



**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**O modelo diagnóstico de transtornos da personalidade da CID-11:
Estudos psicométricos**

Neidsoni Pereira de Oliveira

**BRASÍLIA – DF
2021**



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**O modelo diagnóstico de transtornos da personalidade da CID-11:
Estudos psicométricos**

Neidsoni Pereira de Oliveira

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

Orientador: Dr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

BRASÍLIA – DF
2021



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

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

Profa. Dra. Marcel Mansur Alves
Departamento de Psicologia – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho
Departamento de Psicologia – Universidade São Francisco – UFS

AGRADECIMENTOS

No período em que essa dissertação foi elaborada, em um contexto de pandemia do Sars-CoV-2 (ou apenas covid), estar vivo é sempre o primeiro motivo para agradecer. Em diversas maneiras todos foram influenciados, seja por questões de saúde física ou emocional, de trabalho, socioeconômicas, ou educacionais. Então, também é motivo de agradecer conseguir chegar ao fim de um projeto acadêmico. A Deus a gratidão por tudo isso, e por também colocar pessoas ao redor para auxiliar nos momentos necessários para esse projeto.

Agradeço ao Prof. Dr. Sérgio Eduardo, orientador dessa obra. Certamente foi mais que um orientador. Nenhuma palavra dita ou escrita foi ignorada, sejam as de caráter técnico sejam as motivacionais. Esse trabalho existe dessa forma por sua causa.

Agradeço também a todos os amigos que de alguma forma estiveram comigo nesse percurso, seja só fazendo companhia ou aqueles que ajudaram com a elaboração do instrumento, a divulgação da coleta de dados ou fazendo parte da amostra.

Por fim, tenho que agradecer também a todos os que participaram dessa pesquisa. Reconheço que não era uma tarefa pequena responder a uma média de 240 itens, por mais simples que fossem. Obrigado por entenderem a importância do projeto e se esforçarem a ir até o fim.

Lista de Tabelas

ARTIGO 1

Tabela 1. <i>Diferenças entre CID e DSM</i>	5
Tabela 2. <i>Histórico de Publicações de Edições da CID e do DSM</i>	7
Tabela 3. <i>Vantagens e Desvantagens dos Modelos Categórico e Dimensional</i>	14
Tabela 4. <i>Classificação dos Transtornos de Personalidade no Modelo Categórico pela CID e DSM</i>	15
Tabela 5. <i>Dimensões de Gravidade dos Transtornos da Personalidade na CID-11</i>	22
Tabela 6. <i>Descrição das Domínios de Traços Patológicos da Personalidade e Qualificador Borderline na CID-11</i>	25

ARTIGO 2

Tabela 1. <i>Características Sociodemográficas e de Saúde da Amostra</i>	48
Tabela 2. <i>Cargas Fatoriais em Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória, e Fidedignidade</i>	53
Tabela 3. <i>Análise de Estabilidade Temporal do PiCD-Br: Teste-Retestes com Intervalo de 4 a 6 Semanas</i>	55
Tabela 4. <i>Correlação entre o PiCD-Br e o PID-5-BF+M, LPFS-BF-2.0 e SASPD</i>	56
Tabela 5. <i>Diferenças nos Domínios do PiCD-Br Entre Grupos de Participantes Com e Sem Indicadores Clínicos (n = 2.287)</i>	57

ARTIGO 3

Tabela 1. <i>Correspondência entre os domínios de traços de TPs da CID-11 com o DSM-5 e FFM</i>	71
Tabela 2. <i>Características Sociodemográficas e de Saúde da Amostra</i>	75
Tabela 3. <i>Estatística Descritiva, Evidências de Unidimensionalidade das Facetas e Coeficientes de Fidedignidade</i>	80
Tabela 4. <i>Análise de Estabilidade Temporal do FFiCD-Br: Teste-Retestes com Intervalo de 4 a 6 Semanas</i>	81
Tabela 5. <i>Correlação entre os Domínios do FFiCD-Br e os Domínios do PID-5-BF+M e BFI-2-S</i>	82
Tabela 6. <i>Diferenças nos Domínios do FFiCD-Br Entre Grupos de Participantes Com e Sem Indicadores Clínicos (n = 1.962)</i>	84
Tabela S 1. <i>Estatísticas Descritivas e de Consistência Interna do FFiCD-Br (n = 1.962)</i>	96
Tabela S 2. <i>Correlação entre Domínios, Facetas e Nuances do FFiCD-Br com PID-5-BF+M e BFI-S-2</i>	98

ARTIGO 4

Tabela 1. <i>Características Sociodemográficas e de Saúde da Amostra</i>	106
Tabela 2. <i>Cargas Fatoriais em Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória e Confiabilidade</i>	113
Tabela 3. <i>Análise de Estabilidade Temporal do BPS: Teste-Retestes com Intervalo de 4 a 6 Semanas</i>	113

Tabela 4. <i>Correlação entre a BPS-Br e o PID-5-BF+M, SASPD, LPFS-BF-2.0, IPO-Br-R</i>	114
Tabela 5. <i>Diferenças nos Componentes do BPS Entre Grupos de Participantes Com e Sem Indicadores Clínicos (n = 2.287), e Com Diagnóstico Borderline e Outros Indicadores</i>	117

Lista de Figuras

ARTIGO 1

- Figura 1.** Diagrama do Modelo Híbrido de Transtornos da Personalidade do DSM-5 17
Figura 2. Diagrama do Modelo Dimensional de Transtornos da Personalidade da CID-11 ..20
Figura 3. Cinco Domínios dos Transtornos da Personalidade e as Facetas Propostas no FFiCD29

ARTIGO 2

- Figura 1.** Análise Paralela para Extração de Fatores do PiCD-Br52

ARTIGO 3

- Figura 1.** *Coefficientes Padronizados da Análise Fatorial Confirmatória do FFiCD-Br.....81*

ARTIGO 4

- Figura 1.** *Análise Paralela para Extração de Fatores da BPS-Br 112*

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	V
Lista de Figuras.....	VII
Resumo.....	XI
Abstract.....	XII
Artigo 1 - O novo modelo diagnóstico de transtornos da personalidade da CID-11 e a sua aplicação.....	1
Resumo.....	1
Abstract.....	1
O novo modelo diagnóstico de transtornos da personalidade da CID-11 e a sua aplicação.....	2
Sistemas de Classificação dos Transtornos Mentais: CID e DSM	4
A Personalidade e os Transtornos de Personalidade.....	8
Teorias Influenciadoras do Conceito de Transtorno da Personalidade.....	10
O Transtorno de Personalidade na CID e no DSM	11
Modelos Categórico e Dimensional dos Transtornos da Personalidade.....	12
O Modelo Categórico de Transtornos da Personalidade na CID e no DSM	14
O Modelo Híbrido de Transtornos da Personalidade no DSM-5.....	15
O Modelo Dimensional de Transtornos da Personalidade da CID-11.....	19
Avaliação da Gravidade da Patologia da Personalidade.....	21
Os Qualificadores de Traços da Personalidade e o Padrão Borderline.....	25
A Aplicação do Modelo de Transtorno da Personalidade da CID-11.....	27
Vigência, Aplicação e Implementação da CID e do DSM no Brasil.....	30
Conclusão.....	31
Referências.....	32
Artigo 2: Avaliação dos Qualificadores Diagnósticos dos Transtornos da Personalidade da CID-11: Evidências de Validade de Construto	41
Resumo.....	41
Abstract.....	41
Avaliação dos Qualificadores Diagnósticos dos Transtornos da Personalidade da CID-11: Evidências de Validade de Construto	42
Estudo 1: Adaptação Transcultural do PiCD para o Brasil	44
Estudo 2: Qualidades Psicométricas do PiCD-Br	45
Método	46
Participantes.....	46
Instrumentos.....	46
Procedimentos.....	49
Análise de Dados	50
Considerações Éticas	52
Resultados.....	52
Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória.....	52
Fidedignidade por Consistência Interna e Teste-Reteste	54
Validade Concorrente e Convergente	55
Discussão.....	58
A Estrutura dos Traços Patológicos da Personalidade da CID-11.....	58
A Relação dos Traços Patológicos do Modelo da CID-11 com o Modelo do DSM-5	59

A Natureza da Dimensão Anancastia no PiCD.....	59
Limitações e Pesquisas Futuras	61
Conclusão.....	61
Referências.....	63
Artigo 3: Adaptação Transcultural do Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 para o Brasil e suas Propriedades Psicométricas.....	69
Resumo.....	69
Abstract.....	69
Adaptação Transcultural do Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 para o Brasil e suas Propriedades Psicométricas.....	70
Estudo I: Adaptação Transcultural do FFiCD para o Português Brasileiro	72
Estudo II: Propriedades Psicométricas Iniciais do FFiCD-Br	73
Método	74
Participantes.....	74
Instrumentos.....	74
Procedimentos.....	77
Análise dos Dados.....	78
Considerações Éticas	79
Resultados.....	79
Unidimensionalidade das Facetas e Estrutura do FFiCD-Br	79
Fidedignidade.....	80
Validade Convergente.....	82
Validade Concorrente	82
Discussão.....	85
Limitações e Pesquisas Futuras	88
Conclusão.....	89
Referências.....	91
Material Suplementar.....	96
Artigo 4: Qualificador de Padrão Borderline da CID-11: Validade da Borderline Pattern Scale (BPS).....	100
Resumo.....	100
Abstract.....	100
Qualificador de Padrão Borderline da CID-11: Validade da Borderline Pattern Scale (BPS).....	101
Estudo I: Adaptação Transcultural da Borderline Pattern Scale para o Português Brasileiro.....	103
Estudo II: Propriedades Psicométricas Iniciais da <i>Borderline Pattern Scale – Brazil</i> (BPS-Br).....	104
Método	105
Participantes.....	105
Instrumentos.....	105
Procedimentos.....	108
Análise dos Dados.....	109
Considerações Éticas	111
Resultados.....	111
Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória.....	112
Fidedignidade por Consistência Interna e Teste-Reteste	113
Validade Concorrente e Convergente	114
Discussão.....	115

Limitações e Pesquisas Futuras	120
Conclusão.....	121
Referências.....	121
Considerações Finais da Dissertação	127
Anexo 1 – Questionário de dados sociodemográficos e de saúde.....	128
Anexo 2 – Personality Inventory for ICD-11 – PiCD-Br.....	130
Anexo 3 – Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 (FFiCD - FFiCD-Br.....	132
Anexo 4 – Borderline Pattern Scale - BPS-Br	137
Anexo 5 – Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder - SAS-PD.....	138
Anexo 6 – Level of Personality Functioning Scale – Brief Form (LPFS-BF).....	140
Anexo 7 – Personality Inventory for DSM-5-Brief Form Plus Modified (PID-5-BF+M)	141
Anexo 8 – Big Five Inventory 2 – Short Version (BFI-2-S)	143
Anexo 9 - <i>Inventory of Personality Organization</i> – versão brasileira reduzida - IPO-Br-R	144
Anexo 10 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	145
Anexo 11 – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP (PDF).....	147

Resumo

A partir do ano de 2022, com a vigência da 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), a nosologia oficial dos transtornos de personalidade (TP) passa a adotar um modelo dimensional deixando para trás o modelo categórico que vigorou por muitas décadas. O diagnóstico de TP no novo modelo da CID-11 passa a ser feito essencialmente em uma dimensão de gravidade, com três possíveis níveis (leve, moderado e grave) além de uma condição subsindrômica (dificuldade da personalidade), complementado pela descrição dos traços estilísticos da personalidade patológica em cinco domínios (afetividade negativa, desinibição, distanciamento, dissociabilidade e anancastia). O modelo inclui, ainda, o qualificador padrão *borderline* (um resquício do modelo categórico). A presente dissertação de mestrado teve por objetivo central investigar a adequação desse modelo para o contexto brasileiro. Por tanto, foram desenvolvidos quatro artigos. O primeiro artigo, de base teórica, teve o objetivo de descrever e discutir o novo modelo diagnóstico dos TPs adotado pela CID-11, abordando suas características e operacionalização, comparando-o com o seu correlato na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o modelo híbrido. O segundo artigo teve como objetivo apresentar os procedimentos de adaptação e de investigação psicométrica do *Personality Inventory for ICD-11* (PiCD). Participaram deste estudo 2.287 brasileiros das cinco regiões do país. Os resultados confirmaram a estrutura dos cinco domínios da CID-11, além de adequados índices de consistência interna e de teste-reteste. Evidências de validade convergente com outras medidas de traços patológicos da personalidade e concorrente por meio da diferenciação de escores de participantes com e sem indicadores clínicos foram obtidas. O terceiro artigo visou a investigação do *Five-Factor Personality Inventory for ICD-11* (FFiCD) que também avalia os cinco domínios da CID-11, como o PiCD, mas inclui estimativas de facetas e nuances desses domínios. A amostra desse estudo foi de 1.962 brasileiros. A estrutura de cinco domínios foi confirmada e ao nível das facetas, em geral, foram encontradas propriedades psicométricas aceitáveis, podendo ser utilizadas para detalhamento na descrição do funcionamento psicopatológico da personalidade. Evidências de fidedignidade e de validade com outras medidas de patologia da personalidade foram encontradas, indicando a adequação do FFiCD para a cultura brasileira. Por fim, no quarto artigo, o objetivo foi investigar as propriedades psicométricas da *Borderline Pattern Scale* (BPS), a qual se propõe a avaliar o qualificador padrão *borderline* da CID-11. Participaram deste estudo um total de 2.224 brasileiros. A estrutura da BPS se mostrou unidimensional, capturando os principais componentes do funcionamento *borderline*. Evidências de fidedignidade e validade foram obtidas para a BPS. Os resultados indicaram excelente capacidade de diferenciação entre pessoas que autodeclararam ter diagnóstico de TP *Borderline* e os que afirmaram não ter. Foi observada forte correlação da BPS com o domínio afetividade negativa e moderada com os domínios desinibição e distanciamento. Diferente do esperado, a correlação da BPS com o domínio dissociabilidade foi fraca. De forma geral, esta dissertação de mestrado contribui para divulgação e apresentação do novo modelo dimensional de TP adotado pela CID-11, em uma das mudanças mais radicais da nosologia psiquiátrica, bem como apresenta três importantes instrumentos de avaliação dos seus construtos, traduzidos, adaptados e validados psicometricamente ao contexto cultural brasileiro, o PiCD-Br, o FFiCD-Br e o BPS-Br.

Palavras-chave: transtorno de personalidade, modelo dimensional, CID-11, instrumentos de avaliação, validade.

Abstract

As of the year 2022, when the 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11) will be in effect, the official nosology of personality disorders (PD) starts to adopt a dimensional model, leaving behind the categorical model that was in force for many decades. The diagnosis of PD in the new ICD-11 model is now made essentially in a dimension of severity, with three possible levels (mild, moderate, and severe) in addition to a subsyndromal condition (personality difficulty), complemented by the description of stylistic traits of pathological personality in five domains (negative affectivity, disinhibition, detachment, dissociability and anancastia). The model also includes the standard borderline qualifier (a remnant of the categorical model). The main objective of this master's thesis was to investigate the suitability of this model for the Brazilian context. Therefore, four articles were developed. The first article, theoretically based, aimed to describe, and discuss the new diagnostic model for PDs adopted by the ICD-11, addressing its characteristics and operationalization, comparing it with its counterpart in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), the hybrid model. The second article aimed to present the adaptation and psychometric investigation procedures of the Personality Inventory for ICD-11 (PiCD). 2,287 Brazilians from the five regions of the country participated in this study. The results confirmed the structure of the five domains of the ICD-11, in addition to adequate internal consistency and test-retest indices. Evidence of convergent validity with other measures and concurrent by differentiating the scores of participants with and without clinical indicators were obtained. The third article aimed to investigate the Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 (FFiCD) which also assesses the five domains of the ICD-11, such as the PiCD, but includes estimates of the facets and nuances of these domains. The sample of this study consisted of 1,962 Brazilians. The five-domain structure was confirmed and at the facet level, in general, acceptable psychometric properties were found and can be used for detailing in the description of psychopathological personality functioning. Evidence of reliability and validity with other measures of personality pathology were found, indicating the suitability of the FFiCD for Brazilian culture. Finally, in the fourth article, the objective was to investigate the psychometric properties of the Borderline Pattern Scale (BPS), which proposes to assess the borderline pattern qualifier of the ICD-11. A total of 2,224 Brazilians participated in this study. The BPS structure proved to be one-dimensional, capturing the main components of borderline functioning. Evidence of reliability and validity were obtained for the BPS. The results indicated an excellent ability to differentiate between people who self-declared to have a diagnosis of Borderline PD and those who claimed not to have it. A strong correlation of BPS with the negative affectivity domain and moderate with the disinhibition and distancing domains was observed. Unlike expected, the correlation of BPS with the dissociability domain was weak. Overall, this master's thesis contributes to the dissemination and presentation of the new dimensional model of PD adopted by the ICD-11, in one of the most radical changes in psychiatric nosology, as well as presenting three important instruments for evaluating its constructs, translated, adapted, and psychometrically validated in the Brazilian cultural context, the PiCD-Br, the FFiCD-Br and the BPS-Br.

Keywords: personality disorder, dimensional model, ICD-11, assessment instruments, validity

Artigo 1 - O novo modelo diagnóstico de transtornos da personalidade da CID-11 e a sua aplicação

Resumo

A Organização Mundial de Saúde aprovou a 11^a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) para vigorar a partir do ano de 2022. O objetivo deste artigo é apresentar o novo modelo diagnóstico de transtornos da personalidade adotado pela CID-11. Discorreremos sobre o processo e desenvolvimento dos principais manuais de classificação nosológica, DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e CID, que culmina na intenção inicial de harmonização das edições do DSM-5 e da CID-11 quanto à adoção de um modelo dimensional de transtorno de personalidade, substituindo o modelo categórico vigente. É revisado o modelo categórico e apresentado o modelo de dimensional do transtorno de personalidade da CID-11 e sua aplicação clínica, contrastando com o modelo híbrido do DSM-5.

Palavras-chave: transtorno de personalidade, modelo dimensional, CID-11

Abstract

The World Health Organization approved the 11th International Classification of Diseases to take effect from the year 2022. The purpose of this article is to present the new diagnostic model for personality disorders adopted by the ICD-11. We discuss the process and development of the main nosological classification manuals, DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) and ICD, which culminates in the initial intention of harmonizing the DSM-5 and ICD-11 editions regarding the adoption of a dimensional model of personality disorder, replacing the current categorical model. The categorical model is reviewed and the ICD-11 dimensional model of personality disorder and its clinical application are presented, contrasting with the DSM-5 hybrid model.

Keywords: personality disorder, dimensional model, ICD-11

O novo modelo diagnóstico de transtornos da personalidade da CID-11 e a sua aplicação

A compreensão da natureza humana e a sua classificação no que hoje chamamos de personalidade remonta à Grécia Antiga. A tradicional divisão em quatro tipos diferentes de personalidades proposta por Hipócrates-Galeno era: sanguínea, melancólica, colérica e fleumática (Millon et. al., 2004). Tal classificação atravessou séculos para se infiltrar nas formulações contemporâneas de Kant, Jung, Eysenck etc. (Berrios, 1993; Dumont, 2010). Não só a personalidade “normal” é classificada, mas também aquelas personalidades que se desviam da expectativa sociocultural e que trazem sofrimento e prejuízos para as pessoas. Nesses casos, tem-se o que chamamos de transtorno da personalidade (TP).

A classificação dos TPs e de outras psicopatologias é uma tarefa de longa data. Produzir um novo e bem ordenado sistema de classificação da psicopatologia era a ambição de todo psiquiatra no fim do século XIX (Widiger, 2018). No entanto, a profusão de classificações implicava dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e instâncias governamentais. Inexistia um sistema de diagnóstico uniforme e com autoridade sobre o tema. Cada profissional era livre para usar qualquer sistema de classificação e, nesse contexto, ainda que dois profissionais usassem o mesmo diagnóstico, provavelmente teriam utilizados critérios diferentes para chegar à sua determinação (Widiger, 2018). A solução para essa “torre de babel” de classificação das patologias foi a instituição de um sistema oficial de classificação que oferecesse uma linguagem comum. Até o ano de 2021 são duas as principais “línguas da psiquiatria moderna” (classificações de referência): o “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”, conhecido como DSM, da *American Psychiatric Association* (APA), em sua 5ª edição publicada em 2013 (DSM-5; APA, 2013), e a “Classificação Internacional de Doenças” (CID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua 10ª edição publicada em 1989. A novidade no campo da nosologia é a

recente aprovação da 11ª edição da CID (a CID-11), que entrará em vigor a partir de 1º janeiro de 2022.

Na CID-11 é adotada uma nova classificação dos TPs, a qual se configura como uma das principais mudanças em relação à sua edição anterior. Ela abandona o modelo de classificação dos TPs em categorias distintas (ex.: paranoica, histriônica, dependente, dissocial etc) e passa a adotar um modelo dimensional, baseado essencialmente em níveis de gravidade de sintomas do TP. A pertinência de se adotar o modelo dimensional já vinha sendo pauta das discussões acadêmicas e científicas há muito tempo, tendo sido, inclusive, objeto nas comissões de revisão do DSM, que culminaram na proposição de um modelo híbrido (dimensional e categórico) para o DSM-5 (Zachar et al., 2016). O Conselho de Diretores da APA entendeu que a comunidade clínica ainda não estava pronta para a mudança, decidindo pela rejeição do modelo híbrido, mas o incluindo na Seção III, chamada “medidas e modelos emergentes” (APA, 2013). O espaço entre a publicação do DSM-5 e a CID-11, possibilitou que essa última aperfeiçoasse o modelo, tornando-o bastante simples para o diagnóstico e respondendo às críticas em relação ao modelo adotado pelo DSM-5.

