itens que compõem cada medida, o teste da unidimensionalidade também foi satisfatório, como também os escores gerados por eles.

Em relação à correlação do CD-Quest-R9 (ANEXO D) com outras escalas, os coeficientes foram suficientemente altos para se obter uma validade concorrente adequada, quando comparada a outras escalas. O CD-Quest-R9 manteve a sua capacidade de avaliar a mediação das distorções cognitivas na ansiedade. Houve também a possibilidade de se extrair grupos referentes aos escores e relacionados aos níveis de sofrimento psíquico, o que agrega validade para as suas propriedades.

Portanto, no geral, a análise de validação do CD-Quest-R9 mostrou a validade adequada e consistente, quando aplicada a uma população de universitários brasileiros. Os resultados foram semelhantes aos obtidos em amostra envolvendo estudantes brasileiros de graduação, pacientes no Brasil com depressão, pacientes com ansiedade social nos Estados Unidos e pacientes ambulatoriais na Turquia.

O processo de validação do CD-Quest-R9 representa um ganho importante na capacidade do profissional de acompanhar de forma mais objetiva a evolução clínica do paciente, possibilitando a mensuração do impacto das intervenções nas distorções cognitivas e possíveis ajustes técnicos ao longo do processo psicoterápico. Estudo anterior, em populações distintas da desta pesquisa, mostrou a confiabilidade adequada da escala reduzida, com a vantagem de tornar a sua aplicação mais célere (3 a 5 minutos na sua versão de 9 itens, comparado aos 10 minutos ou mais da versão com 15 itens), aumentando a sua aplicabilidade na prática clínica ⁽⁶⁾.

O presente estudo apresenta pontos fortes, entre eles, o tamanho da amostra e a uniformidade dos seus participantes, em relação ao nível de educação. Entretanto, por se tratar de uma amostra de estudantes universitários, há limitações na extrapolação desses dados para a população geral, principalmente se considerarmos dificuldades na aplicação da escala em populações com menor nível de escolaridade. Embora se tenha evidenciado a adequação da escala na predição de quadros de ansiedade, a sua aplicação em outros contextos de sofrimento

psíquico carece de evidência na literatura. Outra limitação do estudo foi a ausência de dados sobre os processos envolvidos na determinação da população de respondentes, que pode ter sido selecionada por características específicas, definindo uma subpopulação dos universitários-alvo, levando a vieses na seleção da amostra, o que poderia comprometer a extrapolação dos achados para a própria população de estudantes aqui definida.

8 CONCLUSÃO

Finalizando, considera-se o presente estudo de importância central na construção de evidências para a utilização de uma das versões reduzidas do CD-Quest em cenários clínicos, o CD-Quest-R9, onde a diminuição do tempo da aplicação pode enriquecer a utilização de medidas objetivas na psicologia, com fins de avaliar as distorções cognitivas. Os achados apontam para a adequação do CD-Quest-R9, quando comparado a outras escalas, mostrando consistência na medição a que se propõe. É importante salientar que, pela natureza da amostra estudada, é necessário manter o investimento em novos estudos que demonstrem a aplicabilidade da escala e das suas versões reduzidas na avaliação transversal e longitudinal das distorções cognitivas e da sua resposta às terapias propostas.

REFERÊNCIAS

1. Beck AT. Thinking and depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1964;10:561–71.
2. Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 2nd ed. The Guilford Press. New York: The Guilford Press; 2011. 414 p.
3. Leahy RL. *Cognitive therapy techniques*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2017. 537 p.
4. Dobson D, Dobson K. *Evidence-based practice of cognitive behavioral therapy*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2017. 370 p.
5. Beck JS. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2007. 348 p.
6. Morrison AS, Ustun B, Horenstein A, Kaplan SC, de Oliveira IR, Batmaz S, et al. Optimized short-forms of the Cognitive Distortions Questionnaire. *J Anxiety Disord*. Aug. 2022;92:102624. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102624>
7. Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. *Cognitive therapy of depression and anxiety. books reconsidered*. New York; 1979.
8. Oliveira IR, Seixas C, Osório FL, Crippa JAS, De Abreu JN, Menezes IG, et al. Evaluation of the psychometric properties of the cognitive distortions questionnaire (CD-Quest) in a sample of undergraduate students. *Innov Clin Neurosci*. 2015;12(7–8):20–7.
9. Seixas C, Vieira R V., Pires PP, Butler RM, de Oliveira IR. Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): Validation and psychometric properties in a sample of Brazilian undergraduate students. 2021; Não publicado.
10. Kostoglou SL, Pidgeon AM. The Cognitive Distortions Questionnaire: Psychometric validation for an Australian population. *Aust J Psychol*. 2015;68(2):123–9.
11. Batmaz S, Kocbiyik S, Yuncu OA. Turkish Version of the Cognitive Distortions Questionnaire: Psychometric Properties. *Depress Res Treat*. 2015;2015.
12. Morrison AS, Potter CM, Carper MM, Kinner DG, Jensen D, Bruce L, et al. The Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): Psychometric properties and exploratory factor analysis. *Int J Cogn Ther*. 2015;8(4):287–305.
13. Qian L, Liu L, Chen M, Wang S, Cao Z, Zhang N. Reliability and validity of the chinese version of the cognitive distortions questionnaire (cd-quest) in college students. *Med Sci Monit*. 2020;26:1–8.
14. Morrison AS, Ustun B, Horenstein A, Kaplan SC, R. DOI, Batmaz S, et al. Optimized short-forms of the cognitive distortions questionnaire. no prelo. 2021;
15. Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;(30):S54-64.
16. Oliveira IR. Sentence-reversion-based thought record (SRBTR): a new strategy to deal with “yes, but...” dysfunctional thoughts in cognitive therapy. *Rev Eur Psychol Appl*. 2007;57(1):17–22.
17. Oliveira IR de. *Terapia Cognitiva Processual na Dependência Química*. In: Zanelatto NA, Laranjeira R, editors. *O tratamento da dependência química e as terapias*

- cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 256–90.
18. Oliveira IR de. *Terapia Cognitiva Processual Manual para clínicos*. Porto Alegre: Artmed; 2016. 224 p.
 19. Oliveira IR de. *Trial-Based Cognitive Therapy*. First Edit. New York: Routledge; 2016. 173 p.
 20. Oliveira IR de. Kafka's trial dilemma: Proposal of a practical solution to Joseph K.'s unknown accusation. *Med Hypotheses*. 2011;77(1):5–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2011.03.010>
 21. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
 22. Covin R, Dozois DJA, Ogniewicz A, Seeds PM. Measuring cognitive errors: Initial development of the cognitive distortions scale (CDS). *Int J Cogn Ther*. 2011;4(3):297–322.
 23. Beck JS. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. First Edit. Vol. 42, Contemporary Psychology: A Journal of Reviews. New York: The Guilford Press; 1995. 352 p.
 24. Celniker JB, Ringel MM, Nelson K, Ditto PH. Correlates of “Coddling”: Cognitive distortions predict safetyism-inspired beliefs, belief that words can harm, and trigger warning endorsement in college students. *Pers Individ Dif*. 2022;185(August 2021):111243. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111243>
 25. Sripada C. Impaired control in addiction involves cognitive distortions and unreliable self-control, not compulsive desires and overwhelmed self-control. *Behav Brain Res*. 2022;418(September 2021):113639. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2021.113639>
 26. Kube T, Schwarting R, Rozenkrantz L, Glombiewski JA, Rief W. Distorted Cognitive Processes in Major Depression: A Predictive Processing Perspective. *Biol Psychiatry*. 2020;87(5):388–98. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.017>
 27. Kuru E, Safak Y, Özdemir, Tulacı RG, Özdel K, Özkula NG, et al. Cognitive distortions in patients with social anxiety disorder: Comparison of a clinical group and healthy controls. *Eur J Psychiatry*. 2018;32(2):97–104. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.08.004>
 28. Brunault P, Mathieu S, Faussat C, Barrault S, Varescon I. Impulsivity facets and cognitive distortions associated with problem gambling: Differences between ADHD and non-ADHD gamblers. *Rev Eur Psychol Appl*. 2020;70(4):100559. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.erap.2020.100559>
 29. Chrétien M, Giroux I, Goulet A, Jacques C, Bouchard S. Cognitive restructuring of gambling-related thoughts: A systematic review. *Addict Behav*. 2017;75(December):108–21.
 30. Rossini-Dib D, Tavares H. A naturalistic study of recovering gamblers: What gets better and when they get better. *Psychiatr Res*. 2015;227(1):17–26.
 31. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognit Ther Res*. 1980;4(4):383–95.
 32. Krantz S, Hammen CL. Assessment of cognitive bias in depression. *J Abnorm Psychol*. 1979;88(6):611–9.