A mudança de paradigma no diagnóstico dos TPs com a introdução do modelo dimensional pela CID-11 é uma das mais radicais que já aconteceu (Tyrer et al, 2019), ainda que suavizada pela introdução parcial no modelo híbrido do DSM-5. Não se pode ignorar que o modelo adotado influencia bastante nas estatísticas epidemiológicas (Ottosson et al., 2002). Com base no modelo categórico, estima-se que 9,1% da população geral possua algum TP, e nos Estados Unidos esse percentual seria de 15% entre os adultos (APA, 2013). Em recente estudo na região metropolitana de São Paulo, constatou-se que 6,8% da população teria algum tipo de TP (Santana et al, 2018). Ressalte-se que a prevalência de TPs possui variação a depender do grupo sociodemográfico. Verificou-se que o diagnóstico de TP é mais prevalente nas áreas urbanas que nas rurais, nas pessoas em contato com algum serviço de

saúde do que nas que não buscam por esses serviços, e entre aqueles que são destinatários da justiça criminal, chegando a alcançar a marca de dois terços dos presos. Esses números dão alguma noção da prevalência, mas não são precisos pelo fato de estudos epidemiológicos de TPs serem pouco descritos em comparação a outros transtornos mentais, e também pelo fato de haver variação entre estudos em razão de diferenças nos métodos de amostragem, nos instrumentos utilizados (Tyrer et al., 2015) e nos manuais nosológicos usados de referência (Otto et al., 2002). Nesse último caso, mesmo que a CID-10 e o DSM-5 (e suas versões anteriores) adotem o modelo categórico, há entre os manuais correspondências e discrepâncias entre as categorias e critérios. De qualquer maneira, esses dados apontam para a importância e necessidade de estudos para aperfeiçoamento de diagnósticos dos TPs. Um sistema simplificado, válido e útil clinicamente, permitirá o registro diagnóstico de TPs, contribuindo para o seu tratamento e para a compreensão sobre o desenvolvimento e curso de outras psicopatologias (Tyrer et al., 2019; Widiger, 2011).

O objetivo principal deste artigo é apresentar o novo modelo diagnóstico dos TPs da CID-11, que adota um diagnóstico fundamentado em uma dimensão da gravidade de sintomas, a qual é classificada em níveis, e com qualificadores de traços patológicos da personalidade podendo ser opcionalmente descritos em cinco domínios, a saber, afetividade negativa, desinibição, distanciamento, dissociabilidade e anancastia, ou ainda com o qualificador de padrão *borderline*. Para melhor fundamentar a apresentação desse modelo, primeiramente é feita uma breve contextualização histórica dos sistemas de classificação dos transtornos mentais, seguida de uma discussão acerca dos modelos categórico e dimensional de psicopatologia, passando pela caracterização do modelo híbrido proposto no DSM-5 e culminando na apresentação e discussão da aplicabilidade do modelo dimensional da CID-11.

Sistemas de Classificação dos Transtornos Mentais: CID e DSM

Um sistema de classificação oficial não significa que haja consenso da maioria dos especialistas no assunto, mas sim daqueles que foram legitimados a decidir (é exemplo disso o desfecho ocorrido em relação à proposta do grupo de trabalho para TP do DSM-5; Zachar et al., 2016). Por outro lado, é necessário ter legitimidade e autoridade para se instituir um sistema de classificação oficial, para com isso alcançar o propósito primário de se estabelecer uma linguagem comum a ser usada pelos interessados (Widiger, 2018).

A OMS é a autoridade global para o propósito de unificação de linguagem comum em nosologia, o que é feito por meio da CID. A APA, conquanto seja uma entidade restrita aos Estados Unidos, tem reconhecimento internacional em seus estudos e diretrizes, sendo o DSM muito utilizado na prática clínica e em estudos acadêmicos, uma vez que traz detalhamentos dos transtornos que são ausentes na CID. A Tabela 1 apresenta as principais diferenças entre os dois sistemas de classificação.

Tabela 1. *Diferenças entre CID e DSM*

CID	DSM
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS); • Abrange todas as doenças, incluindo os transtornos mentais; • Itens apresentados de forma sintética; • Obrigatório para países membros da OMS, podendo ser adaptada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA); • Abrange apenas os transtornos mentais; • Itens mais detalhados, em forma de tópicos; • Não obrigatório para outros países, não passível de adaptação;

Esses sistemas de classificação cumprem também o papel diagnóstico, no sentido epidemiológico. O termo “estatística” não está por acaso no nome completo da CID (o nome completo é “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde”) ou no DSM. Os antecedentes desses manuais apontam que foi a necessidade de se ter estatísticas sobre causas de morte e, posteriormente, sobre a prevalência de doenças, que impulsionou a uniformização de uma classificação de doenças - a despeito dos esforços de teóricos, médicos e suas associações em criar uma nosologia oficial. Daí que as primeiras edições da CID se tratava, na verdade, da “Lista Internacional de Causas de Morte” do *International Statistical Institute* (Widiger, 2018). Esse instituto adotou o sistema de

classificação elaborado por William Farr, Jacques Bertillon e Marc d'Espine, e conseguiu que o governo francês convocasse conferências internacionais para revisões, que ocorreram nos anos de 1900, 1920, 1929 e 1938. Após a Segunda Guerra Mundial, foi criada a OMS em 1948 que aceitou a autoridade de elaborar a nova lista de classificação. Assim, em sua sexta revisão, a “Lista Internacional de Causas de Morte” foi renomeada pela OMS para “Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte” (CID). Tendo em vista as cinco listas anteriores, a CID foi inicialmente conhecida como CID-6 (Widiger 2018).

Por sua vez, um dos antecessores do DSM foi o “Manual Estatístico para Uso das Instituições para Insanos”, como resultado de um pedido do *U.S. Bureau of the Census* para que a *American Medico-Psychological Association* (renomeada para APA em 1921), em colaboração com a *National Committee for Mental Hygiene* desenvolvesse um manual de classificação (Widiger 2018). Esse e outros manuais de classificação experimentais que vieram depois, além de não terem a adesão esperada, se mostraram inadequados quando a atenção se voltou para além das psicopatologias “orgânicas” de vítimas da Segunda Guerra Mundial, não cobrindo boa parte dos casos. Em face dessa limitação, as Forças Armadas Americana desenvolveram sua própria nomenclatura (Langenbucher & Nathan, 2005; Mayer, 2005; Widiger, 2018). A CID-6 buscou abranger os problemas mentais dos veteranos da grande guerra e classificou os transtornos mentais de forma semelhante à nomenclatura das Forças Armadas Americana. No entanto, o TP passivo-agressivo estava ausente da CID-6, e era esse o diagnóstico mais frequente dos psiquiatras das Forças Armadas, respondendo por 6% de todas as admissões em hospitais do Exército. Por essa razão, o Serviço de Saúde Pública dos EUA encomendou a uma comissão, com representação de várias organizações e responsabilidade da APA, a elaboração de uma variante da CID-6 para os Estados Unidos, resultando no chamado “*Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*”, ou DSM-I

(Widiger, 2018). Assim, o propósito inicial do DSM-I era ser uma variante da CID-6 no campo dos transtornos mentais, de modo a ser adequado à realidade dos EUA. O DSM-II surge para se compatibilizar com a nova configuração nosológica da CID-8¹. No mesmo sentido, a edição do DSM-III em relação à CID-9, e o DSM-IV quanto à CID-10 (Tabela 2).

Tabela 2. *Histórico de Publicações de Edições da CID e do DSM*

ANO	EDIÇÃO CID	EDIÇÃO DSM	ANO	EDIÇÃO CID	EDIÇÃO DSM
1893	CID-1	-	1968	-	DSM-II
1900	CID-2	-	1975	CID-9	-
1920	CID-3	-	1980	-	DSM-III
1929	CID-4	-	1987	-	DSM-III-R
1938	CID-5	-	1989	CID-10	-
1948	CID-6	-	1994	-	DSM-IV
1952	-	DSM-I	2000	-	DSM-IV-TR
1955	CID-7	-	2013	-	* DSM-5
1965	CID-8	-	2022	CID-11	-

Nota. As edições de 1893 a 1938 eram nomeadas como Lista Internacional de Causas de Morte, sendo renomeada para CID a partir da sexta edição quando passou a ser coordenada pela Organização Mundial de Saúde. * A partir da quinta edição do DSM este manual deixou de ter sua sequência representada em algarismo romano para ser em algarismo arábico, de modo que, no futuro, ocorra revisões pontuais, a exemplo de DSM-5.1, etc.

Na fase de planejamento das novas edições do DSM e da CID, tanto a APA quanto a OMS intencionavam a harmonização classificatória dos TPs com base no modelo dimensional, sendo intenção inicial publicar o DSM-5 em 2012 e a CID-11 em 2014 (First, 2009; Tyrer et al., 2014). Ocorre que o DSM-5, publicado em 2013, no último momento do processo de elaboração rejeitou o modelo dimensional (idealizado para ser compatível com a futura CID-11), mantendo-se a mesma classificação do DSM-IV, e apresentou um modelo híbrido dos TPs como modelo alternativo para fins de pesquisa. A CID-11 foi aprovada no ano de 2019, para entrar em vigor em 2022, e sacramentou o modelo dimensional dos TPs, o que faz com que as classificações de TPs do DSM-5 e CID-11 trilhem percursos diferentes, ainda que com semelhanças no modelo híbrido. Com essa rápida explanação histórica, indicamos que a atual mudança de critérios classificatórios dos TPs - do modelo categórico

¹ A CID-7 não promoveu alterações na seção para transtornos mentais, razão pela qual não houve necessidade de adequação do DSM para essa versão.

para o dimensional, faz parte do processo de desenvolvimento dos manuais nosológicos, corrigindo rumos e aprimorando os conhecimentos consolidados.

A Personalidade e os Transtornos de Personalidade

Para compreender o novo modelo de classificação dimensional dos transtornos de personalidade da CID-11 é necessário também refletir sobre o que é personalidade. O significado do termo personalidade evoluiu ao longo da história. Origina-se do termo latino “persona”, que representava a máscara teatral usado por atores em suas apresentações dramáticas. Assim, sugere um fingimento de aparência, com traços diferentes daquele que a usa. Em seguida, perde essa conotação e passa a representar os traços observáveis ou explícitos da pessoa real, e não mais a máscara. Por fim, o termo personalidade passa a indicar qualidades psicológicas internas, podendo ser observáveis, outras vezes ocultas (Millon, 2004).

Definir personalidade é uma tarefa complexa que dependerá do autor e da perspectiva teórica que fundamentará o seu conceito (Millon, 2011). Em linhas gerais, personalidade é a integração dinâmica da totalidade da experiência subjetiva de uma pessoa e padrões de pensamento e comportamento, conscientes e inconscientes, incluindo experiências de si mesmo e do mundo ao redor, desejos e medos habituais, pontos de vista, e estados intencionais (Kernberg, 2016). Em um conceito breve, o DSM-5 define personalidade “como um padrão de percepção, relação e pensamento sobre o ambiente e si mesmo” (APA, 2013, p. 763). Dito ainda de outra forma, personalidade é o “jeito de ser” do indivíduo em sua forma padrão de pensar, sentir, se comportar e perceber o mundo, em relação a si e aos outros, que lhe caracterize (Widiger, 2011). Personalidade é como diversas características foram combinadas, se tornando estáveis ao longo do tempo, e fazendo com que a pessoa seja identificada por essa combinação.

A personalidade pode se caracterizar como um TP quando ocorre um funcionamento desadaptativo da personalidade, implicando em uma perturbação clinicamente significativa no comportamento, cognição ou regulação emocional. A definição de TP e sua classificação, no entanto, é uma área problemática na ciência da personalidade, havendo (ainda que minoria) quem questione se de fato existe algo como um TP (Jordan, 2004)². Magnavita (2004) pondera, por outro lado, que a prática clínica atesta a existência de indivíduos que se caracterizam pelo padrão de comportamentos autodestrutivos e autossabotadores, que se mutilam ou criam um caos em suas famílias e comunidades, cuja gravidade de comportamentos precisa ser identificada e medida para se escolher uma abordagem de tratamento a se enfrentar.

No estudo histórico dos TPs, Livesley et al. (1994) apontam que a conceituação moderna se inicia com Pritchard em 1837, ao usar o termo insanidade moral quando a pessoa apresentava grave perturbação no comportamento social sem prejuízo aparente no estado mental. Em 1891, Koch introduz o termo psicopata, e, ainda no final do século XIX, Kraepelin apresenta a perspectiva de não haver distinção entre transtornos do estado mental e TP (ver histórico mais detalhado em Berrios, 1993). Livesley et al. (1994) ainda ressaltam a influência da psicanálise na psiquiatria americana, o que implicou no conceito introduzido por Schneider de que a personalidade anormal seria uma variante extrema da personalidade normal. Esse conceito vem a ser o início do debate se os TPs seriam categorias distintas ou

² Jordan (2004), com base na Teoria Relacional-Cultural (RCT – Relational-Cultural Theory), critica os modelos tradicionais de transtornos de personalidade por se basearem um modelo eurocêntrico, limitador de “self separado”, cuja compreensão da personalidade se dá a partir de traços internalizados estáveis, deixando de explorar adequadamente a influência do contexto cultural e sociopolítico da pessoa. Enfatiza que a RCT foca que o crescimento ocorre em e por meio da conexão, de modo que se deve compreender o desenvolvimento relacional em vez do desenvolvimento da personalidade. Para essa teoria, o sofrimento humano tem como fonte a desconexão e isolamento crônico. No cenário da crítica de que os diagnósticos de personalidade consubstanciam uma fonte de objetificação, patologização, distanciamento e distorção da pessoa, acaba por encobrir desequilíbrios e injustiças sociais, como causador do sofrimento, e questiona como tais diagnósticos de TPs ajudam e se há uma maneira melhor de avaliar as condições humanas que busca iluminar com esses diagnósticos.

um desvio da média da personalidade normal resultando em uma disfuncionalidade. As ideias desses autores mencionados por Livesley et al. (1994) influenciaram os manuais nosológicos, a exemplo do DSM-III e IV ao adotar a divisão em Eixos, ou retirar posteriormente essa divisão no DSM-5, ou mesmo a discussão se o TP seria melhor classificado como categorias ou dimensões da personalidade normal.

Teorias Influenciadoras do Conceito de Transtorno da Personalidade

Cabe mencionar que as teorias psicodinâmicas influenciaram as primeiras edições da CID e DSM, seja pelos conceitos epistemológicos adotados nas descrições de classes nosológicas, seja no uso de alguns termos. Apenas na terceira edição do DSM ocorreu o afastamento definitivo da abordagem psicanalítica. A partir dela se passou a adotar uma base “ateórica”, e, quanto aos TPs, um modelo nosológico categórico e qualitativo nas edições do DSM-III, DSM-IV e DSM-5 (Oliveira, 2018). De forma similar aconteceu na CID até a décima edição. Foi a partir do DSM-III que o TP foi conceituado como “traços de personalidade inflexíveis e não adaptativos”, mas sem adotar uma teoria específica que abordasse domínios ou fatores - conjunto de traços que se relacionam (Trull & Durret, 2005).

A indicação de “traços de personalidade” encontra paralelo na teoria dos traços que teve como pioneiros Gordon Allport, Raymond Cattell e Eynseck (John & Srivastava, 1999). Diferentes autores formularam a sua própria lista de traços. Nos anos de 1980 houve uma convergência, por meio de uma abordagem analítica fatorial, em que se consolidou a existência de cinco dimensões da personalidade, a saber, Neuroticismo, Conscienciosidade, Extroversão, Amabilidade, e Abertura à Experiência. Essas dimensões foram conhecidas como os “cinco grandes” traços da personalidade, ou modelo dos cinco fatores (*Five-Factor Model* ou FFM ou *Big Five*), e a consolidação do modelo *Big Five* é atribuída às pesquisas de Robert McCrae e Paul Costa (Feist et al., 2015).

De acordo com McCrae e Costa (2008), a abordagem dos traços tem como característica: (1) os indivíduos podem ser descritos em termos de padrões relativamente duradouros de pensamento, sentimentos e ações; (2) que tais características podem ser avaliadas quantitativamente; (3) que esses padrões mostram algum grau de consistência entre situações. Segundo esses autores, os traços são padrões relativamente consistentes e recorrentes de ação e reação que ao mesmo tempo caracterizam os indivíduos e os diferenciam dos outros, possibilitando a descoberta de generalizações empíricas sobre como outros com traços semelhantes tendem a agir e reagir. Da teoria dos traços focada na personalidade normal emergiram pesquisas para modelos dimensionais da personalidade anormal - considerando os traços como variantes extremas da personalidade normal (Bagby et al., 2008; Widiger & Costa, 2012; Widiger & Presnall, 2013, Widiger & Trull, 1992). Diversos modelos e instrumentos de avaliação foram propostos (Pocnet et al., 2018), mas aqui focaremos no modelo adotado pela CID-11, comparando com o modelo híbrido da Seção III do DSM-5.

O Transtorno de Personalidade na CID e no DSM

Nas edições mais recentes dos manuais nosológicos (CID-10, CID-11, seção I e III do DSM-5) se encontram pontos em comum no conceito de TP. Indicamos esses pontos com base nos elementos extraídos da CID-11, para a qual um TP se caracteriza por: (1) problemas no funcionamento de alguns aspectos do *self* ou algum tipo de disfunção interpessoal; (2) persistir por um longo período (estabilidade); (3) manifestar-se em padrões de cognição, experiências, expressões emocionais e comportamentos mal adaptativos; (4) presentes em uma variedade de situações pessoais e sociais (difusão e inflexibilidade); (5) associados a um desconforto (sofrimento) considerável ou prejuízo significativo em nível pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida (World Health Organization, 2019). Em outras palavras, o TP é uma forma de ser da pessoa, que lhe causa

sofrimento e prejuízo, caracterizado pela estabilidade, difusão e inflexibilidade nas diversas situações da vida.

A celeuma não é, em si, definir o que seria um TP, mas sob qual critério classificá-lo. Daí os modelos categórico e dimensional terem perspectivas diferentes de classificação e estarem no cerne da mudança das classificações tradicionais (CID-10 e DSM-5, seção I) e dos novos modelos (CID-11 e DSM-5, seção III).

Modelos Categórico e Dimensional dos Transtornos da Personalidade

O debate que protagonizou a elaboração dos atuais manuais nosológicos (DSM-5 e CID-11) quanto aos TPs era se deveriam adotar a abordagem dimensional ou continuar com o modelo categórico. Registre-se que esse não é um dilema recente, mas que vem no mínimo desde a elaboração do DSM-III (Livesley, 1985), manual nosológico que trouxe a estrutura classificatória atual dos TPs, sendo essa classificação objeto de estudos comparativos, inclusive ao modelo dos cinco grandes fatores (Trull, 1992).

Falar em uma classificação categórica significa dizer que entre duas categorias há diferenças qualitativas caracterizadas por diferenças em processos, estruturas e mecanismos. Uma classificação dimensional implica constatar diferenças em quantidade ou grau de algo (Wright, 2011). O texto do DSM-5 exemplifica essa definição quando afirma que a classificação categórica se traduz no conceito de que TPs são “síndromes clínicas qualitativamente distintas”, enquanto que na perspectiva dimensional os TPs “representam variantes mal adaptativas de traços da personalidade que se fundem imperceptivelmente com a normalidade e entre si” (APA, 2013, p. 646).

Enquanto por um lado, qualidade se refere à propriedade que determina a essência ou natureza de algo, por outro, quantidade é uma medida de algo, inclusive de mesma natureza. Assim, pela classificação categórica a pessoa que tem um diagnóstico de TP de uma categoria específica é diferente de outra pessoa com um TP de outra categoria, e diferente da

que não tem nenhum TP. Pela classificação dimensional (adotada na CID-11), o indivíduo é entendido como possuindo traços de personalidade que o diferencia de outras pessoas por se tratarem de variantes mal adaptativas desses mesmos traços. Essa variação de traços mal adaptados poderá implicar em um espectro de disfunção da personalidade, traduzindo-se pelo nível gravidade do TP (sofrimento subjetivo ou prejuízos sociais decorrentes dessa variação de traços).

O modelo dimensional de TP da CID-11 é apenas uma das possibilidades de modelos dimensionais. O termo dimensional pode descrever várias abordagens diferentes que quantificam a personalidade e sua eventual patologia. Trull e Durrett (2005) relacionam algumas delas: (1) modelo dimensional em que é “quantificado” cada construto de TP, com uma pontuação que indique o grau em que os sintomas de cada distúrbio estão presentes; (2) modelo dimensional em que os traços da personalidade subjacentes ao transtorno são identificados e com eles se fornece uma descrição abrangente da patologia a partir da perspectiva dos traços; (3) modelo dimensional que caracteriza as atuais categorias as redefinindo usando modelos de traços de personalidade desenvolvidos independentemente de uma nomenclatura diagnóstica. Cada uma dessas três possibilidades possui ainda subdivisões segundo perspectivas de diversos autores. A terceira abordagem é a que culmina no modelo da CID-11. As categorias de TPs dos manuais nosológicos foram correlacionadas ao modelo dos cinco fatores (FFM). Pelos resultados de diversos estudos foi demonstrado que os TPs estavam associados aos domínios de traços de personalidade normal do modelo dos cinco fatores (Bagby et al., 2008; Clark, 2007; Trull & Durrett, 2005; Widiger & Costa, 2012; Widiger & Presnall, 2013). Por fim, ainda segundo Trull e Durrett (2005), seria possível converter um sistema dimensional em um modelo categórico, bastando aplicar pontos de cortes e limites, mas o contrário não seria possível, isto é, transformar o modelo “presente” versus “ausente” expandido em um sistema dimensional. A Tabela 3 mostra alguns das

principais vantagens e desvantagens de cada modelo e maiores detalhes sobre o assunto podem ser vistos em Trull e Durrett (2005), Widiger e Trull (2007) e em Wright (2011).

Uma desvantagem do modelo categorial que destacamos é a arbitrariedade dos pontos de corte e a heterogeneidade intracategoria diagnóstica resultante disso. O diagnóstico nesse modelo é feito por meio de um *check-list*, com a necessidade de o avaliado atender a um número mínimo de itens, geralmente de quatro a cinco. Por exemplo, para receber o diagnóstico do TP *borderline* pelo modelo categórico do DSM-5 é exigido que se atenda pelo menos cinco de nove itens elencados. Então, duas pessoas com esse diagnóstico poderão ter todos os sintomas em comum, ou apenas um, e neste último caso ambas são igualmente diagnosticadas com TP *borderline*, mesmo com 80% das características sendo diferentes entre elas. O modelo dimensional adotado pela CID-11 se propõe a solucionar essa inconsistência, pois o diagnóstico é pela dimensão da gravidade da disfunção da personalidade (os sintomas), individualizando o diagnóstico de cada um, e fornecendo informações mais específicas com base nos domínios.