33. Lefebvre MF. Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *J Consult Clin Psychol*. 1981;49(4):517–25.
34. Kendall PC, Howard BL, Hays RC. Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognit Ther Res*. 1989;13(6):583–98.
35. Kendall PC, Hollon SD. Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognit Ther Res*. 1989;13(1):81–93.
36. Carvalho C, de Oliveira IR. Análise Psicométrica do Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest). Salvador Universidade Federal da Bahia; 2014.
37. Cowen P, Harrison P, Burns T. *Shorter Oxford Textbook of psychiatry*. EUA: 2012.
38. Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM. *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed; 2015. 162 p.
39. Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*. 2012;11(2):213–28. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-04712012000200007
40. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. 2012;22(53):423–32.
41. Pasquali L. *Psicometria Teoria dos testes na psicologia e na educação*. 4. ed. Porto Alegre: Editora Vozes; 2011. 338 p.
42. Gaya C de M. Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abuso e dependência de álcool e tabaco ribeirão. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
43. Vignola RCB. Escala e Depressão, Ansiedade Estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo; 2013.
44. De Souza CM, Hidalgo MPL. World Health Organization 5-item well-being index: Validation of the Brazilian Portuguese version. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(3):239–44.
45. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR 9.2: A comprehensive program for fitting exploratory and semiconfirmatory factor analysis and IRT models. *Appl Psychol Meas*. 2013;37(6):497–8.
46. JASP (Version 0.16.3). 2022.
47. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2015. 469 p.
48. Zinbarg RE, Revelle W, Yovel I, Li W. Cronbach's α , Revelle's β and McDonald's ω H: Their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika*. 2005;70(1):123–33.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de Distorções Cognitivas CD-QUEST

QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS CD-QUEST

(Copyright (c) 2010 Irismar Reis de Oliveira)

Todos nós temos milhares de pensamentos durante o dia. Esses pensamentos são representados palavras, frases e imagens que passam por nossas cabeças à medida que fazemos as coisas. Muitos desses pensamentos são corretos, porém, muitos estão distorcidos. Por isto eles são chamados de erros cognitivos ou distorções cognitivas.

Por exemplo, Paulo é um jornalista competente cujo trabalho de umas 10 páginas foi revisado por João, o editor de um importante jornal local. João fez correções em um parágrafo e deu algumas sugestões de menor importância. Embora João tenha aprovado o texto de Paulo, este ficou ansioso e pensou: “Este trabalho está muito ruim. Se estivesse bom, João não teria corrigido nada.”

Para Paulo, ou o trabalho está bom, ou está ruim. Este tipo de erro de pensamento costuma ser chamado de pensamento dicotômico. Como o pensamento retornou à mente de Paulo várias vezes de sexta a domingo (3 dias), e Paulo acreditou nele pelo menos 75%, ele fez um círculo em torno do número 4 na quarta coluna da grade abaixo.

1. Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado): Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “ou uma coisa, ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo. EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu desempenho foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”

Exemplo de Paulo: Este trabalho está muito ruim. Se ele estivesse bom, João não teria feito qualquer correção.

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo esta (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

Por favor, vire a página e avalie seu próprio estilo de pensamento.

QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS CD-QUEST

Irismar Reis de Oliveira

Nome:.....

Data:.....

Por favor, faça um círculo em torno do número correspondente a cada opção abaixo, indicando os erros ou distorções cognitivos que você notou estar fazendo durante esta semana. Ao avaliar cada distorção cognitiva, por favor, indique quanto você acredita nela no exato momento em que ocorreu (não quanto você acredita agora) e com que frequência ela ocorreu durante esta semana. Por favor, dê seus próprios exemplos nos itens que você marcar 4 ou 5.

DURANTE ESTA SEMANA, PERCEBI QUE ESTAVA PENSANDO DA SEGUINTE FORMA:

1. Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado): Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “uma coisa ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo. EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

2. Previsão do futuro (também denominada catastrofização): Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar. EXEMPLOS: “Vou fracassar e isso será insuportável.” “Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame.”

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3

Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

3. Desqualificação dos aspectos positivos: Desqualifico e desconto as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam.” EXEMPLOS: “Fui aprovado no exame, mas foi pura sorte.” “Entrar para a faculdade não foi grande coisa, qualquer um consegue.”

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

4. Raciocínio emocional: Acredito que minhas emoções refletem a realidade e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.

EXEMPLOS: “Sinto que ela me ama, então deve ser verdade.” “Tenho pavor de aviões, logo voar deve ser perigoso.” “Meus sentimentos me dizem que não devo acreditar nele.”

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

5. Rotulação: Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros. EXEMPLOS: “Sou um fracassado.” “Ele é uma pessoa estragada.” “Ela é uma completa imbecil.”

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3

Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

6. Ampliação/minimização: Avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos. EXEMPLOS: “Conseguí um 8. Isto demonstra o quanto meu desempenho foi ruim.” “Conseguí um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil.”

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

7. Abstração seletiva (também denominada filtro mental e visão em túnel): Presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro. EXEMPLOS: “Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido” (não considerando o retorno positivo de Miguel. “Não consigo esquecer que aquela informação que dei durante minha apresentação estava errada” (deixando de considerar o sucesso da apresentação e o aplauso das pessoas).

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

8. Leitura mental: Acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.

EXEMPLOS: “Ele está pensando que eu falhei”. “Ela pensou que eu não conhecia o projeto.” “Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito.”