Tabela 3. Vantagens e Desvantagens dos Modelos Categórico e Dimensional

Modelo	Vantagens	Desvantagens ou Críticas
Categórico	Mapeia a decisão de tratamento (tem ou não tem); Simplifica a escolha do foco clínico; Maior facilidade de usar.	Cobertura inadequada; Sobreposição de sintomas; Comorbidade excessiva entre os TP; Heterogeneidade nos diagnósticos; Limiares arbitrários de diagnóstico; Má concordância de diagnóstica entre avaliadores.
Dimensional	Maior cobertura; Informações mais específicas e individualizadas; Maior confiabilidade diagnóstica entre avaliadores.	Falta de clareza se todos os traços patológicos são capturados por variações de traços normais (ex.: automutilação). Descrições amplas do funcionamento disfuncional da personalidade

O Modelo Categórico de Transtornos da Personalidade na CID e no DSM

A CID-10 e o DSM-5 adotam o modelo categórico de diagnóstico dos TPs. Os dois manuais possuem uma tipologia muito semelhante (ver Tabela 4), sendo possível afirmar que, no geral, eles se harmonizam, sendo dez protótipos específicos no DSM-5 (subdivididos em

três grupos – A, B e C – com base em semelhanças descritivas) e oito protótipos na CID-10. A diferença tipológica consiste no fato de que o TP narcisista do DSM-5 é mencionado na CID-10 em “outros transtornos de personalidade específico” e o TP esquizotípica é considerado uma variante de esquizofrenia pela CID-10 (F21) e CID-11 (6A22) e não como um TP.

Tabela 4. *Classificação dos Transtornos de Personalidade no Modelo Categóricial pela CID e DSM*

Tipos Hipócrates-Galeno	CID-10	DSM-IV e DSM-5 (seção II)
-	Paranoica (F60.0)	Paranoide
Fleumático	Esquizoide (F60.1)	Esquizoide
Colérico	Dissocial (F60.2)	Antissocial
Colérico	Emocionalmente instável (F60.3)	<i>Borderline</i>
Colérico	Histriônica (F60.4)	Histriônica
-	Anancástica (F60.5)	Obsessivo-compulsiva
Melancólico	Ansiosa (esquiva) (F60.6)	Evitativa
Melancólico	Dependente (F60.7)	Dependente
Colérico	-	Narcisista (F60.81)
Fleumático	-	Esquizotípica (F21)
-	Outros transtornos de personalidade específicos (F60.8)	Outro Transtorno da Personalidade Especificado (F60.89)
-	Transtorno de Personalidade não especificado (F60.9)	Transtorno da Personalidade Não Especificado (F60.9)
Sanguíneo	-	-

Nota. CID, Classificação Internacional de Doenças; DSM, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

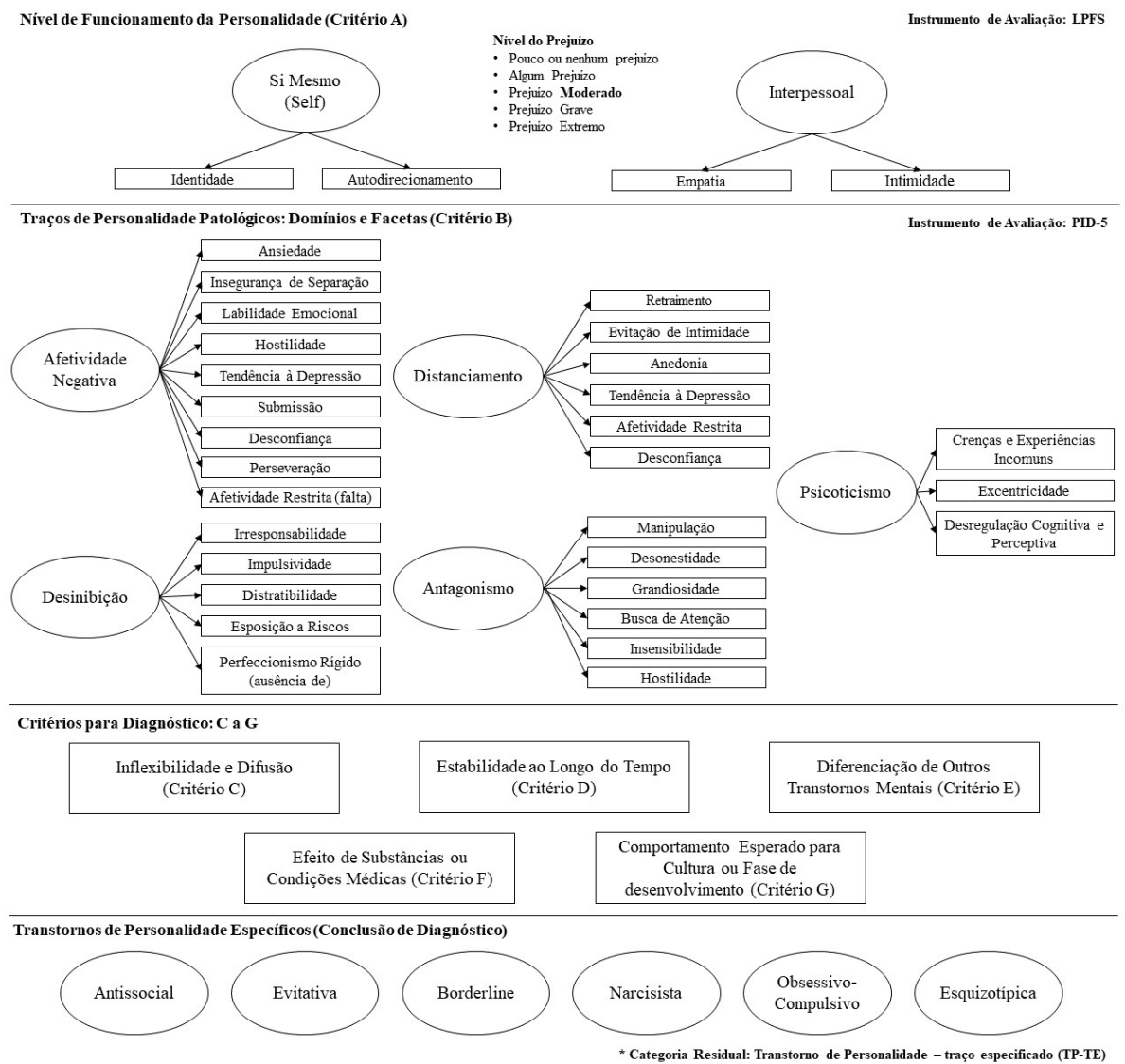
O Modelo Híbrido de Transtornos da Personalidade no DSM-5

Desde a publicação do DSM-III se discute a ideia de os TP serem mais bem representados dimensionalmente, sendo considerada a introdução desse modelo no DSM-IV. No entanto, não havia consenso sobre qual o modelo dimensional a ser adotado. A expectativa de sua introdução no DSM-5 acabou sendo frustrada com a reimpressão do modelo categórico de TP do DSM-IV, decisão tomada apenas nas últimas semanas antes do processo de revisão por aqueles que tinham a autoridade final. O processo de bastidores da revisão do DSM, alianças frustradas e objetivos conflitantes é detalhadamente descrito em Zacher et al. (2016) e também em Gunderson (2013). Se por um lado havia um consenso pela necessidade de mudança no modelo de diagnóstico dos TPs, por outro havia dificuldades em integrar os achados empíricos com os conceitos e práticas tradicionais (Livesley, 2012). Em

carta endereçada ao Grupo de Trabalho de Revisão dos TPs do DSM, assinado por cerca de 30 membros importantes da comunidade de pesquisa e clínica norte americana, os principais argumentos contra a proposta inicial para um modelo dimensional era: (1) sistema muito complicado, sendo necessária sua simplificação; (2) lacuna entre os modelos dimensionais (ciência dos traços de personalidade) e a prática clínica por ter uma linguagem que envolve descritores não familiares aos médicos; (3) mudança radical, e sem precedentes ao eliminar cinco TPs, devendo as mudanças ser incrementais, baseadas nos sistemas anteriores; (4) desnecessárias as revisões de construto da personalidade *borderline* (Gunderson, 2013). Essas críticas (e de outros grupos resistentes à mudança) foram ouvidas. A proposta de um modelo híbrido em parte surge em decorrência delas. Ao fim, o próprio modelo híbrido não foi aprovado para ser o modelo oficial do DSM-5, mas como um modelo alternativo - integrando a Seção III – Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes (APA, 2013; Zachar et al., 2016), numa tentativa de suavizar a transição entre os modelos categórico e dimensional (Krueger, 2013).

O modelo híbrido do TP, ou modelo alternativo, preconiza que os TP são caracterizados por prejuízos no funcionamento da personalidade e por traços patológicos da personalidade. Do resultado dessa avaliação derivam os diagnósticos específicos dos TP, que incluem os TPs antissocial, evitativa, *borderline*, narcisista, obsessivo-compulsiva e esquizotípica (APA, 2013). Foram excluídos desse modelo as categorias paranoide, histriônica, dependente e esquizoide, que integram o modelo oficial do DSM-5. Não há razões muito claras para isso, a exemplo da exclusão inicial do TP narcisista e depois sua manutenção no modelo sem maiores fundamentos (Krueger, 2013). Todavia, eles poderão ser contemplados na categoria residual: transtorno da personalidade – traços especificados (TP-TE) (APA, 2013). A Figura 1 apresenta um esquema ilustrativo do modelo híbrido do DSM-5.

Figura 1. Diagrama do Modelo Híbrido de Transtornos da Personalidade do DSM-5



Nota: LPFS (*Level of Personality Functioning Scale*); PID-5 (*Personality Inventory for DSM-5*).

A operacionalização desse modelo se dá por sete passos ou critérios: (A) avaliação do nível de prejuízo no funcionamento da personalidade; (B) avaliação dos traços de personalidade patológicos; (C) verificação da inflexibilidade e difusão dos critérios A e B; (D) verificação da estabilidade temporal dos critérios A e B, com início no mínimo na adolescência ou começo da vida adulta; (E) realização de diagnóstico diferencial, se critérios A e B não são melhor explicados por outro transtorno mental; (F) verificação se critérios A e B não decorrem de efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica; (G) análise se critérios A e B não são tidos como normais para o estágio do desenvolvimento ou

para o ambiente sociocultural do avaliado. Os critérios A e B são hierárquicos, vale dizer, “A” determina a presença da patologia da personalidade, se a gravidade mínima do funcionamento da personalidade for moderada, e “B” os seus conteúdos patológicos.

O critério A é a “porta de entrada” para o diagnóstico dos TPs (Oliveira, 2018). Só estará presente o TP se ele for avaliado no mínimo como moderado. O funcionamento da personalidade é subdividido em dois aspectos com dois subdomínios cada: self (identidade e autodirecionamento) e interpessoal (empatia e intimidade). A avaliação pode ser feita por diferentes técnicas, como entrevistas clínicas, observações ou por uso de instrumentos de avaliação. O DSM-5 para esse fim disponibiliza o *Level of Personality Functioning Scale* – LPFS (Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade). De forma similar, o DSM-5 também disponibilizou um instrumento para avaliação do critério B, o *Personality Inventory for DSM-5* – PID-5 (Inventário de Personalidade para o DSM-5), que avalia os traços patológicos da personalidade (APA, 2013). Para descrição dos traços patológicos da personalidade, o modelo híbrido apresenta cinco domínios (afetividade negativa, desinibição, distanciamento, antagonismo e psicoticismo) compostos por 25 facetas, conforme Figura 1. Para os critérios C a G não existem instrumentos ou modelos de mensuração, valendo-se o profissional de sua experiência clínica e habilidades na condução de técnicas de avaliação (Oliveira, 2018). Verificados hierarquicamente todos os critérios (A a G), o clínico chegará a uma conclusão de diagnóstico retratada nos mencionados seis TP específicos. Poderá, ainda, acrescentar “especificadores”, indicando traços que se apresentem em nível patológico. A conclusão de diagnóstico por TP específico ocorre pela aplicação de algoritmos propostos pelo DSM-5, na forma de “check-list” como no modelo categórico, mas usando como itens os critérios A e B - funcionamento e traços patológicos da personalidade (para maior aprofundamento na aplicação do modelo híbrido ver Oliveira, 2018).

O Modelo Dimensional de Transtornos da Personalidade da CID-11

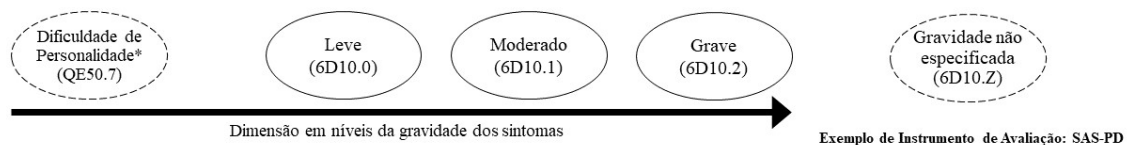
Em 2010, antes da finalização da proposta do DSM-5, foi criado o Grupo de Trabalho da CID-11 para revisão dos TPs, com representação de todas as regiões da OMS. Havia insatisfação com a classificação categórica da CID-10 e do DSM-IV, refletida no baixo número de diagnósticos e com médicos ignorando as definições básicas dos TPs. Quando registrado o diagnóstico, a maioria consistia no TP borderline, dissocial e transtorno de personalidade não especificado de outra forma. A relutância em diagnosticar a pessoa com TP em parte decorria de conceitos anteriores das primeiras versões da CID, que considerava a condição imutável, generalizada e intratável. De logo se consolidou no Grupo de Trabalho que havia fortes argumentos para um modelo totalmente dimensional, rejeitando-se a proposta de modelo híbrido, então em discussão para o DSM-5 (Tyrer et al, 2019). A intenção da OMS e da APA era uma harmonização entre os manuais nosológicos, previstos para publicação em 2012 para o DSM-5 e 2014 para CID-11 (First, 2009; Tyrer et al, 2014). O atraso de cinco anos para publicação da CID-11, que só ocorreu em 2019, possibilitou que se tirasse proveito da experiência do DSM-5 e se respondesse às críticas recebidas por ele, a exemplo da complexidade, da linguagem da teoria dos traços com termos não familiares aos clínicos, da radicalização da mudança, e a questão do TP *borderline* (Gunderson, 2013).

A complexidade deixou de ser uma crítica ao modelo dimensional em vista da simplicidade do modelo da CID-11 para os TPs. A simplificação pode ser observada pela simples comparação visual entre as Figura 1 e Figura 2, assim como comparando com a operacionalização dos dois modelos. A publicação do modelo alternativo (híbrido) do DSM-5 em 2013 amenizou o argumento de ser radical a mudança do modelo categórico para o dimensional. Não porque deixou de ser radical em si a mudança, mas o intervalo de publicação entre DSM-5 e CID-11 possibilitou o conhecimento do modelo de avaliação por dimensões de traços patológicos (ainda que híbrido) pela comunidade acadêmica e clínica em

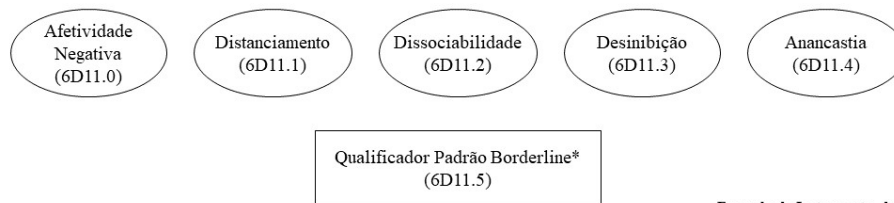
geral. Assim, alguns termos como traços de personalidade, domínio, facetas, afetividade negativa, desinibição etc., tornaram-se mais familiares para aqueles que manuseiam o DSM-5 desde sua publicação em 2013, não se restringindo aos adeptos da teoria dos traços.

Figura 2. Diagrama do Modelo Dimensional de Transtornos da Personalidade da CID-11

Níveis de Gravidade* (critério para diagnóstico sem implicar em categorias)



Os 5 Domínios de Traços Patológicos da Personalidade e um Qualificador Padrão Borderline (Opcional para o diagnóstico)



* Devem se cumprir previamente todos os requisitos gerais de diagnóstico para o Transtorno de Personalidade. Dificuldade de Personalidade não é um Transtorno Mental, mas uma condição Subsindrômica. Qualificador Padrão Borderline não é um domínio de traços patológicos da personalidade, mas um resquício do modelo categorial. SAS-PD = *Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder*; PiCD = *Personality Inventory for ICD-11*; BPS = *Borderline Pattern Scale*

A apresentação do modelo híbrido do DSM-5 em 2013 serviu como uma transição para facilitar a aceitação do modelo dimensional da CID-11. Tanto que, segundo Tyrer et al. (2019), as críticas iniciais após a publicação da primeira proposta de classificação (Tyrer et al., 2011) foram menos fortes que o esperado, com poucos comentários publicados nos cinco anos seguintes. Apenas em 2016, segundo os autores, a Sociedade Europeia para o Estudo de Transtornos da Personalidade, com apoio de alguns membros da Sociedade Internacional para o Estudo de Transtornos da Personalidade, reiterou as críticas de radicalização da mudança e do risco de perda dos conhecimentos desenvolvidos sobre o TP *borderline* nos últimos anos.

Após emergir algum consenso, o Grupo de Trabalho da CID-11 se reuniu com as referidas sociedades. O ponto principal da discórdia se resumiu à perda do TP *borderline*. Os opositores à nova classificação não aceitavam o contra-argumento de que o conceito *borderline*, sendo heterogêneo, estava implicitamente dentro da estrutura de domínios, isto é,

borderline se caracterizaria por mais de um domínio de traço (afetividade negativa, desinibição e dissociabilidade). Pelas diretrizes da estrutura proposta para a CID-11, a caracterização de um maior número de domínios, por si, seria indicativo de gravidade do distúrbio (Clark et al., 2018; Tyrer et al., 2019). Para solucionar esse impasse, foi convencionado a manutenção da estrutura original do modelo dimensional de gravidade dos TPs com os cinco domínios de traços. No entanto, como única exceção à proposta original, e sem substituir ou afetar as definições de gravidade, foi incluído o qualificador padrão *borderline*. Ele não se trata de um sexto domínio de traços, mas um resquício do modelo categórico. Esse foi o modelo aprovado pela OMS em 2019 (Tyrer et al., 2019) e diagramado na Figura 2. Como pode ser visto, o modelo implica inicialmente na avaliação da gravidade da patologia da personalidade

Avaliação da Gravidade da Patologia da Personalidade

O modelo dimensional de TP da CID-11 consiste essencialmente em possibilitar o registro do diagnóstico do *status* da personalidade apenas pela dimensão da gravidade, sem qualificação adicional. Esse *continuum* da gravidade pode ser avaliado como leve, moderado ou grave, conforme descritores na Tabela 5 (WHO, 2019). A escolha da gravidade dos sintomas como critério de diagnóstico resultou de estudos que sugerem ser esse o melhor preditor da disfunção da personalidade e seu prognóstico do que o diagnóstico com base em categorias específicas (Crawford et al., 2011; Hopwood et. al., 2011; Tyrer et. al., 2015). A validade de construto e a utilidade na prática clínica revelaram que o aumento de gravidade do TP corresponde a um aumento gradual na patologia clínica e disfunção social (Kim et al., 2014). Há outras vantagens informativas da classificação pela gravidade, demonstradas em diversos estudos. A gravidade informa a maior probabilidade de a pessoa tentar suicídio (Blasco-Fontecilla et. al., 2009); o grau de patologia mental comórbida e disfunção social

(Conway et. al., 2016); a probabilidade de resposta ao tratamento caso não esteja consciente da patologia (Kvarstein et. al., 2019).