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

9. Supergeneralização: Eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como “sempre”, “nunca”, “todo”, “inteiro”, etc. EXEMPLOS: “Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana.” “Que azar! Perdi o avião, logo isto vai estragar minhas férias inteiras”. “Minha dor de cabeça nunca vai parar”.

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

10. Personalização: Assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis. EXEMPLOS: “Senti-me desrespeitado porque a moça do caixa não me agradeceu” (sem considerar que ela não agradeceu a ninguém). “Meu marido me deixou porque eu fui uma má esposa” (deixando de considerar que ela foi sua quarta esposa).

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

11. Afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”): Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias atitudes “deveriam” ser da forma que espero que sejam e não o que de fato são. EXEMPLOS: “Eu devia ter sido uma mãe melhor”. “Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria”. “Eu não devia ter cometido tantos erros.”

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

12. Conclusões precipitadas (também conhecidas como inferências arbitrárias): Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou de poucas evidências que possam confirmá-las. EXEMPLOS: “Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável.” “Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo acidente.”

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

13. Culpar (outros ou a si mesmo): Dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, responsabilizo-me pelos comportamentos e atitudes de outros. EXEMPLOS: ‘Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade.’ “É culpa minha que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada.”

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3

Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

14. E se...?: Fico me fazendo perguntas do tipo “e se acontecer alguma coisa?”
EXEMPLOS: “E se meu caro bater?” “E se eu tiver um enfarte?” “E se meu marido me deixar?”

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo esta (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

15. Comparações injustas: Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.

EXEMPLOS: “Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu.” “Não consigo suportar o fato de ela ter mais sucesso do que eu.”

Frequência:	Não (não ocorreu).	Ocasional (1-2 dias durante esta semana).	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana).
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até to 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

ANEXO B - Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse

Conceitos avaliados: afetividade negativa (3 fatores: Depressão: itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; Ansiedade: itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; Estresse: itens 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18).

Referência da versão em original: LOVIBOND, S. H.; & LOVIBOND, P. F. Manual for the Depression, Anxiety, Stress Scales Australia. 1995. Disponível em: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass>.

Referência da versão em português: MARTINS, B. G.; SILVA, W. R.; MARÔCO, J.; & CAMPOS, J. A. D. B. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades em universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.68(1), p.32-41, 2019. **E-mail:** wandersonroberto22@gmail.com
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852019000100032

Item		Opções de Resposta			
		Não se aplicou de maneira alguma	Aplicou-se em algum grau, ou por algum tempo	Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
1	Tive dificuldade em acalmar-me	0	1	2	3
2	Estava consciente que minha boca estava seca	0	1	2	3
3	Parecia não conseguir ter nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldade em respirar (ex. respiração excessivamente rápida, falta de ar, na ausência de esforço físico)	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada a situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava geralmente muito nervoso	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Senti que estava agitado	0	1	2	3
12	Tive dificuldade em relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e deprimido	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que impediam-me de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3

17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava sensível	0	1	2	3
19	Eu estava consciente do funcionamento/batimento do meu coração na ausência de esforço físico (ex. sensação de aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter uma boa razão	0	1	2	3
21	Senti que a vida estava sem sentido	0	1	2	3

ANEXO C - Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998

Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998

Indique, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas últimas duas semanas. Note que os números maiores indicam maior bem-estar.

Exemplo: Se ao longo das últimas duas semanas se sentiu alegre e bem disposto/a durante mais de metade do tempo, coloque uma cruz no quadrado com o número 3

	<i>Durante as últimas duas semanas</i>	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais de metade do tempo	Menos de metade do tempo	Algumas vezes	Nunca
1	Senti-me alegre e bem disposto/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	Senti-me calmo/a e tranquilo/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	Senti-me activo/a e enérgico/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5	O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Pontuação:

A pontuação bruta é calculada pela soma dos valores das cinco respostas. Pode ter valores de 0 a 25, em que 0 representa a pior e 25 a melhor qualidade de vida possível.

Para se obter uma pontuação sob a forma de percentagem, multiplica-se a pontuação bruta por 4.

Em valores percentuais, 0 representa a pior e 100 representa a melhor qualidade de vida possível.

Interpretação:

Recomenda-se a aplicação do Inventário para a Depressão Major (CID-10), se a pontuação bruta for inferior a '13', ou se o doente respondeu '0' ou '1' a qualquer um dos 5 itens. Uma pontuação inferior a 13 revela um fraco bem-estar, constituindo indicação para testar a depressão de acordo com a CID-10.

Monitorização de alterações:

O valor percentual é utilizado para monitorizar possíveis alterações no bem-estar. Uma variação de 10% indica uma alteração significativa. (ref. John Ware, 1995).

©Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand , DK-3400 Hillerød, Denmark

ANEXO D - Questionário de Distorções Cognitivas – 9 - Itens - Forma Curta (CD-Quest-S9)

Questionário de Distorções Cognitivas – 9 - Itens

Forma Curta (CD-Quest-S9)

Todos nós temos milhares de pensamentos por dia. Esses pensamentos são palavras, frases e imagens que aparecem em nossas cabeças enquanto fazemos coisas. Muitos desses pensamentos são precisos, mas muitos são distorcidos. É por isso que são chamados erros cognitivos ou distorções cognitivas.

Por exemplo, Paul é um jornalista competente que teve seu trabalho de dez páginas avaliado por John, o editor de um importante jornal local. João fez algumas alterações e aprovou o texto de Paulo, mas não deu nenhum feedback positivo. Paulo ficou ansioso e se viu pensando: "John deve pensar que eu sou um escritor terrível. Se ele achava que era bom, ele teria dito isso.

Paulo está assumindo que sabe o que os outros pensam sobre ele e geralmente é negativo. Esse tipo de erro de pensamento às vezes é chamado de leitura da mente. Como esse pensamento voltou à mente de Paulo várias vezes de sexta a domingo (3 dias), e Paulo acreditou que pelo menos 75%, ele fez um círculo em torno do número 7 na terceira coluna da grade abaixo.

5. **Leitura Mental:** Acredito que conheço os pensamentos ou intenções dos outros (ou que eles conhecem meus pensamentos ou intenções) sem ter provas suficientes.

EXEMPLOS: "Ele está pensando que eu falhei". "Ela pensou que eu não conhecia o projeto." "Ele sabe que eu não gosto de ser tocado desta maneira."

Exemplo de Paulo: *John deve pensar que sou um péssimo escritor. Se ele achasse que era bom, teria dito.*

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		2	3	3
Médio (31% to 70%)		3	3	7
Muito (Mais de 70%)		3	7	7

Por favor, vire a página e avalie seu próprio estilo de pensamento.

Questionário de Distorções Cognitivas -9-Itens Forma Curta (CD-Quest-S9)

Por favor, faça um círculo em torno do número correspondente a cada opção abaixo, indicando erros cognitivos ou distorções que você fez durante esta última semana. Ao avaliar cada distorção cognitiva, por favor, indique O quanto você acreditou no exato momento em que ocorreu (não o quanto você acredita nisso agora), e com que frequência ocorreu durante esta última semana. Por favor, dê seus próprios exemplos para quaisquer itens que você classificar como ocorrendo a maior parte do tempo ou quase o tempo todo. DURANTE ESTA SEMANA PASSADA, EU ME VI PENSANDO ASSIM:

1. **Descontando o positivo:** eu desqualifico experiências positivas ou eventos insistindo que eles não contam.
EXEMPLOS: "Passei no exame, mas tive sorte." "Ir para a faculdade não é grande coisa, qualquer um pode fazê-lo."
Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		2	4	6
Médio (31% to 70%)		4	6	6
Muito (Mais de 70%)		6	6	6

2. **Raciocínio Emocional:** Acredito que minhas emoções refletem a realidade e as deixo guiar minhas atitudes e julgamentos.
EXEMPLOS: "Eu sinto que ela me ama, então deve ser verdade." "Tenho medo de aviões, então voar deve ser perigoso."
"Meus sentimentos me dizem que eu não deveria acreditar nele."
Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		2	4	4
Médio (31% to 70%)		4	4	5
Muito (Mais de 70%)		4	5	9

3. **Rotulação:** Coloquei um rótulo fixo, global, geralmente negativo, em mim ou em outros.
EXEMPLOS: "Eu sou um perdedor." "Ele é uma pessoa podre." "Ela é uma completa."
Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		3	4	4
Médio (31% to 70%)		4	4	4
Muito (Mais de 70%)		4	4	7

4. Abstração seletiva (também chamada de filtro mental e visão do túnel): Presto atenção a um ou alguns detalhes e não vejo todo o quadro.

EXEMPLOS: "Michael apontou um erro no meu trabalho. Então, eu posso ser demitido" (não considerando o feedback positivo geral de Michael). "Não posso esquecer que uma pequena informação que dei durante minha apresentação estava errada" (sem considerar seu sucesso e o público grandes aplausos).

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	3	6
Médio (31% to 70%)		3	6	6
Muito (Mais de 70%)		6	6	9

5. Leitura da mente: Acredito que conheço os pensamentos ou intenções dos outros (ou que eles conhecem meus pensamentos ou intenções) sem ter provas suficientes.

EXEMPLOS: "Ele está pensando que eu falhei". "Ela pensou que eu não conhecia o projeto." "Ele sabe que eu não gosto de ser tocado desta maneira."

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		2	3	3
Médio (31% to 70%)		3	3	7

Muito (Mais de 70%)		3	7	7
---------------------	--	---	---	---

6. **Supergeneralização:** Tomo casos negativos isolados e os generalizo, transformando-os em um padrão interminável, usando repetidamente palavras como "sempre", "nunca", "nunca", "inteira", "inteira", etc.