Tabela 5. *Dimensões de Gravidade dos Transtornos da Personalidade na CID-11*

LEVE (6D10.0)	MODERADO (6D10.1)	GRAVE (6D10.2)
Os distúrbios afetam algumas áreas do funcionamento da personalidade, mas não outras, e podem não ser aparentes em alguns contextos.	As alterações afetam várias áreas do funcionamento da personalidade. No entanto, algumas áreas do funcionamento da personalidade podem ser relativamente menos afetadas.	Existem sérias alterações no funcionamento do self.
Existem problemas EM MUITOS relacionamentos interpessoais ou no desempenho dos papéis ocupacionais e sociais esperados, mas alguns relacionamentos são mantidos ou outros desempenhados.	Existem problemas marcados na MAIORIA dos relacionamentos interpessoais, e o desempenho da maioria dos papéis sociais e ocupacionais esperados é comprometido até certo ponto. É provável que os relacionamentos sejam caracterizados por conflito, evasão, retirada ou dependência extrema.	Os problemas no funcionamento interpessoal afetam gravemente TODOS os relacionamentos, e a capacidade e a vontade de desempenhar os papéis sociais e trabalhistas esperados estão ausentes ou gravemente comprometidas.
As manifestações específicas de transtornos de personalidade são geralmente de gravidade leve.	As manifestações específicas de alteração da personalidade são geralmente de gravidade moderada.	As manifestações específicas do transtorno de personalidade são graves e afetam a maioria, se não todas, das áreas de funcionamento da personalidade
Geralmente não está associado a danos substanciais a si ou aos outros, mas pode estar associado a sofrimento substancial ou com prejuízo pessoal, familiar, social, educacional,	Às vezes está associado a danos a si mesmo ou a outras pessoas e está relacionado a uma acentuada deterioração nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento, embora funcionamento em algumas áreas circunscritas	O distúrbio grave da personalidade está frequentemente associado a danos a si próprio ou a outros e a uma grave deterioração em todas ou quase todas as áreas da vida, incluindo áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais etc.
DIFICULDADES DE PERSONALIDADE (QE50.7)	<p>Características de personalidade pronunciadas que podem afetar o tratamento ou os serviços de saúde, mas não atingem o nível de gravidade para justificar um diagnóstico de transtorno de personalidade. Eles são caracterizados por dificuldades de longa data (por exemplo, pelo menos 2 anos), na forma como a pessoa experimenta e pensa sobre si mesma, sobre os outros e sobre o mundo.</p> <p>As dificuldades se manifestam na expressão cognitiva e emocional e são experimentadas apenas de forma intermitente (por exemplo, durante períodos de estresse) ou em baixa intensidade.</p> <p>Estão associadas a alguns problemas de funcionamento, mas não são graves o suficiente para causar uma perturbação perceptível nas relações sociais, ocupacionais e interpessoais, e podem se limitar a relações ou situações específicas.</p>	

Nota: Tradução livre e adaptada de World Health Organization (2019)

A classificação do TP pela dimensão da gravidade tem um papel importante em individualizar o diagnóstico. Rompe com a dicotomia artificial “tem / não tem”, com base em um ponto de corte arbitrário de sintomas observados em *check-list*. Para Tyrer et al. (2011), distinguir em categorias as pessoas com TP das sem TP (ou normais das anormais), de forma dicotômica e com ponto de corte arbitrário, seria como definir o clima como quente ou frio por uma única figura centígrada. São tão diferentes uma pessoa com quatro dos nove sintomas do TP *borderline*, de uma que teve cinco, e apenas a última recebeu o diagnóstico? Ao estabelecer níveis de gravidade do TP se sugere um *continuum* entre a personalidade normal da personalidade patológica e proporciona informações sobre o prognóstico, nível de risco e intensidade de tratamento necessário - como uma possível decisão de hospitalização ou descontinuação de uma psicoterapia. Estabelecer um diagnóstico por níveis de gravidade também é um balizador comparativo sobre a efetividade das intervenções administradas no tratamento. Considerando que o padrão de traços é resistente a mudanças - e tende a ser relativamente estáveis - e a gravidade do transtorno tende a mudar e flutuar (Bach & First, 2018), o diagnóstico com base na gravidade pode melhor avaliar a remissão ou o agravamento de sintomas (Tyrer et al., 2019) em momentos distintos.

Dentro da perspectiva dimensional da patologia da personalidade pela gravidade, a CID-11 incluiu o diagnóstico de “dificuldade da personalidade” (QE50.7). O *status* “dificuldade da personalidade” não se configura em um TP, mas uma condição subsindrômica, abaixo do limiar do TP. Caracteriza-se por traços da personalidade que tem influência no estado de saúde geral ou no contato com serviços de saúde, que se manifesta de forma intermitente e em baixa intensidade, não atingindo o nível mínimo para diagnóstico de um TP (WHO, 2019). Esse nível abaixo do limiar do TP favorece a redução do estigma do diagnóstico à medida que se encontram evidências de que são muito comuns na população em geral (Tyrer et. al., 2011; Yang et. al., 2010).

Portanto, é possível afirmar que a patologia da personalidade pode ser avaliada em cinco níveis de gravidade. A pessoa pode ser classificada como não tendo qualquer patologia da personalidade ou tendo apenas “dificuldades da personalidade” (manifestada a pelo menos dois anos, mas de forma intermitente e baixa intensidade). Os três níveis seguintes (leve, moderado e grave) estaria dentro da gama classificatória para um TP. Por fim, há uma classificação residual da dimensão da gravidade, “gravidade não especificada” (6D10.Z).

A CID-11 simplificou a tal ponto o diagnóstico do TP que a única tarefa requerida do clínico é alocar o nível de gravidade ao transtorno caso existente de acordo com a condição geral, ou em sua condição subsindrômica, sendo todo o resto secundário (Tyrer et. al., 2011; WHO, 2019). Como condição geral, a CID-11 estabelece que o TP é caracterizado por: (1) problemas no funcionamento de alguns aspectos do *self* (identidade e autodirecionamento) ou em disfunções interpessoais (empatia e intimidade); (2) persistência por longo período (ex.: 2 anos ou mais); (3) manifestação dos problemas em padrões de cognição, experiências, expressões emocionais e comportamentos mal adaptativos; (4) Inflexibilidade, se manifesta em vários contextos; (5) Não adequados à fase de desenvolvimento nem explicados pelo contexto, como efeito de substâncias ou medicamentos, ou outra condição médica; (6) Associado a sofrimento ou prejuízo significativo em nível pessoal, familiar ou social.

A CID-11 não traz em seu texto à idade de início de manifestação do TP ou a sua estabilidade ao longo da vida, como fez a CID-10. No entanto, Bach e First (2018) menciona que consta nas diretrizes de diagnóstico da CID-11 (não publicado) que elementos de TP tendem a se manifestar pela primeira vez na infância ou adolescência, continuando na vida adulta. Foi considerado inadequado o estabelecimento do início do TP apenas no final da adolescência ou início da vida adulta, deixando a CID-11 margem para diagnóstico em qualquer idade (Tyrer et. al., 2019). Bach e First (2018) ainda afirmam que enquanto a CID-10 pugna pela estabilidade ao longo do tempo, a CID-11 declara, em referidas diretrizes, que

o TP seria apenas relativamente estável depois da idade adulta jovem, podendo mudar a tal ponto de haver remissão na meia-idade. Acrescentam, com base nas diretrizes, que uma pessoa também pode desenvolver um TP mais tarde na vida, quando, por exemplo, perde algum apoio que compensava a manifestação do distúrbio, tipo um idoso que perde o apoio social que tinha antes e o ajudava a compensar os distúrbios da personalidade.

Os Qualificadores de Traços da Personalidade e o Padrão Borderline

As demais possibilidades de ações previstas na CID-11 (sendo secundárias ao diagnóstico pela dimensão da gravidade) cuidam de descrever os traços patológicos da personalidade. O modelo apresenta cinco domínios, sendo eles: afetividade negativa, desinibição, distanciamento, dissociabilidade e anancastia. Fora esses traços existe também o padrão *borderline*. A atribuição desses qualificadores pode ser feita tanto para o diagnóstico de TP em um dos seus três níveis de gravidade, quanto pelo diagnóstico da condição subsindrômica de “dificuldades da personalidade”. Tabela 6 expõe a descrição de cada um dos cinco domínios e padrão *borderline* conforme CID-11.

Tabela 6. *Descrição das Domínios de Traços Patológicos da Personalidade e Qualificador Borderline na CID-11*

TRAÇOS OU PADRÕES DE PERSONALIDADE PROEMINENTES DA CID-11	
Afetividade negativa (6D11.0)	A característica central é a tendência de experimentar uma ampla gama de emoções negativas. As manifestações comuns, das quais nem todas podem estar presentes em um determinado indivíduo em um determinado momento, incluem: vivenciar uma ampla gama de emoções negativas com uma frequência e intensidade desproporcional à situação; labilidade emocional e regulação fraca da emoção; atitudes negativistas; baixa autoestima e autoconfiança; e desconfiança.
Distanciamento (6D11.1)	A principal característica é a tendência de manter distância interpessoal (distanciamento social) e emocional (distanciamento emocional). As manifestações comuns, que não estão necessariamente presentes em um indivíduo em um determinado momento, incluem: distanciamento social (evitar interações sociais, falta de amizades e evitar intimidade); e distanciamento emocional (reserva, isolamento e expressão e experiência emocional limitada).
Dissociabilidade (6D11.2)	A principal característica do domínio do comportamento dissociativo é o desrespeito pelos direitos e sentimentos dos outros, o que engloba tanto o egocentrismo quanto a falta de empatia. As manifestações comuns de comportamento dissocial, que não estão necessariamente presentes em um indivíduo em um determinado momento, incluem: egocentrismo (por

exemplo, senso de autorização, expectativa de admiração de outros, comportamentos positivos ou negativos para chamar a atenção de outros, preocupação com as próprias necessidades, desejos e conforto e não pelos dos outros); e falta de empatia (ou seja, desconsiderar como as ações de alguém deixam os outros desconfortáveis ou magoados de alguma forma, o que pode incluir ser enganoso e manipulador, explorar os outros, ser fisicamente agressivo, insensibilidade em resposta ao sofrimento dos outros e crueldade na obtenção de seus objetivos) .

Desinibição
(6D11.3)

A característica central do domínio do traço de desinibição é a tendência de agir precipitadamente com base em estímulos externos ou internos imediatos (ou seja, sensações, emoções, pensamentos), sem consideração de possíveis consequências negativas. As manifestações comuns de desinibição, das quais nem todas podem estar presentes em um determinado indivíduo em um determinado momento, incluem: impulsividade; distração; irresponsabilidade; imprudência; e falta de planejamento.

Anancastia
(6D11.4)

A característica central é um foco estreito no padrão rígido de perfeição e de certo e errado, e no controle do próprio comportamento e do comportamento dos outros e nas situações de controle para garantir a conformidade com esses padrões. As manifestações comuns de Anancastia, nem todas as quais podem estar presentes em um determinado indivíduo em um determinado momento, incluem: perfeccionismo (por exemplo, preocupação com regras sociais, obrigações e normas de certo e errado, atenção escrupulosa aos detalhes, rígida, sistemática, rotinas do dia-a-dia, hiperprogramação e planejamento, ênfase na organização, ordem e limpeza); e restrições emocionais e comportamentais (por exemplo, controle rígido sobre a expressão emocional, teimosia e inflexibilidade, evitação de riscos, perseverança e deliberatividade).

Qualificador Padrão Borderline
(6D11.5)

O qualificador de padrão *borderline* pode ser aplicado a indivíduos cujo distúrbio de personalidade é caracterizado por um padrão generalizado de instabilidade de relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos, bem como impulsividade acentuada, conforme indicado por muitos dos seguintes: esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginário; um padrão de relacionamento interpessoal intenso e instável; alteração de identidade manifestada em uma autoimagem ou senso de identidade; uma tendência a agir precipitadamente em estados de grande afetividade negativa que leva a comportamentos potencialmente prejudiciais para si mesmo; episódios recorrentes de automutilação; instabilidade emocional devido a acentuada reatividade emocional; sentimentos crônicos de vazio; raiva intensa e inadequada ou dificuldade em controlá-la; sintomas dissociativos transitórios ou características psicóticas em situações de alta excitação afetiva.

Nota: Tradução livre e adaptada de World Health Organization (2019)

Em relação à justificativa sobre a quantidade dos domínios definidos para o modelo da CID-11, cabem algumas considerações. Em revisão sistemática de estudos, Mulder et al. (2011) identificaram uma variação de três a oito fatores (domínios) de ordem superior, com resultados razoavelmente consistentes indicando entre três e cinco domínios, com a existência de uma dimensão externalizante e internalizante, e uma dimensão de

distanciamento, caracterizada por indiferença social e expressão restrita de afeto. Alguns dos estudos revisados também apontavam traços anancásticos ou obsessivo-compulsivo como um domínio coerente e com razoável independência (Tyrer et al., 2019). Em suma, a estrutura de cinco domínios foi aprovada para CID-11 e teve sua validação em diversos estudos (Bach et al., 2017; Kim et al., 2014; Mulder et al., 2016; Tyrer et al., 2014).

Não é demais reprimir que o qualificador padrão *borderline* não constitui um domínio, mas um resquício do modelo categorial introduzido no modelo como forma de se conciliar com os que rejeitavam a mudança do modelo categorial (Tyrer et al., 2019). Por sua vez, os domínios de traços qualificadores da personalidade não são categorias ou diagnósticos sindrômicos, mas denotam dimensões estilísticas que contribuem na expressão da personalidade disfuncional (Bach & First, 2018).

Tanto a gravidade da disfunção da personalidade quanto os domínios estilísticos que contribuem para sua expressão existem em um *continuum*, ou seja, são construtos dimensionais. No entanto, para fins de codificação, a CID-11 optou pelo diagnóstico dimensional apenas quanto à gravidade, sendo esse o diagnóstico baseado em um dos níveis existentes. Quanto aos domínios de traços poderá ser indicado apenas como presente ou ausente, podendo ser esse diagnóstico complementar caracterizado por mais de um domínio, combinado ou não com o qualificador *borderline* (Bach & First, 2018).

A Aplicação do Modelo de Transtorno da Personalidade da CID-11

A operacionalização do diagnóstico de TP na CID-11 se dará em duas ou três etapas: as duas primeiras são obrigatórias e consistirá inicialmente na avaliação se o indivíduo atende ao conceito geral de TP – que é semelhante ao modelo de diagnóstico anterior. Em caso positivo será avaliado quanto à gravidade da disfunção (leve, moderada ou grave) e receberá o diagnóstico conforme a codificação da CID-11. Caso o conceito geral de TP seja atendido parcialmente, por exemplo, exista disfunção do *self* ou interpessoal, com sofrimento e

prejuízo, por um longo período, mas de forma intermitente e de baixa intensidade, por exemplo, o diagnóstico poderá ser pela condição subsindrômica “dificuldades de personalidade”. A terceira etapa é opcional, consistindo em descrever o padrão específico de características que contribuem para a disfunção da personalidade, por um ou mais dos cinco domínios e/ou o padrão *borderline*.

A avaliação do TP poderá ser feita por técnicas diversas a exemplo de observações e entrevistas clínicas, bem como por testes psicológicos. No caso dos testes, instrumentos vêm sendo desenvolvidos e validados em diferentes culturas, alguns específicos para o modelo da CID-11, a exemplo: (1) Para avaliar a disfunção da personalidade em seus níveis de gravidade, o “*Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder*” (SASPD; Olajide et. al., 2018); (2) Para avaliação dos cinco domínios de traços patológicos, o “*Personality Inventory for ICD-11*” (PiCD; Oltmanns & Widiger, 2018); (3) Para avaliação do qualificado padrão *borderline*, o “*Borderline Pattern Scale*” (BPS; Oltmanns & Widiger, 2019).

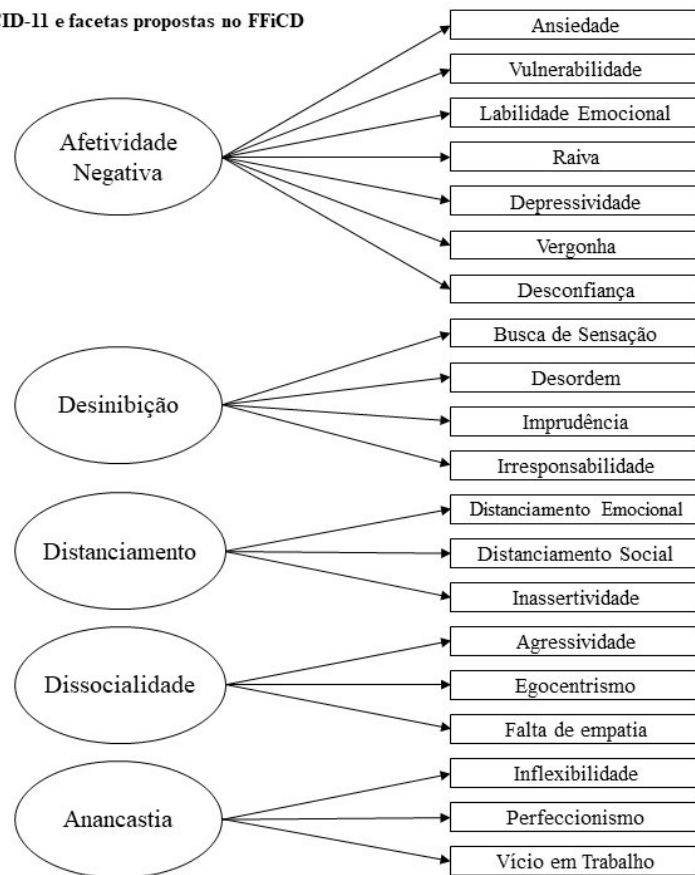
Como há um alinhamento conceitual estreito entre os modelos da CID-11 e o alternativo do DSM-5, sem desconsiderar especificidades (Oliveira et al., 2020; Tyrer et al., 2020) testes desenvolvidos para o modelo do DSM-5 vêm sendo aplicados e/ou adaptados ao modelo da CID-11. Por exemplo, para a gravidade o “*Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0*” (LPFS-BF 2.0; Bach & Hutsebaut, 2018), e para os domínios, o “*Personality Inventory for DSM-5–Brief Form Plus Modified*” (PID-5-BF+M; Bach et al., 2020), versão do PID-5 adaptada do para inclusão do domínio anancastia, ausente no DSM-5.

O modelo dimensional de TP da CID-11 se propôs à máxima simplicidade possível para que tenha efetiva utilidade clínica. A utilidade clínica se refere basicamente à facilidade do modelo ser posto em prática em face das diferentes realidades socioeconômicas ao redor do mundo ou mesmo em um mesmo país, bem como o quão informativo ele é e útil para as ações de saúde. Uma avaliação extensa e profunda poderia dificultar a elaboração do

diagnóstico e deixar o TP sem registro no prontuário de um paciente hospitalar por exemplo, ou dificultar essa avaliação na atenção primária de saúde (Tyrrer et al., 2019).

Figura 3. *Cinco Domínios dos Transtornos da Personalidade e as Facetas Propostas no FFiCD*

Figura 3 – Cinco domínios de TP da CID-11 e facetas propostas no FFiCD



Por essa razão, diferente do modelo híbrido do DSM-5, o modelo da CID-11 só descreve os traços patológicos da personalidade ao nível da ordem superior, ou dos domínios. Essa opção também foi influenciada pelas críticas recebidas pelo DSM-5 em relação à complexidade do modelo com cinco domínios divididos em 25 facetas, dentre outros aspectos. Por outro lado, um enfoque mais detalhado ao nível da faceta, havendo condições, trará benefícios à avaliação. Ainda que a maioria dos TPs tenha elevadas associações nos domínios de ordem superior, eles poderão ser melhor distinguidos ou pormenorizados ao nível de características específicas (Trull et al., 2001). Para essa finalidade, Oltmanns e Widiger (2020) desenvolveram uma avaliação mais aprofundada ao nível das facetas e

também ao nível de nuances, o “*Five-Factor Personality Inventory for ICD-11*” – FFiCD. O FFiCD avalia os traços de personalidade patológica da CID-11 em três níveis de detalhamento, isto é, nos cinco domínios previstos pela CID, e, com base nos descritores de cada domínio, avalia 20 facetas compostas por 47 nuances, conforme Figura 3. Mesmo que não seja imprescindível para o diagnóstico, avaliar o TP ao nível da faceta fornecerá informações mais precisas sobre os traços patológicos de personalidade, diferenciando, por exemplo, duas pessoas igualmente com alta afetividade negativa, sendo uma delas mais bem caracterizada pela faceta raiva ou vergonha, e a outra por ansiedade ou depressividade.

Vigência, Aplicação e Implementação da CID e do DSM no Brasil

A CID é a classificação de doenças oficial da OMS e é obrigatória para seus países membros, sendo o Brasil um deles. No entanto, sua vigência em cada país membro não é automática. Cabe a cada um promover as diligências para implementação, seja de ordem técnica-estrutural (tradução, adaptação de sistemas de banco de dados, formulários, divulgação etc.), seja de ordem legal, de acordo com o ordenamento jurídico de cada país. No Brasil, por exemplo, a CID-10 só entrou em vigor totalmente a partir de janeiro de 1998 com a Portaria MS/GM Nº 1.311, de 12 de setembro de 1997.

O Ministério da Saúde do Brasil foi consultado sobre a implantação da CID-11, com fundamento na Lei de Acesso à Informação, resultando na “Resposta demanda SIC n. 3905149”, segundo a qual o Brasil não implementará a CID-11 em 1º de janeiro de 2022. Informou o Ministério que neste momento a CID-11 se encontra em fase de tradução para o português do Brasil, sendo necessário, em seguida, diagramar o conteúdo traduzido, atualizar sistemas de informação em saúde com os novos códigos, treinamento dos profissionais de saúde do setor público e privado etc.

A utilização da CID não é uma opção dada aos profissionais de saúde, seja a atual CID-10 ou CID-11 quando entrar em vigor. A CID é o manual nosológico oficial do Sistema

Único de Saúde no Brasil (SUS), que abrange o setor público e privado, conforme art. 4º da Lei n. 12.842 de 2013 (que dispõe sobre o exercício da medicina), e Lei n. 9.656 de 1998 (regula os planos e seguros privados de assistência à saúde). Conquanto o DSM seja popular no Brasil em pesquisas acadêmicas e também no uso clínico, a nova classificação de TPs da CID-11 não terá correspondência com modelo oficial de TP do DSM-5. E mesmo o modelo alternativo sendo alinhado teoricamente com o modelo da CID-11 (Oliveira et al., 2020), ele se trata de uma mescla entre o modelo dimensional e categórico, sendo necessário adaptações.

Em relação à psicologia, a resolução do Conselho Federal de Psicologia n. 06/2019 faculta ao psicólogo utilizar a CID ou outra classificação de diagnóstico científica ou socialmente reconhecida como fonte de enquadramento de diagnóstico. No entanto, entendemos que o uso de um manual de classificação de diagnóstico diferente da CID só poderia ser usado em caráter subsidiário e complementar. Um laudo ou atestado psicológico pode fazer uso, por exemplo, do DSM enquanto literatura, mas, se existente o diagnóstico psicológico, a referência de codificação obrigatoriamente é a CID.

Conclusão

Apresentamos nesse artigo o novo modelo diagnóstico dos transtornos de personalidade (TP) da CID-11. É valioso perceber que a construção do conhecimento ocorre em um efeito cascata, não surge do nada, nem substitui totalmente o conhecimento anterior, mas paulatinamente vai agregando novas informações, ratificando e retificando outras.

No caso da nosologia psiquiátrica foi visto o histórico da CID e do DSM. A evolução da classificação dos TPs acompanhou a revisão desses dois manuais. O último ato dessa evolução foi a tentativa de adoção de um novo modelo diagnóstico do TP e a harmonização entre o que viria a ser a CID-11 e o DSM-5. Conquanto cada manual tenha tomado rumos diferentes, eles não foram opostos, com relativo alinhamento teórico.