EXEMPLOS: "Estava chovendo esta manhã, o que significa que vai chover durante todo o fim de semana." "Que má sorte! Perdi o avião, então isso vai interferir em minhas férias inteiras". "Minha dor de cabeça nunca vai parar".

Meu exemplo:.....

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		3	3	5
Médio (31% to 70%)		3	5	7
Muito (Mais de 70%)		5	7	9

7. **Se as declarações (também "imperdível", "devemos", "ter tos"):** digo a mim mesmo que os eventos, os comportamentos das pessoas e minhas próprias atitudes "deveriam" ser do jeito que eu esperava que fossem e não como realmente são.

EXEMPLOS: "Eu deveria ter sido uma mãe melhor". "Ele deveria ter se casado com Ann em vez de Mary". "Eu não deveria ter cometido tantos erros."

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		0	2	2
Médio (31% to 70%)		2	2	5
Muito (Mais de 70%)		2	5	8

8. **E se?:** Eu continuo me fazendo perguntas como "e se algo acontecer?"

EXEMPLOS: "E se meu carro bater?" "E se eu tiver um ataque cardíaco?" "E se meu marido me deixar?"

Meu exemplo:.....

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		0	2	4
Médio (31% to 70%)		2	4	6
Muito (Mais de 70%)		4	6	6

9. **Comparações injustas:** eu me comparo com outros que parecem fazer melhor do que eu e me colocam em uma posição desvantajosa.

EXEMPLOS: "Meu pai sempre preferiu meu irmão mais velho porque ele é muito mais esperto do que eu." "Eu não suporto que ela seja mais bem sucedida do que eu."

Meu exemplo:

.....

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		0	4	4
Médio (31% to 70%)		4	4	7
Muito (Mais de 70%)		4	7	7

Instruções de pontuação: Para estimar a pontuação composta total no CD-Quest completo de 15 itens, soma as pontuações das células de tabela selecionadas e adicione 1.

ANEXO E- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA****INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO CD-QUEST-R EM UMA AMOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL**”.

Objetivo do Estudo

Nesta pesquisa pretendemos avaliar as qualidades do Questionário de Distorções Cognitivas (CD-QUEST-R). O CD-Quest é um questionário composto por 15 tipos de distorções cognitivas, ou seja, formas como a mente cometer erros de julgamento.

Justificativa do Estudo

As distorções cognitivas são ocorrências importantes nos transtornos mentais. A sua identificação tem relevância na clínica, porque muitas intervenções psicoterápicas visam às correções dessas distorções. As distorções cognitivas podem ser definidas como percepções errôneas das situações vividas ou de estados emocionais que, em excesso, podem levar a dificuldades emocionais e comportamentais ou contribuir para o agravamento do transtorno psiquiátrico. O CD-Quest na sua versão original possui 15 itens e o tempo de aplicação é de aproximadamente até 20 minutos, o que pode comprometer seu uso na prática clínica. Considerando tal limitação, torna-se relevante a redução desse questionário, objetivando um tempo menor de aplicação. Estudar a validade da versão reduzida (CD-Quest-R), uma vez que demonstre ser equivalente à escala original, permitirá sua maior utilização pelos clínicos, com impacto importante no cuidado da saúde mental na comunidade.

Metodologia

Para participar desta pesquisa, o(a) Sr.(a) precisa ser brasileiro(a), maior de 18 anos e ser aluno de graduação, pós-graduação lato sensu, mestrado ou doutorado na UFBA. Todos os alunos da UFBA que atendam essas exigências podem responder a um conjunto de questionários ou escalas que avaliam 1) a presença ou não das distorções cognitivas (CD-Quest); o bem-estar atual do participante (The World Health Organization Five Well-being index - WHO-5); os sintomas de depressão, estresse e ansiedade pela (escala DASS-21)” a sua flexibilidade psicológica e capacidade de viver no presente

(Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II) e os dados sócio demográficos. Depois dos questionários respondidos, as informações serão analisadas a fim de se verificar se o CD-Quest é adequado ou não, para identificar as distorções cognitivas.

Riscos

Há o risco de o(a) Sr.(a) sentir ligeiro cansaço por causa da quantidade de perguntas. Porém, tais respostas serão escolhidas com um click do mouse. O(a) Sr.(a) também poderá se sentir desconfortável com algumas perguntas, mas o pesquisador garante que poderá fazer pausas sem perder as respostas já selecionadas, como também poderá desistir de continuar participando da pesquisa a qualquer momento. Outra informação importante é que, em toda pesquisa, existe o risco ainda que remoto de as informações serem vazadas como, por exemplo, pessoas que não fazem parte do grupo de pesquisa terem acesso às informações coletadas ou o site provedor da pesquisa ser invadido por hackers. O pesquisador, no entanto, garante que fará tudo o que estiver ao seu alcance para minimizar esses riscos e manter as respostas guardadas de forma segura. O fato de o questionário ser respondido na internet ajuda na segurança em se guardar as respostas, pois elas estarão em um site seguro e especializado em fazer esse tipo de pesquisa, no qual somente o pesquisador terá acesso às informações através de uma senha. Além disso, os dados não circularão em papéis impressos. Na eventualidade da ocorrência de situações psicológicas ou emocionais desencadeadas pelas questões durante o preenchimento dos questionários, o participante receberá de forma gratuita a assistência integral e imediata necessária para sanar o dano ocorrido.

Benefícios

Esta pesquisa visa a aumentar o conhecimento científico sobre as distorções cognitivas através do aprimoramento da escala CD-Quest-R. A curto e médio prazos, o(a) Sr(a) não terá um ganho específico e direto ao participar deste estudo. Porém, a maioria da população não sabe que as distorções cognitivas existem. Por isso, as pessoas deixam de receber esclarecimentos sobre aspectos prejudicados de sua vida, a exemplo de relacionamentos em sua vida pessoal ou no trabalho. Sendo assim, o(a) Sr(a) poderá ter um ganho indireto, ao participar da pesquisa, através do aumento dos seus conhecimentos a respeito das distorções cognitivas. Assim, poderá ser útil à comunidade e contribuir para o desenvolvimento do tratamento de tais erros de percepção constituídos pelas distorções cognitivas. Além disso, o(a) Sr(a) terá direito a assistência psicológica integral gratuita na eventualidade de danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios comprovadamente decorrentes da pesquisa, pelo tempo que for necessário, conforme os itens II.3.1 e II.3.2 da Resolução CNS 466 de 2012, desde que comunique o fato ao pesquisador.

Compensação e Ressarcimento

Você não receberá nenhuma compensação para participar desta pesquisa. Tampouco terá qualquer despesa adicional. Para participar do estudo, o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Assistência/Interrupção ou Encerramento/Indenização

Caso o(a) Sr.(a) venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, receberá a orientação adequada para assistência integral e imediata, na rede pública de saúde, além de lhe ser garantido o direito à indenização. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer

momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Caso o(a) Sr.(a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com os pesquisadores abaixo a qualquer tempo.

Pesquisador responsável: Stefano Emanuel Santos Tourinho

Endereço: Av. Cardeal da Silva, 1985 Apt. 601- Bairro Federação- CEP 40231-305 - Salvador-Bahia.

Celular/Whatsapp: (71)99999-9895

E-mail: sestourinho@gmail.com

Também em caso de dúvida, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP/ICS/UFBA). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) busca defender os interesses dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP/ICS/UFBA) está localizado na Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, - Instituto de Ciências da Saúde – Térreo, Vale do Canela. Horário de funcionamento: De segunda-feira a sexta-feira, das 07h00min às 17h30min. Telefone: (71) 3283-8951. E-mail: cepics@ufba.br

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição após o trabalho ser finalizado. Estima-se que, a partir de agosto de 2022, os resultados da pesquisa estejam prontos para serem divulgados para os respondentes do questionário. Caso o(a) Sr.(a) tenha interesse em tomar conhecimento, basta solicitar ao pesquisador pelos meios de comunicação divulgados acima. Seu nome ou as informações que indiquem sua participação não serão liberados para uso na pesquisa sem a sua permissão. O(a) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação futura, pois os seus dados pessoais serão codificados, e o acesso ao banco de dados será protegido por senha. Tais mecanismos serão utilizados para garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados, tais como nome e e-mail. É importante que, ao término do preenchimento dos questionários, o participante mantenha uma cópia eletrônica das suas respostas. Os questionários respondidos, após seu armazenamento em dispositivos eletrônicos, serão apagados da plataforma virtual, do ambiente compartilhado e do ambiente de nuvem.

Este termo de consentimento deverá ser impresso pelo(a) Sr(a), através do botão “imprimir”, localizado ao final desse termo, que ficará habilitado após sua concordância em participar da pesquisa. Uma via virtual desse termo de consentimento será arquivada pelo pesquisador responsável, juntamente com todos os dados e resultados da pesquisa, em seu computador pessoal, protegido por senha, bem como em um pen drive, guardado como backup, em cofre pessoal, também protegido por senha. Sendo assim, todos os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do

Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Salvador, _____ de _____ de 20 .