É importante que pesquisadores e profissionais da saúde mental conheçam e pesquisem o novo modelo diagnóstico dos TPs da CID-11 de modo a promover atendimentos de saúde qualificados e cientificamente baseados. Ainda, como um modelo emergente, estudos sistemáticos podem auxiliar no aprimoramento de teorias que o fundamente, bem como subsidiar intervenções eficazes e eficientes para pessoas que sofrem com TP.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). *American Psychiatric Association*.
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC psychiatry, 18*(1), 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>.
- Bach, B., & Hutsebaut, J. (2018). Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Utility in Capturing Personality Problems in Psychiatric Outpatients and Incarcerated Addicts. *Journal of personality assessment, 100*(6), 660–670. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1428984>.
- Bach, B., Kerber, A., Aluja, A., Bastiaens, T., Keeley, J. W., Claes, L., Fossati, A., Gutierrez, F., Oliveira, S., Pires, R., Riegel, K. D., Rolland, J. P., Roskam, I., Sellbom, M., Somma, A., Spanemberg, L., Strus, W., Thimm, J. C., Wright, A., & Zimmermann, J. (2020). International Assessment of DSM-5 and ICD-11 Personality Disorder Traits: Toward a Common Nosology in DSM-5.1. *Psychopathology, 53*(3-4), 179-188. <https://doi.org/10.1159/000507589>.
- Bach, B., Sellbom, M., Kongerslev, M., Simonsen, E., Krueger, R. F., & Mulder, R. (2017). Deriving ICD-11 personality disorder domains from dsm-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta psychiatrica Scandinavica, 136*(1), 108–117. <https://doi.org/10.1111/acps.12748>.

- Bagby, R. M., Sellbom, M., Costa, P. T., Jr., & Widiger, T. A. (2008). Predicting Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV personality disorders with the five-factor model of personality and the personality psychopathology five. *Personality and Mental Health, 2*(2), 55–69. <https://doi.org/10.1002/pmh.33>.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M. M., Saiz-Gonzalez, M. D., Saiz-Ruiz, J., Oquendo, M. A., & de Leon, J. (2009). Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta psychiatrica Scandinavica, 119*(2), 149–155. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01284>.
- Berrios, G. E. (1993). European views on personality disorders: a conceptual history. *Comprehensive psychiatry, 34*(1), 14–30. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(93\)90031-x](https://doi.org/10.1016/0010-440x(93)90031-x).
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual review of psychology, 58*, 227–257. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>.
- Clark, L. A., Nuzum, H., & Ro, E. (2018). Manifestations of personality impairment severity: comorbidity, course/prognosis, psychosocial dysfunction, and 'borderline' personality features. *Current opinion in psychology, 21*, 117–121. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.12.004>.
- Conway, C. C., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2016). Optimizing Prediction of Psychosocial and Clinical Outcomes With a Transdiagnostic Model of Personality Disorder. *Journal of personality disorders, 30*(4), 545–566. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_218.
- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R., & Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of personality disorders, 25*(3), 321–330. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.321>.

- Dumont, F. (2010). *A History of Personality Psychology: Theory, Science, and Research from Hellenism to the Twenty-first Century*. Cambridge University Press.
- Feist, J., Feist, G. J. & Roberts, T. (2015). *Teorias da Personalidade*. Trad. Rosa., S. M. M., 8. ed. São Paulo: AMGH editora - Artmed.
- First, M. B. (2009). Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 195(5), 382–390. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.060822>.
- Gunderson, J. G. (2013). Seeking clarity for future revisions of the personality disorders in DSM-5. *Personality disorders*, 4(4), 368–376. <https://doi.org/10.1037/per0000026>.
- Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Pinto, A., Markowitz, J. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Morey, L. C. (2011). Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of personality disorders*, 25(3), 305–320. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.305>.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102–138). New York: Guilford Press.
- Jordan, J. V. (2004). Personality Disorder or Relational Disconnection. In: J. J. Magnavita (Eds.). *Handbook of personality disorders: theory and practice*. John Wiley & Sons, Inc.
- Kernberg, O. F. (2016). What is Personality?. *Journal of personality disorders*, 30(2), 145–156. <https://doi.org/10.1521/pedi.2106.30.2.145>.
- Kim, Y. R., Blashfield, R., Tyrer, P., Hwang, S. T., & Lee, H. S. (2014). Field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 1. Severity of personality disturbance. *Personality and mental health*, 8(1), 67–78. <https://doi.org/10.1002/pmh.1248>.

- Kim, Y. R., Tyrer, P., Lee, H. S., Kim, S. G., Hwang, S. T., Lee, G. Y., & Mulder, R. (2015). Preliminary field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 2. Proposed trait domains. *Personality and mental health, 9*(4), 298–307. <https://doi.org/10.1002/pmh.1305>.
- Krueger, R. F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality disorders, 4*(4), 355–362. <https://doi.org/10.1037/per0000028>.
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Folmo, E., Urnes, Ø., Johansen, M. S., Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2019). Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline personality disorder - the impact of clinical severity. *Psychology and psychotherapy, 92*(1), 91–111. <https://doi.org/10.1111/pt.12179>.
- Livesley, W. J. (1985). The classification of personality disorder: I. The choice of category concept. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 30*(5), 353–358. <https://doi.org/10.1177/070674378503000510>.
- Livesley, W. J. (2012). Tradition versus empiricism in the current DSM-5 proposal for revising the classification of personality disorders. *Criminal behaviour and mental health: CBMH, 22*(2), 81–90. <https://doi.org/10.1002/cbm.1826>.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., & Jang, K. L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 6–17. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.6>.
- Langenbucher, J., & Nathan, P. E. (2005). Diagnosis and Classification. In J. C. Thomas & D. L. Segal (Eds.). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology (CHOPP) Vol 2*. New York: *John Wiley & Sons*.

- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (2008). The five-factor theory of personality. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 159–181). *The Guilford Press*.
- Magnavita, J. J. (2004). Classification, Prevalence, and Etiology of Personality Disorders: Related Issues and Controversy. In J. J. Magnavita (Ed.), *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice* (pp. 3–23). *John Wiley & Sons Inc*.
- Mayer, J. D. (2005). A classification of DSM-IV-TR mental disorders according to their relation to the personality system. In J. C. Thomas & D. L. Segal (Eds.). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology (CHOPP) Vol 1*. New York: *John Wiley & Sons*.
- Millon, T. (2011). Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal (3rd ed.). *John Wiley & Sons Inc*. <https://doi.org/10.1002/9781118099254>.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2nd ed.). *John Wiley & Sons Inc*.
- Mulder, R. T., Horwood, J., Tyrer, P., Carter, J., & Joyce, P. R. (2016). Validating the proposed ICD-11 domains. *Personality and mental health, 10*(2), 84–95. <https://doi.org/10.1002/pmh.1336>.
- Mulder, R. T., Newton-Howes, G., Crawford, M. J., & Tyrer, P. J. (2011). The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *Journal of personality disorders, 25*(3), 364–377. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.364>.
- Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O'Connell, L., Newton-Howes, G., Basset, P., Akintomide, G., Ng, N., Tyrer, P., Murder, R., & Crawford, M. J. (2018). Development and psychometric properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). *Journal of Personality Disorders 32*: 44–56. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_285.

- Oliveira, S. E. S. (2018). O modelo híbrido de diagnóstico dos transtornos de personalidade no DSM-5. In: C. S. Hurz, D. R. Bandeira & C. M. Trentini (Orgs). *Avaliação psicológica da inteligência e da personalidade* (pp. 390-416). Porto Alegre, RS: *Artmed*.
- Oliveira, S. E. S., Silva, L. K. de C., Pimental, F. U., & Oliveira, N. P. (2020). Traços Patológicos da Personalidade e suas implicações para a Clínica. In: C. Antloga, K. T. Brasil, S. R. Lordello, M. Neubern e E. Queirzo (Orgs). *Psicológica Clínica e Cultura Contemporânea*. Vol. 4. (pp. 271-290). Brasília, DF. TechnoPolitik.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11. *Psychological assessment*, 30(2), 154–169. <https://doi.org/10.1037/pas0000459>.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2019). Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychological Assessment*, 31(5), 674-684. <http://dx.doi-org.ez54.periodicos.capes.gov.br/10.1037/pas0000693>.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2020). The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11: A facet-level assessment of the ICD-11 trait model. *Psychological Assessment*, 32(1), 60-71. <http://dx.doi-org.ez54.periodicos.capes.gov.br/10.1037/pas0000763>.
- Ottosson, H., Ekselius, L., Grann, M., & Kullgren, G. (2002). Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10. *Journal of personality disorders*, 16(3), 283–292. <https://doi.org/10.1521/pe-di.16.3.283.22537>.
- Pocnet, C., Antonietti, J.-P., Handschin, P., Massoudi, K., & Rossier, J. (2018). The many faces of personality: The DSM-5 dimensional and categorical models and the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 121, 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.09.005>.

- Santana, G. L., Coelho B.M., Wang, Y.P., Chiavegatto Filho, A. D.P., Viana, M.C., & Andrade, L. H. (2018). A epidemiologia dos transtornos de personalidade na população geral da megacidade de São Paulo. *PLoS ONE* 13 (4): e0195581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195581>.
- Trull, T. J. (1992). DSM-III—R personality disorders and the five-factor model of personality: An empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 553–560. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.553>.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual review of clinical psychology*, 1, 355–380. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>.
- Trull, T. J., Widiger, T. A., & Burr, R. (2001). A structured interview for the assessment of the Five-Factor Model of personality: facet-level relations to the axis II personality disorders. *Journal of personality*, 69(2), 175–198. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00141>.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., Kim, Y.-R., Koldobsky, N., Lecic-Tosevski, D., Ndeti, D., Swales, M., Clark, L.A. and Reed, G.M. (2011), The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5: 246-259. <https://doi.org/10.1002/pmh.190>.
- Tyrer, P., Crawford, M., Sanatinia, R., Tyrer, H., Cooper, S., Muller-Pollard, C., Christodoulou, P., Zauter-Tutt, M., Miloseska-Reid, K., Loebenberg, G., Guo, B., Yang, M., Wang, D., & Weich, S. (2014). Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder in practice. *Personality and mental health*, 8(4), 254–263. <https://doi.org/10.1002/pmh.1275>.

- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., & Crawford, M. J. (2019). The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annual review of clinical psychology, 15*, 481–502. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>.
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet (London, England)*, 385(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4).
- Widiger, T. A. (2011). Personality and psychopathology. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(2), 103–106. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00024.x>.
- Widiger, T. A. (2018). Official Classification Systems. In: *Handbook of Personality Disorders: Theory, research, and treatment*. Edited by W. John Livesley. The Guilford Press.
- Widiger, T. A., & Costa, P. T., Jr (2012). Integrating normal and abnormal personality structure: the Five-Factor Model. *Journal of personality, 80(6)*, 1471–1506. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00776.x>.
- Widiger, T. A., & Presnall, J. R. (2013). Clinical application of the five-factor model. *Journal of personality, 81(6)*, 515–527. <https://doi.org/10.1111/jopy.12004>.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the five-factor model. *Journal of Personality, 60(2)*, 363–393. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00977.x>.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *The American psychologist, 62(2)*, 71–83. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>.

- World Health Organization. (2019). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version 05/2021. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- Wright, A. G. (2011). Qualitative and quantitative distinctions in personality disorder. *Journal of personality assessment*, 93(4), 370–379. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577477>.
- Yang, M., Coid, J., & Tyrer, P. (2010). Personality pathology recorded by severity: national survey. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 197(3), 193–199. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.078956>.
- Zachar, P., Krueger, R. F., & Kendler, K. S. (2016). Personality disorder in DSM-5: an oral history. *Psychological medicine*, 46(1), 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001543>.

Artigo 2: Avaliação dos Qualificadores Diagnósticos dos Transtornos da Personalidade da CID-11: Evidências de Validade de Construto

Resumo

O objetivo deste trabalho foi adaptar e validar o instrumento *Personality Inventory for ICD-11* (PiCD) ao contexto brasileiro e investigar as qualidades psicométricas. O PiCD avalia os cinco domínios de traços patológicos da CID-11 (Classificação Internacional de Doenças). Participaram do estudo 2.287 pessoas de uma amostra da comunidade. Foram realizadas análises fatoriais e correlacionais, estas entre o PiCD-Br e o SAS-PD (*Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder*), o LPFS-BF 2.0 (*Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0*), e o PID-5-BF+M (*Personality Inventory for DSM-5–Brief Form Plus Modified*). Os resultados confirmaram a estrutura dos domínios da CID-11, além de adequados índices de consistência interna e de teste-reteste. Evidências de validade convergente com outras medidas de traços patológicos da personalidade e concorrente por meio da diferenciação de escores de participantes com e sem indicadores clínicos foram obtidas. Concluiu-se que o PiCD-Br possui adequadas evidências de qualidades psicométricas no contexto brasileiro.

Palavras-chave: transtorno de personalidade, CID-11, instrumento, PiCD, validade

Abstract

The objective of this work was to adapt the *Personality Inventory for ICD-11* (PiCD) instrument to the Brazilian context and investigate its psychometric qualities. The PiCD assesses the five pathological trait domains of the ICD-11 (International Classification of Diseases). 2,287 people from a community sample participated in the study. Factorial and correlational analyzes were performed, these between PiCD-Br and SAS-PD (*Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder*), o LPFS-BF 2.0 (*Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0*), e o PID-5-BF+M (*Personality Inventory for DSM-5–Brief Form Plus Modified*). The results confirmed the structure of the ICD-11 domains, in addition to adequate internal consistency and test-retest indices. Evidence of convergent validity with other measures of concurrent and pathological personality traits through the differentiation of scores of participants with and without clinical indicators was obtained. It was concluded that the PiCD-Br has adequate evidence of psychometric qualities in the Brazilian context.

Keywords: personality disorder, instrument, ICD-11, PiCD, validity

Avaliação dos Qualificadores Diagnósticos dos Transtornos da Personalidade da CID-11: Evidências de Validade de Construto

A personalidade, em linhas gerais, pode ser caracterizada por padrões de pensamento, sentimento e comportamento, conscientes e inconscientes, incluindo experiências de si mesmo e do mundo ao redor, que tornam cada pessoa única (Kernberg, 2016). Esses padrões podem estar associados a um senso de satisfação pessoal ou a sofrimentos e prejuízos significativos. Nos manuais diagnósticos de transtornos mentais, esses padrões de personalidade associados a sofrimentos e/ou prejuízos clinicamente significativos são identificados como transtornos da personalidade (TPs), os quais são tradicionalmente, desde a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), descritos de forma categórica (Mayes & Horwitz, 2005). O modelo categórico de classificação dos TPs pressupõe que cada categoria diagnóstica é uma síndrome clínica qualitativamente distinta uma da outra e da personalidade normal. O diagnóstico é codificado como presente ou ausente por meio de algoritmos que especificam a quantidade de sintomas necessária para cada uma das 10 categorias diagnósticas (American Psychiatric Association [APA], 2013). Esse modelo diagnóstico está de acordo com as premissas kraepelianas de que a doença mental seria uma condição médica discreta, com limites entre o normal e o patológico (Trull & Durrett, 2005). Contudo, as pesquisas têm mostrado que esse modelo categórico apresenta importantes limitações e que os modelos dimensionais apresentam superioridade em termos de validade, fidedignidade e utilidade clínica em relação ao modelo categórico (Bornstein & Natoli, 2019; Clark, 2005; Oliveira et al., 2020).

A 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) foi aprovada no ano de 2019 para entrar em vigor em janeiro de 2022 e, ao adotar uma estrutura dimensional dos TPs em substituição ao modelo categórico, representa a mudança mais radical na história de classificação desse transtorno (Tyrrer et al., 2019). O novo modelo de TP da CID-11 se

propõe a solucionar ou amenizar as principais críticas ao modelo categórico, a exemplo de limiares diagnósticos arbitrários, heterogeneidade dentro das categorias diagnósticas, baixa cobertura do construto e comorbidade excessiva entre categorias (Clark, 2007; Widiger & Trull, 2007; Zachar et al., 2016). Em 2013, na publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2013), havia sido feita uma tímida mudança na direção de um modelo dimensional dos TPs. O Grupo de Trabalho responsável pela revisão dos TPs para o DSM-5 propôs um modelo híbrido, o qual inclui as abordagens categórica e dimensional, contudo, a proposta não foi aceita, tendo sido o modelo publicado na Seção III “Medidas e Modelos Emergentes” do DSM-5 (Zachar et al, 2016).

O modelo dimensional dos TPs adotado pela CID-11 substitui todas as síndromes categóricas da CID-10 (transtornos de personalidade paranoica, esquizoide, anancástica etc.) pelas dimensões da gravidade dos TPs e dos traços patológicos da personalidade (qualificadores). A dimensão de gravidade é caracterizada por problemas no funcionamento do *self* e interpessoal, refletindo a intensidade de como são afetados, da quantidade de áreas da vida envolvidas, do nível de severidade das manifestações, dos danos causados a si e aos outros. A sua avaliação permite que o clínico estabeleça o prognóstico, o nível de risco do paciente e a intensidade necessária de tratamento, bem como servirá para fazer comparações ao longo do tratamento para avaliar eventuais remissões de sintomas em razão da intervenção ministrada (Tyrrer et al, 2019). Além da dimensão da gravidade, o clínico pode ainda avaliar os traços patológicos proeminentes com o objetivo de escolher o tipo e o foco do tratamento. O modelo de traços da CID-11 inclui cinco domínios: afetividade negativa, desinibição, distanciamento, dissociabilidade, e anancastia, além de um qualificador “padrão borderline” (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019; Bach & First, 2018). O essencial no modelo é a classificação com base na dimensão da gravidade, sendo complementar a descrição dos traços patológicos da personalidade por meio dos cinco domínios. Conquanto seja simples a

nova classificação, ao combinar os níveis de gravidade com a descrição dos traços patológicos da personalidade em um ou mais dos cinco domínios, há uma abrangência de quase 500 tipos diferentes de diagnósticos (Tyrer et al, 2019).

Para a avaliação dos domínios de traços dentro do modelo da CID-11, Oltmanns e Widiger (2018) construíram o *Personality Inventory for ICD-11* (PiCD), uma medida de autorrelato, com 60 itens, sendo 12 itens para cada domínio, para cobrir os cinco traços patológicos, afetividade negativa, distanciamento, dissociabilidade, desinibição e anancastia. Os resultados psicométricos do PiCD têm indicado sua validade em diferentes culturas e formatos, autorrelato e heterorrelato (Bach, Christensen et al., 2020; Carnovale et al., 2020; Ciecuch et al., 2021; Oltmanns & Widiger, 2018, 2019; Soma et al., 2020; Tarescavage & Menton, 2020). O objetivo deste estudo é investigar as propriedades psicométricas de uma versão brasileira do PiCD para exame de sua adequação ou não para uso no Brasil. Para tanto, são reportados dois estudos: o primeiro teve o objetivo de descrever os procedimentos realizados para a adaptação transcultural do PiCD para o português do Brasil; e o segundo estudo visou a investigação das qualidades psicométricas da versão brasileira do PiCD.

Estudo 1: Adaptação Transcultural do PiCD para o Brasil

O Estudo 1 consistiu na adaptação transcultural do PiCD (Oltmanns & Widiger, 2018) ao Brasil, segundo os termos das Diretrizes da International Test Commission (ITC) para Tradução e Adaptação de Testes (International Test Commission, 2017) e nas etapas propostas por Beaton et al. (2000), sendo iniciado com a autorização dos autores do PiCD. Para a adaptação do instrumento adotou-se os seguintes procedimentos: (1) Tradução: A versão original do PiCD foi traduzida para o português brasileiro por quatro brasileiros, doutores em psicologia e fluentes nos dois idiomas (inglês e português); (2) Síntese: foi produzida uma síntese das quatro traduções pelo comitê acadêmico, formado pelo autor desse estudo e um pós-doutor em avaliação psicológica, que selecionaram os termos e

expressões mais condizentes ao contexto brasileiro, resultando na primeira versão adaptada ao Brasil; (3) Validação semântica e teste de compreensão: feita com uma amostra da comunidade (composta por cinco homens e três mulheres, com idades entre 18 e 46 anos, residentes em quatro das cinco regiões do Brasil, a saber, Centro-Oeste, Nordeste, Sul e Sudeste, e com a escolaridade máxima de ensino médio completo); (4) Avaliação de juízes especialistas: Após o teste de compreensão, a síntese da primeira tradução para o português brasileiro e a versão original foram encaminhadas para avaliação por três juízes, especialistas em avaliação psicológica e fluentes nos dois idiomas, os quais avaliaram quatro aspectos, a saber, clareza linguística (quão compreensível é o item), relevância prática (quão adequado o item é para a população-alvo), relevância teórica (quanto o item se adequa ao construto), e equivalência semântica (quanto o item mantém o sentido da versão original); (5) Retrotradução: A versão do instrumento traduzido para o português brasileiro, resultante da etapa anterior, foi retraduzido para o inglês americano de forma independente por dois tradutores, a saber, um norte-americano, residente no Brasil, fluente no português, e uma brasileira com formação superior em Letras (Inglês) e Tradutor e Interprete, e experiência em residir em país de língua inglesa; (6) Avaliação dos autores originais do PiCD: A síntese das duas traduções foi enviada aos autores do instrumento original para avaliação e aprovação final. Todas as etapas foram feitas de forma *online*.

O processo de adaptação linguístico-cultural do PiCD, após realizada as etapas descritas anteriormente, foi satisfatório. Como resultado se obteve um instrumento compreensível para pessoas com escolaridade de nível médio, de qualquer região do país, por inexistir expressões idiomáticas regionais. Assim, foi produzida a versão do PiCD traduzida e adaptada ao idioma e cultura brasileira, resultando no *Personality Inventory for ICD-11 – Brazil* (PiCD-Br).