Nome completo (participante)

Data

Stefanio Emanuel Santos Tourinho

Nome completo (pesquisador responsável)

Data

ANEXO F – Parecer Consubstanciado do CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO CD-QUEST-R EM UMA AMOSTRA DE

ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

DO BRASIL **Pesquisador:** STEFANIO EMANOEL

SANTOS TOURINHO **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 51959321.0.0000.5662

Instituição Proponente: PÓS Instituto de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.090.561

Apresentação do Projeto:

O projeto objetiva a validação da escala para distorções cognitivas, CD-QUEST, na sua versão reduzida (CD-QUEST-R), em população de estudantes universitários de uma universidade pública brasileira. Será realizado um estudo quantitativo, transversal/seccional e correlacional em uma amostra de estudantes de graduação e pós-graduação da universidade. A amostra mínima será estimada em torno de 5% a 10% do total de alunos acima de 18 anos matriculados nos cursos de graduação e pós-graduação. Os estudantes que aceitarem participar da pesquisa assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido e serão submetidos as escalas autoaplicáveis (CD-QUEST, HADS, WHO-5 e AAQ-II) e a um questionário sociodemográfico. Os questionários serão fornecidos por via digital através de plataforma da própria universidade. Será avaliada a fidedignidade teste-reteste utilizando técnicas que envolvem análises fatoriais exploratórias e análises fatoriais confirmatórias.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as propriedades psicométricas, validade e composição fatorial da versão reduzida do questionário de distorções cognitivas (CD-QUEST-R).

Objetivo Secundário:

Replicar um estudo anterior (DE OLIVEIRA et al., 2015) sobre as propriedades psicométricas do

Questionário de Distorções Cognitivas (CD-QUEST) em sua versão brasileira em português utilizada com estudantes de graduação e pós-graduação; Avaliar o perfil da saúde mental de estudantes universitários de graduação e pós-graduação de uma universidade pública brasileira; Obter dados para a construção de programas de prevenção do adoecimento psíquico em população de estudantes universitários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Consideramos a possibilidade do participante se sentir cansado(a), pela quantidade de perguntas a serem respondidas, o que poderá ser minimizado pela simplicidade das respostas a serem dadas, que envolvem um click do mouse. Poderá haver desconforto com algumas perguntas, mas o pesquisador garantirá que o participante poderá fazer pausas sem perder as respostas já dadas, como também poderá desistir de continuar participando da pesquisa a qualquer momento. Há um risco remoto de as informações serem vazadas como, por exemplo, pessoas que não fazem parte do grupo de pesquisa terem acesso às informações coletadas ou o site provedor da pesquisa ser invadido por um hacker, o que será minimizado pelo fato de o questionário ser respondido na internet, pois as respostas estarão em um site seguro e especializado em fazer esse tipo de pesquisa, no qual somente o pesquisador terá acesso às informações através de uma senha. Além disso, os dados não estarão circulando nas mãos de pessoas em papéis impressos, pois tudo será feito no computador. O pesquisador estará disponível no endereço, celular (WhatsApp) ou e-mail abaixo, a fim de esclarecer suas dúvidas ou retirá-lo da pesquisa, caso queira sair.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este é um estudo quantitativo, transversal/seccional e correlacional a ser realizado em uma amostra de estudantes de graduação e pós-graduação da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O número de participantes da pesquisa é de 5000 pessoas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e encontram-se adequados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise das respostas do parecer CEP n - 5.015.849, conclui-se que todas as pendências apontadas anteriormente foram atendidas. Sendo assim, neste presente momento não foram observados óbices éticos no projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1817406.pdf	03/11/2021 16:47:17		Aceito
Outros	cartarespostaparecer.pdf	03/11/2021 16:45:48	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclesemalteracaomarcadaemvermelho.pdf	03/11/2021 16:45:09	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecomalteracaomarcadaemvermelho.pdf	03/11/2021 16:44:46	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoemalteracaomarcadaemvermelho.pdf	03/11/2021 16:44:23	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoemalteracaomarcadaemvermelho.pdf	03/11/2021 16:43:54	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	equipedetalhada.pdf	21/09/2021 11:21:44	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	cartadeanuenciaufba.pdf	13/09/2021 20:04:02	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	cartadeanuenciaiaics.pdf	13/09/2021 20:03:38	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito

Cronograma	cronograma.pdf	09/09/2021 07:56:53	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadocomalteracaodestacada .pdf	09/09/2021 07:56:38	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/09/2021 07:56:08	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	31/08/2021 19:34:46	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	AAQ2.pdf	31/08/2021 19:27:03	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	questionariosociodemografico.pdf	31/08/2021	STEFANIO	Aceito

Página 03 de

Outros	questionariosociodemografico.pdf	19:26:31	EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	escaladeansiedadeedepressaohospitalar hads.pdf	31/08/2021 19:25:08	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	escalawho5.pdf	31/08/2021 19:23:06	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	CDQuest.pdf	31/08/2021 19:22:32	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	31/08/2021 19:17:57	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Salvador, 9 de novembro de 2021

**Assinado por:
DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ
(Coordenador(a))**



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>