Estudo 2: Qualidades Psicométricas do PiCD-Br

O Estudo 2 trata da aplicação do PiCD-Br a uma amostra de brasileiros, com mais de 18 anos e residente no Brasil, para fins de avaliação das propriedades psicométricas do estudo. Esse estudo tem os seguintes objetivos específicos: (1) explorar a estrutura fatorial do PiCD-Br em uma amostra brasileira e verificar se essa estrutura se ajusta adequadamente à amostra estudada; (2) investigar os níveis de confiabilidade por consistência interna e temporal (teste-reteste); (3) analisar os graus de convergência e discriminação (validade convergente) com outro instrumento de mensuração dos traços patológicos da personalidade conforme o modelo da CID-11; (4) avaliar as associações do PiCD-Br com medidas de gravidade da patologia da personalidade e com os cinco traços gerais da personalidade (validade concorrente); e (5) analisar a capacidade dos escores do PiCD-Br em discriminar participantes com indicadores clínicos daqueles que não têm indicadores clínicos (validade concorrente).

Método

Participantes

O tamanho da amostra foi 2.287 pessoas com média de idade de 31,86 anos ($DP = 9,72$, e variação de 18 a 73 anos). As características da amostra estudada estão apresentadas na Tabela 1. De modo geral, a amostra foi composta em sua maioria por mulheres (72,6%), com nível superior escolar (91,0%) e de cor branca (55,1%). A amostra foi classificada de acordo com a presença ou ausência de indicadores clínicos. Foram incluídos no grupo “com indicadores clínicos” os participantes que reportaram uma ou mais das seguintes condições: a) ter diagnóstico psiquiátrico ($n = 723$); b) estar em tratamento com psiquiatra ($n = 507$); c) estar em tratamento psicofarmacológico ($n = 580$).

Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográfico e de Saúde (QDSS): questionário feito para caracterizar a amostra, investigando dados sociodemográfico (idade, gênero, renda, etnia,

estado civil, etc.) e dados clínicos (diagnóstico psiquiátrico, tratamento psiquiátrico e tratamento psicofarmacológico).

Personality Inventory for ICD-11 (PiCD; Oltmanns & Widiger, 2018). É uma medida de autorrelato com 60 itens que são respondidos em uma escala de cinco pontos, sendo 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente), com o objetivo de avaliar os cinco domínios da personalidade no modelo da CID-11 (afetividade negativa, desinibição, distanciamento, dissociabilidade e anancastia). Foi usada a versão brasileira descrita no Estudo I (em anexo).

Personality Inventory for DSM-5-Brief Form Plus Modified (PID-5-BF+M; Bach, Kerber et al., 2020). É um instrumento de autorrelato com 36 itens que são respondidos em uma escala de quatro pontos (0 = nada; 1 = pouco; 2 = moderadamente; 3 = muito). Trata-se de uma versão derivada do PID-5 (Krueger et al., 2012), cujo algoritmo inclui a avaliação dos domínios dos modelos de traços patológicos da personalidade do DSM-5 e da CID-11 (Bach, Kerber et al., 2020). Foi utilizada a versão brasileira adaptada por Oliveira et al. (no prelo).

Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SAS-PD; Olajide et al., 2018). É um instrumento de autorrelato com nove itens que são respondidos em uma escala de quatro pontos (0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado e 3 = forte). Ele visa medir a severidade dos transtornos de personalidade segundo o modelo da CID-11. Foi usada a versão brasileira ainda não publicada.

Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0 (LPFS-BF-2.0; Weekers et al., 2019). É uma medida de autorrelato com doze itens que são respondidos em uma escala de quatro pontos, variando de 1 (falso ou frequentemente falso) a 4 (muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro). A LPFS-BF-2.0 tem o objetivo de avaliar o funcionamento da personalidade a partir de prejuízos nos domínios *self* e interpessoal, como descrito na Seção III do DSM-5 e na CID-11. Foi usada a versão brasileira ainda não publicada.

Tabela 1. Características Sociodemográficas e de Saúde da Amostra

	Sem indicadores clínicos		Com indicadores clínicos		Total	
	(n = 1.461)		(n = 826)		(n = 2.287)	
Idade						
Min / Max	18	72	18	73	18	73
M / SD	31,7	9,8	32,0	9,6	31,82	9,7
Gênero						
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Feminino	1004	68,7	657	79,5	1.661	72,6
Masculino	453	31,0	155	18,8	608	26,6
Outros	4	0,3	14	1,7	18	0,8
Estado Civil						
Solteiro	851	58,2	453	54,8	1.304	57,0
Casado ou União Estável	511	35,0	314	38,0	825	36,1
Divorciado	73	5,0	45	5,4	118	5,2
Viúvo	3	0,2	3	0,4	6	0,3
Outro	23	1,3	11	1,3	34	1,5
Região						
Centro-Oeste	502	34,4	232	28,1	734	32,1
Sudeste	464	31,8	347	42,0	811	35,5
Sul	184	12,6	130	15,7	314	13,7
Nordeste	222	15,2	91	11	313	13,7
Norte	89	6,1	26	3,1	115	5,0
Etnia						
Branca	782	53,5	477	57,7	1.259	55,1
Preta	165	11,3	75	9,1	240	10,5
Amarela	28	1,9	17	2,1	45	2,0
Parda	464	31,8	247	29,9	711	31,1
Indígena	12	0,8	1	0,1	13	0,6
Outra	10	0,7	9	1,1	19	0,8
Escolaridade						
Pós-Graduação	784	53,7	397	48,1	1.181	51,6
Ensino Superior	580	39,7	321	38,8	901	39,4
Ensino Médio	93	6,3	100	12,1	193	8,4
Ensino Fundamental	4	0,3	8	1,0	12	0,5
Ocupação						
Desempregado	63	4,3	73	8,8	136	5,9
Trabalha	485	33,2	259	31,4	744	32,5
Estuda	471	32,2	229	27,7	700	30,6
Estuda e trabalha	372	25,5	187	22,6	559	24,4
Do Lar	20	1,4	29	3,5	49	2,1
Aposentado	27	1,8	13	1,5	40	1,7
Licença saúde ou maternidade	7	0,5	18	2,2	25	1,1
Outra	16	1,1	18	2,2	34	1,5
Renda em Salários Mínimos (SM)						
Sem renda	54	3,7	48	5,8	102	4,5
Até 1 SM	98	6,7	66	8,0	164	7,2
Acima de 1 SM até 2 SM	287	19,6	145	17,9	435	19,0
Acima de 2 SM até 5 SM	481	32,9	263	31,8	744	32,5
Acima de 5 SM até 10 SM	337	23,1	189	22,9	526	23,0
Acima de 10 SM até 20 SM	162	11,1	80	9,6	242	10,6
Acima de 20 SM	42	2,9	32	3,8	74	3,3
Diagnóstico Psiquiátrico						
Sim	0	0	723	87,5	723	31,6
Não	1461	100	103	12,5	1.564	68,4
Tratamento Psiquiátrico						
Sim	0	0	507	61,4	507	22,2
Não	1461	100	319	38,6	1.780	77,8
Tratamento Psicológico						
Sim	276	18,9	403	48,8	679	29,7
Não	1.185	81,1	423	51,2	1.608	70,3
Tratamento Psicofarmacológico						
Sim	0	0	580	70,2	580	25,4
Não	1.461	100	246	29,8	1707	74,6

Procedimentos

Um *survey online* na plataforma www.formr.org (Arslan et al., 2020) foi criado para coleta de dados, cujo *link* foi divulgado em redes sociais, especialmente no Facebook, em comunidades diversas, a exemplo: grupos de estudantes de diferentes universidades brasileiras, de pesquisa científica, de apoio a pessoas com transtornos mentais, de pessoas com afinidades diversas (religião, música, leitura, astronomia, etc.) e em *stories* e publicações no Instagram. Na primeira página do *survey online* o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era apresentado ao participante, com as principais informações sobre a pesquisa. Foi indicado ao participante que, caso finalizasse a pesquisa, receberia um relatório descritivo de sua personalidade, fundamentado em instrumentos com evidências de validade no Brasil, sendo essa uma estratégia para motivar a conclusão dos questionários. A ordem de coleta dos instrumentos foi: QDSS, PiCD-Br, SASPD, PID-5-BF+M e LPFS-BF-2.0. O tempo de resposta a todo o *survey* foi em média de 35 minutos.

Para avaliar a validade do protocolo foram incluídos itens para exame de respostas baseadas no conteúdo, isto é, itens que demandava que o participante selecionasse uma opção de resposta específica (ex.: “marque o número 1”). Os participantes que marcaram números diferentes dos solicitados nos itens de controle foram excluídos das análises. Desse modo, o *survey online* foi aplicado a uma amostra inicial de 2.398 participantes, mas remanescendo ao final 2.287 participantes, após a exclusão de 28 participantes por não atender ao critério de idade mínima (18 anos) e de 83 em razão de respostas não baseadas em conteúdo, totalizando 111 pessoas excluídas do conjunto de dados.

Para a análise da estabilidade temporal, foi enviado um e-mail aos participantes que voluntariamente indicaram o seu endereço eletrônico (e-mail) para responderem a outras pesquisas, convidando para participarem da fase do estudo deteste-reteste. Para participar, os participantes clicaram em um *link* que os direcionaram para um novo *survey online* com o

PiCD-Br. Nessa etapa, uma amostra de 68 participantes respondeu novamente o PiCD-Br com um intervalo de 4 a 6 semanas entre as duas respostas (média de idade de 33,49 anos ($DP = 11,1$, e variação de 18 a 66 anos, e 71% de mulheres). O emparelhamento dos protocolos foi realizado pelo e-mail informado. Nesse sentido, a primeira resposta de cada participante foi coletada entre os meses de julho e agosto de 2021 e a segunda resposta no mês de setembro do mesmo ano.

Análise de Dados

A análise da estrutura fatorial do PiCD-Br foi realizada em duas etapas, por meio de análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC). Para esse fim, a amostra de 2.287 participantes foi dividida de forma aleatória em duas subamostras de tamanhos aproximados ($n = 1.144$ e $n = 1.143$) com o fim de proceder à AFE e AFC, respectivamente. A AFE foi feita com base na matriz de correlação policórica e pelo método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) (Asparouhov & Muthen, 2010). O número de fatores para retenção foi decidido por meio da técnica Análise Paralela com permutação dos dados observados (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011) e uso da rotação Robust Promin (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019). A adequação do modelo foi avaliada pelos índices de ajuste: Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); Comparative Fit Index (CFI); e Tucker-Lewis Index (TLI). Os valores de referência foram: $RMSEA < 0,08$, e CFI e $TLI > 0,90$, ou, preferencialmente, $> 0,95$ (Brown, 2006). Por fim, foi avaliada a estabilidade dos fatores através do índice H (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018). Este índice avalia o quanto um conjunto de itens representa um fator comum, variando entre 0 e 1. Valores de $H > 0,80$ sugerem uma variável latente bem definida, que é mais provável que seja estável em diferentes estudos. Valores de $H < 80$ sugerem uma variável latente mal definida e provavelmente instável entre diferentes estudos (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018). Para AFC foi testado o modelo resultante da AFE. A estrutura testada na AFC não incluiu

itens que apresentaram cargas abaixo de 0,30 ou que apresentaram carga cruzada com outros fatores e/ou teve maior carga em outro fator diferente do que foi teoricamente estabelecido. Para a AFC utilizou-se o estimador RDWLS e o cálculo do erro pelo método robusto e padronização total das estimações. O ajuste do modelo foi analisado pelos mesmos índices e parâmetros utilizados na AFE, a saber, CFI, TLI e RMSEA.

A confiabilidade do PiCD-Br foi avaliada por meio dos coeficientes alfa de Cronbach (α) e ômega de McDonald (ω) ($\geq 0,70$). Para avaliação da estabilidade temporal do PiCD-Br (teste-reteste) foi utilizado o teste t de Student para amostras pareadas, e a definição absoluta de concordância para coeficiente de correlação intraclasse (*intraclass correlation coefficient* – ICC).

A validade convergente/discriminante do PiCD-Br foi avaliada mediante correlações dos seus escores com os do PID-5-BF+M. A hipótese é que haja correlações mais fortes entre os domínios equivalentes nos dois instrumentos em comparação aos demais domínios. A análise de evidências de validade concorrente do PiCD-Br foi realizada mediante o teste t de Welsh, por comparação de escores médios dos grupos com indicadores clínicos e sem indicadores clínicos e mensurando o tamanho de efeito pelo método do g de Hedges. Também para a exame da validade concorrente foi realizada a correlação bivariada de Pearson entre os domínios do PiCD-Br com a LPFS-BF-2.0 e a SASPD. Para tanto foram utilizados os escore total e dos componentes específicos da LPFS-BF-2.0. A SASPD é uma medida originalmente unidimensional, mas foi utilizada também a codificação apresentada por Oltmanns e Widiger (2019) em que os seus nove itens representam cada um dos cinco domínios da CID-11: Afetividade Negativa (itens 4, 6 e 9); Desinibição (item 5); Distanciamento (itens 1 e 3); Dissociabilidade (itens 2 e 8) e Anancastia (item 7). Foram utilizados os seguintes *softwares* estatísticos para análise dos dados: a) Factor, versão 11.05.01 for Windows 64-bits (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017) para os procedimentos de

AFE; b) JASP, versão 0.15 (JASP Team, 2021) para a AFC e os coeficientes de consistência interna e os testes t de Welch; c) *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23 (SPSS Inc., Chicago, IL) para as análises correlacionais.

Considerações Éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília – UnB (CAAE, n. 45817421.6.0000.5540).

Resultados

Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória

Os resultados dos testes de esfericidade de Bartlett ($12919,4 \text{ gl} = 1770, p < 0,001$) e KMO (0,91) indicaram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens. A análise de retenção de fatores por meio da análise paralela indicou a extração de 5 fatores (Figura 1). Com base nisso, passou-se a explorar a estrutura fatorial do PiCD-Br considerando cinco fatores. A Tabela 2 apresenta as cargas fatoriais, os índices de fidedignidade composta e as estimativas de replicabilidade dos escores fatoriais (H-index; Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018). Os resultados indicaram valores altos do índice H ($> 0,80$), sugerindo uma variável latente bem definida, com replicabilidade da estrutura fatorial em estudos futuros.

Figura 1. Análise Paralela para Extração de Fatores do PiCD-Br

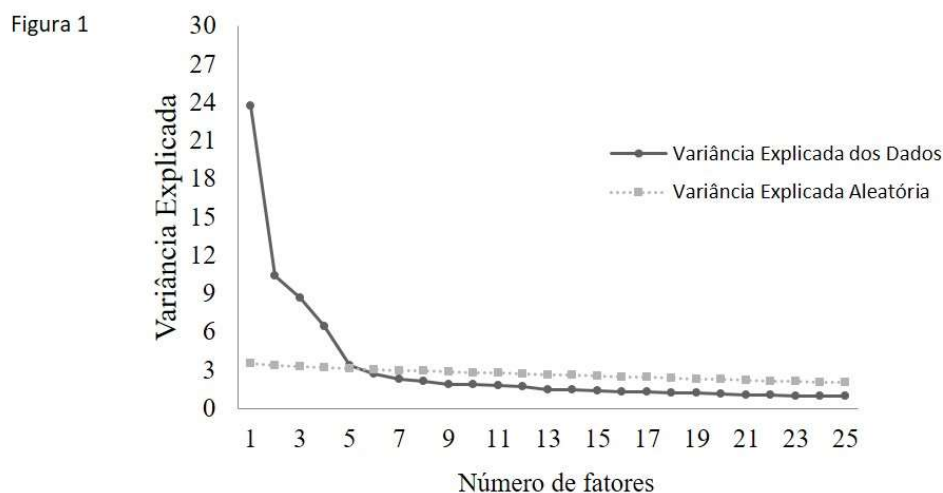


Tabela 2. Cargas Fatoriais em Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória, e Fidedignidade

Item/Domínio	Análise Fatorial Exploratória						Análise Fatorial Confirmatória ^b					
	Subamostra 1, n = 1.144						Subamostra 2, n = 1.143					
	AN	DN	DT	DL	AC	<i>h</i> ²	AN	DN	DT	DL	AC	VR
1/AN	0,71	-0,06	-0,04	-0,14	-0,08	0,47	0,62	-	-	-	-	0,61
2/DN	0,44	-0,14	-0,06	0,01	-0,69	0,72	-	-	-	-	-	-
3/DT	0,24	-0,08	0,49	0,19	-0,02	0,44	-	-	0,66	-	-	0,57
4/DL	0,50	-0,20	0,01	0,13	-0,37	0,47	-	-	-	-	-	-
5/AC	0,43	-0,27	0,00	0,13	0,18	0,24	-	-	-	-	-	-
6/AN	0,76	-0,13	-0,03	0,06	0,06	0,52	0,61	-	-	-	-	0,63
7/DN	0,05	0,50	-0,05	0,12	-0,02	0,32	-	0,52	-	-	-	0,73
8/DT	-0,19	0,02	0,43	0,38	0,11	0,33	-	-	-	-	-	-
9/DL	-0,05	0,07	0,10	0,49	-0,04	0,29	-	-	-	0,54	-	0,71
10/AC	0,18	0,08	0,13	-0,19	0,41	0,21	-	-	-	-	0,44	0,81
11/AN	0,67	0,08	0,05	0,07	-0,10	0,62	0,80	-	-	-	-	0,35
12/DN	0,05	0,75	-0,05	-0,07	0,11	0,45	-	0,66	-	-	-	0,57
13/DT	0,09	-0,07	0,81	-0,08	0,03	0,66	-	-	0,83	-	-	0,31
14/DL	0,06	-0,05	-0,29	0,70	0,18	0,47	-	-	-	0,40	-	0,84
15/AC	0,02	0,02	0,01	0,16	0,90	0,72	-	-	-	-	0,82	0,34
16/AN	0,80	-0,01	0,01	0,00	-0,03	0,66	0,75	-	-	-	-	0,44
17/DN	0,37	0,03	0,00	0,03	-0,65	0,77	-	-	-	-	-	-
18/DT	0,15	0,09	0,40	0,26	0,01	0,40	-	-	0,62	-	-	0,61
19/DL	0,16	-0,16	0,03	0,42	-0,01	0,22	-	-	-	0,37	-	0,86
20/AC	0,32	-0,48	0,02	0,20	0,22	0,36	-	-	-	-	-	-
21/AN	0,68	0,08	0,09	-0,07	0,01	0,53	0,68	-	-	-	-	0,55
22/DN	0,19	0,63	-0,01	0,10	0,04	0,52	-	0,74	-	-	-	0,46
23/DT	-0,73	0,03	0,09	0,33	0,06	0,49	-	-	-	-	-	-
24/DL	-0,12	0,04	0,26	0,45	-0,07	0,31	-	-	-	0,52	-	0,73
25/AC	0,30	0,00	0,02	-0,13	0,56	0,33	-	-	-	-	0,51	0,74
26/AN	0,26	0,03	0,07	0,11	-0,16	0,19	-	-	-	-	-	-
27/DN	0,13	0,78	-0,06	0,03	0,03	0,66	-	0,81	-	-	-	0,34
28/DT	0,11	-0,01	0,89	-0,15	0,04	0,84	-	-	0,86	-	-	0,26
29/DL	0,11	0,10	0,01	0,50	-0,04	0,37	-	-	-	0,61	-	0,63
30/AC	-0,19	0,14	0,10	0,05	0,72	0,51	-	-	-	-	0,64	0,59
31/AN	0,49	0,04	0,04	-0,23	-0,12	0,30	0,39	-	-	-	-	0,85
32/DN	0,15	0,05	-0,03	0,08	-0,62	0,55	-	-	-	-	-	-
33/DT	0,08	0,04	0,70	0,13	0,07	0,60	-	-	0,79	-	-	0,38
34/DL	0,07	-0,09	0,00	0,48	-0,17	0,31	-	-	-	0,49	-	0,76
35/AC	0,40	-0,46	-0,01	0,14	0,17	0,33	-	-	-	-	-	-
36/AN	0,80	0,05	-0,04	-0,29	0,01	0,59	0,60	-	-	-	-	0,64
37/DN	0,22	0,59	-0,04	0,12	0,09	0,45	-	0,68	-	-	-	0,54
38/DT	0,38	0,25	0,25	0,13	0,11	0,44	-	-	-	-	-	-
39/DL	-0,10	0,06	0,15	0,58	-0,14	0,45	-	-	-	0,59	-	0,65
40/AC	0,39	0,01	-0,02	0,00	0,41	0,21	-	-	-	-	-	-
41/AN	0,73	0,09	0,08	0,00	-0,03	0,65	0,76	-	-	-	-	0,42
42/DN	0,07	0,65	0,03	0,00	0,02	0,45	-	0,66	-	-	-	0,57
43/DT	-0,13	-0,06	0,85	-0,07	0,02	0,63	-	-	0,74	-	-	0,45
44/DL	0,09	0,04	-0,13	0,87	0,06	0,75	-	-	-	0,84	-	0,30
45/AC	0,10	-0,16	0,01	0,20	0,76	0,65	-	-	-	-	0,78	0,39
46/AN	0,68	0,07	0,03	-0,06	0,04	0,47	0,66	-	-	-	-	0,57
47/DN	0,26	0,05	0,03	0,02	-0,72	0,78	-	-	-	-	-	-
48/DT	0,01	-0,12	0,47	0,31	-0,05	0,35	-	-	-	-	-	-
49/DL	0,38	-0,15	0,05	0,29	-0,30	0,43	-	-	-	-	-	-
50/AC	0,29	-0,28	-0,22	-0,01	0,21	0,22	-	-	-	-	-	-
51/AN	0,54	0,11	0,12	0,04	0,01	0,42	0,65	-	-	-	-	0,58
52/DN	0,07	0,29	-0,11	0,12	-0,15	0,22	-	-	-	-	-	-
53/DT	-0,26	0,08	0,38	0,50	0,08	0,41	-	-	-	-	-	-
54/DL	-0,24	-0,07	0,32	0,65	-0,14	0,54	-	-	-	-	-	-
55/AC	0,10	-0,27	0,07	-0,04	0,54	0,52	-	-	-	-	0,75	0,43
56/AN	0,68	0,01	0,05	0,12	-0,13	0,65	0,83	-	-	-	-	0,32
57/DN	0,02	0,62	0,10	0,07	-0,06	0,51	-	0,72	-	-	-	0,48
58/DT	0,14	-0,01	0,86	-0,13	0,00	0,81	-	-	0,89	-	-	0,21
59/DL	0,01	0,07	-0,07	0,85	0,05	0,72	-	-	-	0,85	-	0,27
60/AC	0,05	-0,07	0,00	-0,05	0,64	0,47	-	-	-	-	0,76	0,43
α	0,88	0,86	0,85	0,79	0,79		0,88	0,81	0,87	0,75	0,82	
ω	0,88	0,85	0,85	0,79	0,78		0,88	0,81	0,87	0,76	0,82	
FC	0,90	0,74	0,85	0,84	0,79		0,90	0,86	0,91	0,83	0,86	
H - latente	0,95	0,90	0,94	0,93	0,94							
H - observado	1,02	0,75	0,99	0,93	0,96							

Notas. AN, Afetividade Negativa; DN, Desinibição; DT, Distanciamento; DL, Dissociabilidade; AC, Anancastia; *h*², Comunalidade; VR, Variância Residual; α , alfa de Cronbach; ω , ômega de McDonald; FC, Fidedignidade Composta.

A AFE apresentou adequados coeficientes de ajuste: RMSEA = 0,03 (IC = 0,01; 0,05), CFI = 0,99, TLI = 0,98. A despeito desses indicadores, alguns itens apresentaram baixas cargas (< 0,30) ou apresentaram carga cruzada com outros fatores, o que pode tornar o modelo mais complexo. Por essa razão, para a versão brasileira do PiCD optou-se por excluir os itens que: a) não apresentaram carga suficiente no domínio teoricamente estabelecido; b) apresentaram carga cruzada com tamanho significativo com outro fator; c) e tiveram a maior carga em outro fator diferente do que foi teoricamente estabelecido. Após essas exclusões, remanesceram 41 itens. Os domínios da versão brasileira do PiCD com 41 itens apresentaram coeficientes de correlação maiores que 0,90 com os domínios computados de acordo com a versão de 60 itens (Afetividade Negativa $r = 0,99$, Desinibição $r = 0,91$, Distanciamento $r = 0,93$, Dissociabilidade $r = 0,94$, Anancastia $r = 0,90$). Assim, a AFC, realizada na subamostra 2 ($n = 1.143$), foi feita somente com os itens selecionados na AFE. A porção direita da Tabela 2 apresenta os resultados obtidos. Nota-se que todos os itens apresentaram cargas fatoriais satisfatórias em seus respectivos domínios (> 0,30) e que o modelo de cinco fatores correlacionados apresentou adequados índices de ajuste: RMSEA = 0,08 (IC 0,08; 0,08), CFI = 0,94, e TLI = 0,94.

Fidedignidade por Consistência Interna e Teste-Reteste

A parte inferior da Tabela 2 apresenta os coeficientes de consistência interna das dimensões do PiCD-Br. Observa-se que todas os fatores apresentaram adequados coeficientes (> 0,70) indicando que os itens estimam com adequada precisão os níveis dos diferentes traços patológicos da personalidade do modelo da CID.11 Ainda, foi observada a capacidade do PiCD-Br em produzir resultados de forma consistente no tempo em um intervalo entre 4 e 6 semanas. Os ICCs apresentaram resultados satisfatórios com valores > 0,80 em todos os domínios (ver Tabela 3). Analisando o teste t para amostras pareadas, foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas para as dimensões Afetividade

Negativa ($d = 0,49$) e Dissociabilidade ($d = 0,53$), indicando que essas dimensões podem sofrer influências situacionais.

Tabela 3. *Análise de Estabilidade Temporal do PiCD-Br: Teste-Reteste com Intervalo de 4 a 6 Semanas*

	Teste			Reteste			Teste <i>t</i> amostras pareadas				ICC*
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>α</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>α</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>r</i>
Afetividade Negativa	3,39	0,70	0,83	3,18	0,77	0,87	4,06	67	0,00	0,49	0,82
Desinibição	2,53	0,79	0,77	2,46	0,81	0,79	1,21	67	0,23	0,15	0,82
Distanciamento	2,58	0,87	0,84	2,54	0,93	0,87	0,77	67	0,44	0,09	0,88
Dissociabilidade	1,99	0,62	0,82	1,80	0,66	0,84	4,38	67	0,00	0,53	0,81
Anancastia	3,27	0,72	0,82	3,30	0,85	0,86	-0,64	67	0,52	-0,08	0,83

Nota. $n = 68$; *Coeficiente de Correlação Intraclasse usando uma definição absoluta de concordância e medidas únicas.

Validade Concorrente e Convergente

A Tabela 4 apresenta as correlações entre o PiCD-Br e as medidas PID-5-BF+M, SASPD e LPFS-BF-2.0. Observa-se um padrão consistentemente teórico de convergência e discriminação entre os domínios do PiCD-Br e PID-5-BF+M. Os maiores coeficientes de correlação foram entre os domínios correspondentes nas duas medidas (valores indicados em negrito). Com relação à SASPD, o mesmo padrão não foi claramente observado e isso pode se dar ao fato de os componentes da SASPD não serem confiáveis, por exemplo, os componentes Desinibição e Anancastia são estimados por um único item. De qualquer modo, observa-se que o fator geral de severidade da patologia da personalidade (SASPD) se correlacionou com os traços específicos da patologia da personalidade, assim como com o escore total. Ainda, são observadas correlações estatisticamente significativas entre os traços patológicos da personalidade e os níveis de prejuízos no funcionamento do *self* e interpessoal (LPFS-BF-2.0).

Os resultados encontrados sugerem evidências de validade convergente e concorrente com outras medidas de patologia da personalidade. Contudo, é importante considerar que a dimensão Anancastia tendeu a apresentar uma correlação negativa com os demais traços patológicos da personalidade, incluindo os indicadores de gravidade da patologia da

personalidade (SASPD e LPFS-BF-2.0). Esses resultados parecem indicar que a dimensão Anancastia não captura um componente psicopatológico claro.

Tabela 4. *Correlação entre o PiCD-Br e o PID-5-BF+M, LPFS-BF-2.0 e SASPD*

	PiCD-Br	AN	DN	DT	DL	AC	Total
(n = 968)							
PID-5-BF+M Afetividade Negativa		0,74	0,29	0,23	0,17	-0,19	0,48
PID-5-BF+M Desinibição		0,52	0,63	0,21	0,32	-0,49	0,47
PID-5-BF+M Distanciamento		0,43	0,33	0,60	0,31	-0,05	0,61
PID-5-BF+M Antagonismo/Dissociabilidade		0,26	0,29	0,13	0,67	-0,16	0,41
PID-5-BF+M Anancastia		0,27	-0,18	0,16	0,11	0,28	0,24
PID-5-BF+M Psicotismo		0,41	0,32	0,31	0,42	-0,15	0,48
(n = 1.938)							
SASPD Total		0,67	0,34	0,48	0,33	-0,23	0,62
SASPD Afetividade Negativa		0,70	0,39	0,24	0,25	-0,29	0,49
SASPD Desinibição		0,42	0,38	0,10	0,30	-0,56	0,25
SASPD Distanciamento		0,37	0,19	0,60	0,20	-0,01	0,53
SASPD Dissociabilidade		0,25	0,13	0,39	0,33	0,01	0,41
SASPD Anancastia		0,20	-0,17	0,08	-0,06	0,13	0,07
(n = 949)							
LPFS-BF-2.0 Total		0,75	0,44	0,46	0,33	-0,23	0,68
LPFS-BF-2.0 Funcionamento do Self		0,77	0,43	0,42	0,23	-0,21	0,64
LPFS-BF-2.0 Identidade		0,77	0,39	0,42	0,22	-0,22	0,62
LPFS-BF-2.0 Autodirecionamento		0,68	0,41	0,37	0,22	-0,17	0,59
LPFS-BF-2.0 Funcionamento Interpessoal		0,55	0,38	0,42	0,38	-0,21	0,58
LPFS-BF-2.0 Empatia		0,48	0,27	0,27	0,38	-0,17	0,46
LPFS-BF-2.0 Intimidade		0,47	0,37	0,46	0,28	-0,20	0,54

Nota. PiCD-Br, *Personality Inventory for ICD-11 - Brazil*; AN, Afetividade Negativa; DN, Desinibição; DT, Distanciamento; DL, Dissociabilidade; AC, Anancastia; LPFS-BF-2.0, *Level of Personality Functioning Scale – Brief Form – 2.0*; PID-5-BF+M, *Personality Inventory for DSM-5 Brief Form Plus Modified*.

A validade concorrente também foi investigada pelo potencial de discriminação dos escores do PiCD-Br por meio da comparação de grupos compostos por pessoas com ou sem indicadores clínicos. A Tabela 5 apresenta as médias, desvios-padrão, e *g* de Hedges para cada domínio do PiCD-Br. Os participantes do grupo com indicadores clínicos apresentaram pontuação mais elevadas em todos os domínios em relação aos que não possuem indicadores clínicos. A única exceção ocorreu com a dimensão Anancastia, em que os participantes dos grupos sem indicadores clínicos apresentaram médias maiores do que os participantes com indicadores clínicos.

Tabela 5. Diferenças nos Domínios do PiCD-Br Entre Grupos de Participantes Com e Sem Indicadores Clínicos ($n = 2.287$)

Variável	Afetividade Negativa				Desinibição				Distanciamento				Dissociabilidade				Anancastia			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>g</i>
Diagnóstico Psiquiátrico				-0,93 ^a				-0,47 ^a				-0,23 ^a				-0,30 ^a				0,37 ^a
Não	1.564	3,16	0,77		1.564	2,41	0,78		1.564	2,64	0,92		1.564	2,02	0,62		1.564	3,32	0,65	
Sim	723	3,84	0,69		723	2,80	0,90		723	2,85	0,92		723	2,23	0,73		723	3,04	0,83	
Tratamento Psiquiátrico				-0,78 ^a				-0,49 ^a				-0,17 ^a				-0,32 ^a				0,41 ^a
Não	1.780	3,25	0,78		1.780	2,44	0,79		1.780	2,67	0,92		1.780	2,04	0,63		1.780	3,30	0,68	
Sim	507	3,83	0,72		507	2,86	0,92		507	2,83	0,94		507	2,26	0,74		507	2,99	0,80	
Tratamento Psicofarmacológico				-0,78 ^a				-0,44 ^a				-0,14 ^a				-0,28 ^a				0,38 ^a
Não	1.707	3,23	0,78		1.707	2,44	0,79		1.707	2,67	0,92		1.707	2,04	0,63		1.707	3,30	0,02	
Sim	580	3,82	0,72		580	2,82	0,92		580	2,80	0,93		580	2,23	0,73		580	3,02	0,03	
Indicador Clínico				-0,89 ^a				-0,47 ^a				-0,20 ^a				-0,30 ^a				0,38 ^a
Não	1.461	3,14	0,76		1.461	2,39	0,77		1.461	2,64	0,92		1.461	2,02	0,61		1.461	3,33	0,64	
Sim	826	3,80	0,72		826	2,78	0,90		826	2,82	0,92		826	2,22	0,73		826	3,05	0,82	

Nota. ^a A diferença é significativa no nível 0,01 (2 extremidades); ^b A diferença é significativa no nível 0,05 (2 extremidades); *g* = *g* de Hedges.

Discussão

Este estudo buscou analisar as propriedades psicométricas do PiCD no contexto sociocultural do Brasil, por meio da sua aplicação a uma amostra da comunidade. Os resultados indicaram que a versão brasileira do PiCD, isto é, o PiCD-Br, é um método válido e confiável para mensurar os traços patológicos da personalidade no país. Apesar dos promissores resultados observados nesta pesquisa, algumas considerações precisam ser feitas de modo a melhor compreender alguns aspectos técnico-metodológicos da medida e do modelo da CID-11.

A Estrutura dos Traços Patológicos da Personalidade da CID-11

Embora o modelo de traços patológicos da personalidade da CID-11 apresente cinco dimensões, os estudos não são consistentes em relação à quantidade de fatores, principalmente no que se refere à diferenciação psicométrica (ou não) das dimensões Desinibição e Anancastia (Oltmanns & Widiger, 2020; Widiger & Oltmanns, 2018). O presente estudo mostrou, tanto por método exploratório como confirmatório, que a estrutura de cinco dimensões é adequada para descrever os traços patológicos da personalidade na amostra estudada. Contudo, algumas decisões foram tomadas neste estudo, de modo impactar esses resultados encontrados.

Analisando cuidadosamente a AFE, observa-se que ela apresenta importante semelhança com outros estudos (Carnovale et al., 2020; Widiger & Oltmanns, 2018), isto é, com itens apresentando cargas cruzadas e hora apresentado cargas em fatores diferentes para os quais foram elaborados. Quando analisadas as cargas fatoriais dos itens, observa-se claramente um respeito às cinco dimensões teoricamente estipuladas (afetividade negativa, distanciamento, dissociabilidade, desinibição e anancastia). Assim, apesar das diferenças em termos de cargas dos itens, os fatores claramente refletem as cinco dimensões de traços do modelo da CID-11.

Apesar da AFE ter indicado uma solução teoricamente consistente, a decisão, nesta pesquisa, de selecionar somente os itens que apresentaram consistência teórica e empírica visa mais a identificação de um modelo de mensuração adequado à teoria do que necessariamente uma análise mais focada na estrutura do modelo de traços da CID-11. Dessa forma, o presente estudo buscou identificar o conjunto de itens que melhor representa cada traço preservando o princípio da simplicidade, isto é, de modo que cada item represente um único construto (sem cargas cruzadas com outras dimensões) e que esteja ajustado teoricamente (construído teoricamente para representar a dimensão em específico). Assim, enquanto o instrumento original possui 12 itens por domínio, totalizando 60 itens, o PiCD-Br resultou com um total de 41 itens, variando de 7 a 11 itens por domínio.

A Relação dos Traços Patológicos do Modelo da CID-11 com o Modelo do DSM-5

A relação teórica e empiricamente estabelecida entre os modelos de traços patológicos da personalidade do modelo alternativo para os transtornos da personalidade do DSM-5 e da CID-11 (Bach et al., 2020; Oltmanns & Widiger, 2018; Sellbom et al., 2020) foi confirmada neste estudo. Conforme esperado, os modelos de traço convergiram adequadamente somando evidências de continuidade entre os modelos do DSM-5 e da CID-11. Contudo, neste estudo, foi observada uma relação mais fraca, quando comparada com as outras correlações, entre os modelos no fator anancastia. Essa relação mais frágil, assim como outros resultados concernentes à essa dimensão nos levaram a nos questionar acerca da natureza da dimensão anancastia medida pelo PiCD.

A Natureza da Dimensão Anancastia no PiCD.

No presente estudo, a dimensão Anancastia se correlacionou negativamente com os outros traços patológicos da personalidade, assim como com dimensões de severidade da patologia da personalidade. Widiger e Oltmanns (2018) também observaram correlações negativas entre a dimensão Anancastia e outros traços patológicos da personalidade. Em

relação aos domínios de severidade da patologia da personalidade, Oltmanns e Widiger (2020) também observaram correlações negativas e não estatisticamente significativas. A questão aqui emergente é que essas correlações não são discutidas nesses estudos. Enquanto é esperado que as dimensões da Anancastia e da Desinibição apresentem correlações negativas, pelo fato de muitas vezes serem consideradas polos opostos de um mesmo contínuo (Carnovale et al., 2020; Oltmanns & Widiger, 2020; Widiger & Oltmanns, 2018), não faz muito sentido teórico a relação negativa entre Anancastia e Afetividade Negativa, por exemplo. A experiência mostra que pessoas com elevados traços compulsivos, rígidos e perfeccionistas tendem a experimentar estados emocionais de tensão, ansiedade, irritabilidade, elementos típicos da dimensão Afetividade Negativa. Se essa relação negativa não faz muito sentido, outros resultados obtidos neste estudo sinalizam a necessidade de investigações mais profundas em relação ao traço Anancastia. Por exemplo, foram observadas correlações negativas entre a dimensão Anancastia e as medidas de severidade de patologia da personalidade. Ainda, na comparação das médias da dimensão Anancastia entre os grupos de participantes com e sem indicadores clínicos, os participantes sem indicadores clínicos apresentaram médias maiores do que o outro grupo. Esses resultados sugerem fortemente que os itens do PiCD-Br não mensuram as características anancásticas em um nível psicopatológico. A partir disso, a hipótese aqui formulada é que os itens avaliam uma variação mais adaptativa do traço de conscienciosidade do que os extremos comportamentos típicos de personalidades anancásticas. Desse modo, sugere-se que em uma revisão do PiCD seja incluída a reestruturação dos itens de anancastia de modo que eles passem a refletir os padrões mal adaptativos dos comportamentos, pensamentos e sentimentos típicos da personalidade anancástica. Por exemplo, um item cuja escrita seja: “Passo muito tempo organizando as coisas” pode ser endossado por pessoas conscienciosas, mas com funcionamento adaptativo e flexível. Para capturar a componente psicopatológico o item deve

refletir os prejuízos, sofrimentos ou intensidades atípicas desse comportamento. Um exemplo de reestruturação do item seria: “Passo tanto tempo organizando as coisas que acabo não aproveitando a vida”.

Limitações e Pesquisas Futuras

O presente estudo apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas. Primeiramente, a amostra do estudo está enviesada em termos de escolaridade e raça, sendo composta em sua maioria por pessoas de nível educacional superior e branca. Essa não é a realidade do Brasil, de modo que os resultados aqui encontrados não podem ser generalizados sem outros estudos para brasileiros sub-representados neste estudo. Dessa forma, recomendam-se estudos com amostras mais heterogêneas e inclusivas de modo a verificar se os resultados psicométricos do PiCD-Br se mantêm estáveis e congruentes, ampliando sua possibilidade de uso no Brasil. Ainda, a coleta de dados no formato *online* pode aumentar as sub-representações de pessoas que estão em classes sociais menos favorecidas, tendo em vista a possível dificuldade de acesso a aparelhos e rede de internet adequados para se dedicar ao preenchimento dos protocolos da pesquisa.

Referente à dimensão da Anancastia, um limite deste estudo foi não ter outras formas de controle para a identificação de pessoas com traços anancásticos de modo a oportunizar um melhor entendimento da natureza dessa variável. Assim, sugere-se que novos estudos considerem cuidadosamente uma análise dessa dimensão para melhor compreensão dela como um fator específico ou bipolar no contínuo Desinibição/Anancastia.

Conclusão

Há que se conhecer que embora a primeira tentativa de harmonização entre os modelos dos transtornos da personalidade da CID-11 e do DSM-5 não tenha conseguido o resultado esperado, com a publicação do modelo híbrido em 2013, o modelo da CID-11 pôde se aprimorar em relação aos questionamentos e críticas que se seguiram àquele modelo (Bach

et al., 2017; Tyrer, 2014). Uma dessas críticas foi a complexidade do modelo híbrido do DSM-5 ao manter a maioria das categorias, estimar o nível de funcionamento da personalidade, identificar e descrever os traços patológicos em cinco domínios subdivididos em 25 facetas (Bach et al., 2017; Esbec & Echeburúa, 2015; Oliveira, 2018).

Em resposta à complexidade do modelo híbrido do DSM-5, a CID-11 apresentou um modelo simples e parcimonioso no qual o clínico faz o diagnóstico em duas etapas obrigatórias: 1) Se está presente ou não o TP ou apenas dificuldades da personalidade; 2) O quanto o TP ou dificuldade da personalidade afeta a vida do avaliado, classificando pela dimensão da gravidade em três níveis (leve, moderado ou grave). Essas informações já são suficientes para o diagnóstico e avaliar a necessidade e intensidade de um tratamento. De forma opcional e para o fim de orientar o tipo de tratamento ou o seu foco, a avaliação poderá prosseguir pela descrição dos traços patológicos da personalidade por meio de um ou mais dos cinco domínios (Afetividade Negativa, Desinibição, Distanciamento, Dissociabilidade, Anancastia), sem a existência de facetas ou pormenores. O PiCD (Oltmanns & Widiger, 2018) é um dos instrumentos que se propõe a avaliar de forma simplificada esses domínios, através de 60 itens, sendo 12 itens por cada domínio.

No presente estudo, procedeu-se à adaptação transcultural do PiCD para o português do Brasil, resultando no PiCD-Br, instrumento com 41 itens que foram modelados após AFE. Os estudos psicométricos do PiCD-Br indicam que se trata de um instrumento com adequadas evidências de fidedignidade e de validade. Ressalta-se apenas a fragilidade em termos de interpretação da dimensão Anancastia, a qual demanda maior investimento de pesquisa.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
- Asparouhov, T., & Muthen, B. (2010). Simple second order chi-square correction. Unpublished manuscript. Available at https://www.statmodel.com/download/WLS_MV_new_chi21.pdf.
- Arslan, R. C., Walther, M. P., & Tata, C. S. (2020). formr: A study framework allowing for automated feedback generation and complex longitudinal experience-sampling studies using R. *Behavior Research Methods*, *52*(1), 376-387. <https://doi.org/10.3758/s13428-019-01236-y>.
- Bach, B., Christensen, S., Kongerslev, M. T., Sellbom, M., & Simonsen, E. (2020). Structure of clinician-reported ICD-11 personality disorder trait qualifiers. *Psychological Assessment*, *32*(1), 50–59. <https://doi.org/10.1037/pas0000747>
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC psychiatry*, *18*(1), 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Bach, B., & Hutsebaut, J. (2018). Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Utility in Capturing Personality Problems in Psychiatric Outpatients and Incarcerated Addicts. *Journal of personality assessment*, *100*(6), 660–670. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1428984>.
- Bach, B., Kerber, A., Aluja, A., Bastiaens, T., Keeley, J. W., Claes, L., Fossati, A., Gutierrez, F., Oliveira, S., Pires, R., Riegel, K. D., Rolland, J. P., Roskam, I., Sellbom, M., Somma, A., Spanemberg, L., Strus, W., Thimm, J. C., Wright, A., & Zimmermann, J. (2020). International Assessment of DSM-5 and ICD-11 Personality Disorder Traits: Toward a Common Nosology in DSM-5.1. *Psychopathology*, *53*(3-4), 179-188. <https://doi.org/10.1159/000507589>.

- Bach, B., Sellbom, M., Kongerslev, M., Simonsen, E., Krueger, R. F., & Mulder, R. (2017). Deriving ICD-11 personality disorder domains from dsm-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *136*(1), 108–117. <https://doi.org/10.1111/acps.12748>.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, *25*(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>.
- Bornstein, R. F., & Natoli, A. P. (2019). Clinical utility of categorical and dimensional perspectives on personality pathology: A meta-analytic review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *10*(6), 479–490. <https://doi.org/10.1037/per0000365>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: *The Guilford Press*.
- Carnovale, M., Sellbom, M., & Bagby, R. M. (2020). The Personality Inventory for ICD-11: Investigating reliability, structural and concurrent validity, and method variance. *Psychological Assessment*, *32*(1), 8–17. <https://doi.org/10.1037/pas0000776>
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre: Artmed.
- Cieciuch, J., Łakuta, P., Strus, W., Oltmanns, J. R., & Thomas Widiger, T. (2021). Assessment of personality disorder in the ICD-11 diagnostic system: polish validation of the Personality Inventory for ICD-11. *Psychiatria Polska*, *138*563(10.12740). <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/138563>.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, *58*, 227–257. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>.

- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2015). The hybrid model for the classification of personality disorders in DSM-5: a critical analysis. *Actas espanolas de psiquiatria*, 43(5), 177–186.
- Ferrando, P.J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. *Psicothema*, 29(2), 236-241. doi: 10.7334/psicothema2016.304.
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva U. (2018). Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 78, 762-780. doi:10.1177/0013164417719308.
- First, M. B. (2009). Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 195(5), 382–390. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.060822>.
- IBM SPSS Statistics (v.23, SPSSInc., Chicago, IL). [Computer software].
- International Test Commission (2017). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes (2^a edition). <https://www.intestcom.org/>. Translation authorized by Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP).
- JASP Team (2021). JASP (versão 0.15).[Computer software].
- Kernberg, O. F. (2016). What is Personality?. *Journal of personality disorders*, 30(2), 145–156. <https://doi.org/10.1521/pedi.2106.30.2.145>.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(09), 1879-1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P.J. (2019). Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. *Technical report*, URV. Tarragona, Spain.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267. <https://www.doi.org/10.1002 /jhbs.20103>

- Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O'Connell, L., Newton-Howes, G., Bassett, P., Akintomide, G., Ng, N., Tyrer, P., Mulder, R., & Crawford, M. J. (2018). Development and Psychometric Properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). *Journal of personality disorders, 32*(1), 44–56. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_285.
- Oliveira, S. E. S. (2018). O modelo híbrido de diagnóstico dos transtornos de personalidade no DSM-5. In: C. S. Hurz, D. R. Bandeira & C. M. Trentini (Orgs). *Avaliação psicológica da inteligência e da personalidade* (pp. 390-416). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Primi, R., & Krueger, R. F. (in press). Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in *Brazilian Samples. Psico-USF*.
- Oliveira, S. E. S., Oliveira, T. C. D., Bandeira, D. R., & Krueger, R. F. (2020). Personality Types and Personality Traits in DSM-5: Do They Really Match?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 36*(spe), e36nspe15. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe15>
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11. *Psychological assessment, 30*(2), 154–169. <https://doi.org/10.1037/pas0000459>.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2019). Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychological Assessment, 31*(5), 674-684. <http://dx.doi-org.ez54.periodicos.capes.gov.br/10.1037/pas0000693>
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2020). The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11: A facet-level assessment of the ICD-11 trait model. *Psychological Assessment, 32*(1), 60-71. <http://dx.doi-org.ez54.periodicos.capes.gov.br/10.1037/pas0000763>.
- Ottosson, H., Ekselius, L., Grann, M., & Kullgren, G. (2002). Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-

10. *Journal of personality disorders*, 16(3), 283–292. <https://doi.org/10.1521/pe>
<https://doi.org/10.1521/pe>
di.16.3.283.22537.
- Somma, A., Gialdi, G., & Fossati, A. (2020). Reliability and construct validity of the Personality Inventory for ICD-11 (PiCD) in Italian adult participants. *Psychological Assessment*, 32(1), 29–39. <https://doi.org/10.1037/pas0000766>
- Sellbom, M., Solomon-Krakus, S., Bach, B., & Bagby, R. M. (2020). Validation of Personality Inventory for DSM–5 (PID-5) algorithms to assess ICD-11 personality trait domains in a psychiatric sample. *Psychological Assessment*, 32(1), 40–49. <https://doi.org/10.1037/pas0000746>
- Tarescavage, A. M., & Menton, W. H. (2020). Construct validity of the personality inventory for ICD-11 (PiCD): Evidence from the MMPI-2-RF and CAT-PD-SF. *Psychological Assessment*, 32(9), 889–895. <https://doi.org/10.1037/pas0000914>
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*, 16, 209-220. [doi:10.1037/a0023353](https://doi.org/10.1037/a0023353).
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual review of clinical psychology*, 1, 355–380. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>.
- Tyrer, P. (2014). Time to choose - DSM-5, ICD-11 or both? *Arch Psychiatry Psychother* 2014;16:5–8. <https://doi.org/10.12740/APP/28380>.
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., & Crawford, M. J. (2019). The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annual review of clinical psychology*, 15, 481–502. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>.

- Weekers, L. C., Hutsebaut, J., & Kamphuis, J. H. (2019). The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Personality and mental health, 13*(1), 3-14.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1434>.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *The American psychologist, 62*(2), 71–83.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>.
- World Health Organization. (2019). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version 05/2021. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- Zachar, P., Krueger, R. e Kendler, K. (2016). Personality disorder in DSM-5: an oral history. *Psychological Medicine, 46*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1017 / S0033291715001543>.

Artigo 3: Adaptação Transcultural do Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 para o Brasil e suas Propriedades Psicométricas

Resumo

O objetivo deste artigo foi adaptar e validar o instrumento *Five-Factor Personality Inventory for ICD-11* (FFiCD) ao contexto brasileiro e investigar suas qualidades psicométricas. O FFiCD avalia os cinco domínios da CID-11 (classificação Internacioanl de Doenças) e inclui estimativas de facetas e nuances desses domínios. Participaram do estudo 1.962 brasileiros de uma amostra da comunidade. Foram realizadas análises fatoriais e correlacionais, estas entre o FFiCD-Br e o SAS-PD (*Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder*), o PID-5-BF+M (*Personality Inventory for DSM-5-Brief Form Plus Modified*), e o BFI-2-S (*Big Five Inventory 2 – Short Version*). A estrutura de cinco domínios foi confirmada, e, ao nível das facetas, em geral, foram encontradas propriedades psicométricas aceitáveis. Evidências de fidedignidade e de validade com outras medidas de patologia da personalidade foram encontradas. Concluiu-se que o FFiCD-Br é adequado para a cultura brasileira, com boas evidências psicométricas.

Palavras-chave: transtorno de personalidade, instrumento, CID-11, FFiCD, validade

Abstract

The objective of this papers was to adapt the instrument *Five-Factor Personality Inventory for ICD-11* (FFiCD) to the Brazilian context and investigate its psychometric qualities. The FFiCD assesses the five domains of the ICD-11 (International Classification of Diseases) and includes estimates of the facets and nuances of these domains. 1,962 Brazilians from a community sample participated in the study. Factorial and correlational analyzes were performed, these between FFiCD-Br and SAS-PD (*Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder*), PID-5-BF+M (*Personality Inventory for DSM-5-Brief Form Plus Modified*), and BFI-2-S (*Big Five Inventory 2 – Short Version*). The structure of five domains was confirmed and at the facet level, in general, acceptable psychometric properties were found. Evidence of reliability and validity with other measures of personality pathology was found. It was concluded that the FFiCD-Br is suitable for the Brazilian culture, with evidence of psychometric qualities.

Keywords: personality disorder, instrument, ICD-11, FFiCD, validity

Adaptação Transcultural do Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 para o Brasil e suas Propriedades Psicométricas

Com a vigência da 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-11 (World Health Organization, 2019) a partir de janeiro de 2022, a comunidade científica e de profissionais da saúde mental terá um novo modelo referencial para classificação e diagnóstico dos transtornos de personalidade (TPs). Esse novo modelo, de paradigma dimensional, vem substituir a abordagem categórica dos TPs vigente há décadas e adotada tanto pelas edições anteriores tanto da CID quanto pelas edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), incluindo a atual quinta edição (American Psychiatric Association, 2013).

Em linhas gerais, enquanto a abordagem categórica apresenta os TPs em categorias distintas (ex.: histriônica, narcisista, dependente etc.), com limites definidos por meio de um número mínimo de critérios disponíveis em um *check-list* de sintomas circunscritos a cada uma delas, na abordagem dimensional, adotada pela CID-11, as categorias deixam de existir e a pessoa passa a ser avaliada pelo nível de gravidade da patologia da personalidade. Em outras palavras, no modelo dimensional a pessoa não é descrita em termos dos tipos específicos dos TPs, mas pelo grau de severidade da patologia da personalidade e pelos traços patológicos que possui. Nesse sentido, no modelo da CID-11, o clínico ao avaliar uma pessoa deverá identificar a presença do TP e o seu nível de patologia, ou a ausência de TP, ou, ainda, a presença de “dificuldade de personalidade” (QE50.7), caso haja algum aspecto da personalidade que traz algumas dificuldades para a pessoa, mas não em gravidade suficiente para caracterizar um TP. Acontecendo de a avaliação concluir pelo diagnóstico de TP, a CID-11 estabelece a descrição do nível de severidade do TP em três opções: “leve” (6D10.0), “moderada” (6D10.1) ou “grave” (6D10.2). Caso o clínico não consiga identificar

o grau da patologia, ele pode usar a categoria residual de “gravidade não especificada” (6D10.Z).

O diagnóstico pelo nível de gravidade é o componente essencial no modelo da CID-11. De forma opcional, é possível descrever a personalidade disfuncional do indivíduo por meio de um ou mais dos seis qualificadores, sendo cinco desses referentes a domínios de traços patológicos de personalidade, a saber, “afetividade negativa” (6D11.0), “distanciamento” (6D11.1), “dissociabilidade” (6D11.2), “desinibição” (6D11.3), e “anancastia” (6D11.4), e o qualificador “padrão borderline” (6D11.5). A descrição do modelo diagnóstico da CID-11 tem sido apresentada em mais detalhes em Kim et al. (2014), Tyrer et al. (2014), Bach et al. (2017) e Tyrer et al. (2019).

Os traços patológicos da personalidade podem ser entendidos como variantes extremas e mal adaptativas dos traços gerais da personalidade (Krueger & Markon, 2014; Mulder et al., 2016). Dessa forma, a patologia da personalidade se define em termos quantitativos, e não em qualitativos como no modelo categorial. Assim, cabe registrar que o modelo da CID-11, em sua descrição dos traços mal adaptativos da personalidade, apresenta correspondência com o modelo dos cinco grandes fatores (do inglês, *five-factor model* – FFM) e com o modelo de traços patológicos que compreende o critério B do modelo alternativo de diagnóstico para os transtornos da personalidade do DSM-5 (Tyrer et al., 2019). A Tabela 1 apresenta essas correspondências.

Tabela 1. *Correspondência entre os domínios de traços de TPs da CID11 com o DSM-5 e FFM*

	Domínios FFM	Domínios DSM-5	Domínios CID-11
1	Neuroticismo	Afetividade Negativa	Afetividade Negativa
2	Conscienciosidade	Desinibição (-)	Desinibição (-), Anancastia (+)
3	Extroversão	Distanciamento (-)	Distanciamento (-)
4	Amabilidade	Antagonismo (-)	Dissociabilidade (-)
5	Abertura à Experiência	Psicotismo ¹	Sem correspondente

Nota. FFM, *five-factor model* (modelo dos cinco grandes fatores); DSM-5, quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; CID-11, 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças; ¹ Diferente do modelo do DSM-5, no da CID-11 o psicotismo é um domínio do espectro da esquizofrenia e não dos transtornos da personalidade (Tyrer et al., 2019).

O modelo de traços patológicos da personalidade da CID-11 evita maior complexidade taxinômica por meio da inclusão apenas de domínios amplos da personalidade. Contudo, para fornecer uma avaliação mais informativa dos traços patológicos da personalidade, Oltmanns e Widiger (2020) elaboraram o *Five-Factor Personality Inventory for ICD-11* (FFiCD). Trata-se de um instrumento de autorrelato com 121 itens, que cobrem 20 facetas e 47 nuances dos cinco domínios patológicos da personalidade. Segundo os autores, a avaliação dos traços ao nível de facetas permite obter informações que diferenciam, por exemplo, aqueles padrões que, no sistema categórico, correspondem ao TP paranoico daqueles relacionados ao TP esquiva. No modelo da CID-11, esses dois TPs seriam caracterizados por alta afetividade negativa. Em uma descrição ao nível das facetas, o clínico obterá informações pormenorizadas de que o antes diagnosticado com TP paranoico será caracterizado por alta raiva e desconfiança enquanto o TP esquiva será por ansiedade, depressividade e vergonha. Com o uso de um instrumento como o FFiCD, o diagnóstico pode ser aprofundado e pormenorizado, como no exemplo. Assim, ainda que não seja imprescindível para o diagnóstico, uma avaliação ao nível da faceta fornecerá informações mais detalhada acerca da expressão psicopatológica da personalidade.

O propósito do presente estudo é investigar as propriedades psicométricas de uma versão do FFiCD para o contexto cultural e linguístico do Brasil. Para tanto, foram desenvolvidos dois estudos: o primeiro teve o objetivo de apresentar os procedimentos técnicos empregados para a adaptação transcultural do FFiCD para o português do Brasil; e o segundo buscou investigar evidências de validade estrutural, convergente e concorrente assim como o grau de fidedignidade da versão brasileira do FFiCD.

Estudo I: Adaptação Transcultural do FFiCD para o Português Brasileiro

O Estudo I visa a apresentação dos procedimentos empregados para a adaptação transcultural do FFiCD (Oltmanns & Widiger, 2020) ao Brasil. Para tanto, foram seguidas as

etapas propostas por Beaton et al. (2000) e as Diretrizes da *International Test Commission* (ITC) para Tradução e Adaptação de Testes (International Test Commission, 2017).

Este estudo foi iniciado com a obtenção da autorização dos autores do FFiCD (Oltmanns & Widiger, 2020) para sua adaptação ao Brasil. Os procedimentos de adaptação seguiram as seguintes etapas: (1) tradução para o português brasileiro por quatro doutores em psicologia, brasileiros e fluentes nos dois idiomas (português e inglês); (2) síntese das traduções por dois pesquisadores; (3) validação semântica de compreensão com amostras da comunidade ($n = 8$, sendo cinco homens e três mulheres, com idades entre 18 e 46 anos, e com a escolaridade máxima de ensino médio completo, residentes em quatro das cinco regiões do Brasil, a saber, Centro-Oeste, Nordeste, Sul e Sudeste); (4) avaliação de juízes especialistas, sendo composta por três doutores em psicologia, especialistas em avaliação psicológica e com fluência nos dois idiomas; (5) retrotradução para o inglês por dois tradutores, sendo uma brasileira com formação superior em Letras (Inglês) e Tradutor e Interprete, e vivência em país de língua inglesa, e um norte-americano, residente no Brasil, fluente no português; (6) avaliação dos autores originais do FFiCD. Todos esses procedimentos foram realizados de forma *online*.

Após a aplicação desses procedimentos, o FFiCD foi traduzido e adaptado para a cultura e idioma do Brasil resultando na versão do *Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 – Brazil* (FFiCD-Br). Essa versão mostrou-se compreensível para pessoas com nível médio de escolaridade e livre de expressões idiomáticas regionalizadas, permitindo que brasileiros das diferentes regiões do país possam compreender adequadamente seu conteúdo.

Estudo II: Propriedades Psicométricas Iniciais do FFiCD-Br

O Estudo II tem o objetivo de investigar as qualidades psicométricas do FFiCD-Br em uma amostra de brasileiros, com mais de 18 anos e residente no Brasil. São objetivos específicos deste estudo: (1) testar se a estrutura fatorial do FFiCD-Br é confirmada na

cultura brasileira; (2) investigar os níveis de fidedignidade por consistência interna e temporal (teste-reteste); (3) avaliar os graus de convergência e discriminação (validade convergente) com outra medida que avalia os traços patológicos da personalidade conforme o modelo da CID-11; (4) examinar as associações do FFiCD-Br com medidas de severidade da patologia da personalidade e com os cinco traços gerais da personalidade (validade concorrente); e (5) avaliar a capacidade dos escores do FFiCD-Br em discriminar participantes com indicadores clínicos dos que não têm indicadores clínicos (validade concorrente).

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa um total de 1.962 indivíduos (amostra por conveniência), composta por brasileiros residentes em todas as cinco regiões do Brasil, com média de idade de 31,63 anos ($DP = 9,59$, variando de 18 a 73 anos), sendo a maioria do gênero feminino (72,58%), com alta escolaridade (91,29%) e de cor branca (55,05%) (ver descrição detalhada na Tabela 2). Os participantes foram classificados em dois grupos conforme a presença ou ausência de indicadores clínicos. Para inclusão no grupo “com indicadores clínicos” o participante teria que reportar uma ou mais das seguintes três condições: a) ter diagnóstico psiquiátrico ($n = 622$); b) estar em tratamento com psiquiatra ($n = 433$); c) estar em tratamento psicofarmacológico ($n = 500$).

Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográfico e de Saúde (QDSS): questionário elaborado para este estudo para caracterização da amostra, investigando dados sociodemográficos (idade, gênero, renda, etnia, estado civil etc.) e dados clínicos (diagnóstico psiquiátrico, tratamento psiquiátrico e tratamento psicofarmacológico).

Tabela 2. Características Sociodemográficas e de Saúde da Amostra

	Sem indicadores clínicos		Com indicadores clínicos		Total	
	(n = 1.249)		(n = 713)		(n = 1.962)	
Idade <i>M / DP</i>	31,51	9,65	31,83	9,48	31,63	9,59
Gênero <i>f / %</i>						
Feminino	859	68,78	565	79,24	1424	72,58
Masculino	386	30,90	134	18,79	520	26,50
Outros	4	0,32	14	1,97	18	0,92
Estado Civil						
Solteiro	732	58,61	397	55,68	1129	57,54
Casado ou União Estável	436	34,91	265	37,17	701	35,73
Divorciado	62	4,96	38	5,33	100	5,10
Viúvo	2	0,16	3	0,42	5	0,25
Outro	17	1,36	10	1,40	27	1,38
Região						
Centro-Oeste	439	35,15	208	29,17	647	32,98
Sudeste	402	32,19	299	41,93	701	35,73
Sul	151	12,09	108	15,15	259	13,20
Nordeste	188	15,05	77	10,80	265	13,51
Norte	69	5,52	21	2,95	90	4,58
Etnia						
Branca	675	54,04	405	56,80	1.080	55,05
Preta	133	10,65	69	9,68	202	10,30
Amarela	24	1,92	15	2,10	39	1,99
Parda	399	31,95	215	30,16	614	31,29
Indígena	10	0,80	1	0,14	11	0,56
Outra	8	0,64	8	1,12	16	0,81
Escolaridade						
Pós-Graduação	664	53,16	346	48,53	1.010	51,48
Ensino Superior	503	40,27	280	39,27	783	39,81
Ensino Médio	79	6,33	80	11,22	159	8,10
Ensino Fundamental	3	0,24	7	0,98	10	0,51
Ocupação						
Desempregado	53	4,24	59	8,27	112	5,71
Trabalha	409	32,75	220	30,86	629	32,06
Estuda	408	32,67	211	29,59	619	31,55
Estuda e trabalha	317	25,38	161	22,58	478	24,36
Do Lar	20	1,60	23	3,23	43	2,19
Aposentado	22	1,76	11	1,54	33	1,68
Licença saúde ou maternidade	7	0,56	12	1,68	19	0,97
Outra	13	1,04	16	2,24	29	1,48
Renda Familiar						
Baixa (até 2 SM)	359	28,74	221	31,00	580	29,56
Média (de 2 a 10 SM)	720	57,65	399	55,96	1.119	57,03
Alta (acima de 10 SM)	170	13,61	93	13,04	263	13,40
Diagnóstico Psiquiátrico						
Não	1.249	100,00	91	12,76	1.340	68,30
Sim	0	0	622	87,24	622	31,70
Tratamento Psiquiátrico						
Não	1.249	100,00	280	39,27	1.529	77,93
Sim	0	0	433	60,73	433	22,07
Tratamento Psicológico						
Não	1.011	80,95	369	51,75	1.380	70,34
Sim	238	19,05	344	48,25	582	29,66
Tratamento Psicofarmacológico						
Não	1.249	100,00	213	29,87	1.462	74,52
Sim	0	0	500	70,13	500	25,48

Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 (FFiCD; Oltmanns & Widiger, 2020).

Trata-se de uma medida de autorrelato com 121 itens que são respondidos em uma escala *Likert* de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). O FFiCD tem o objetivo de avaliar os traços patológicos da personalidade de acordo com o modelo da CID-11 por meio de 20 facetas agrupadas nos 5 domínios da CID11. As facetas ainda são subdivididas em 47 nuances. Foi usada a versão brasileira conforme descrição no Estudo I, e inclusa no anexo 3 com relação de itens, domínios, facetas e nuances.

Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SAS-PD; Olajide et al., 2018). A SASPD é uma medida de autorrelato com 9 itens respondidos em uma escala de quatro pontos (0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado e 3 = forte). Ela tem o objetivo de avaliar a severidade dos transtornos de personalidade de acordo com as orientações da CID-11. Foi usada a versão brasileira ainda não publicada.

Personality Inventory for DSM-5-Brief Form Plus Modified (PID-5-BF+M; Bach et al., 2020). Trata-se de uma medida de autorrelato com 36 itens que são respondidos em uma escala de quatro pontos (0 = nada; 1 = pouco; 2 = moderadamente; 3 = muito). Essa é uma versão do PID-5 (Krueger et al., 2012) cujo algoritmo foi estabelecido para cobrir os domínios do modelo alternativo para os transtornos da personalidade do DSM-5 e o modelo da CID-11 (Bach et al., 2020). Foi usada a versão brasileira adaptada por Oliveira et al. (no prelo).

Big Five Inventory 2 – Short Version (BFI-2-S; Soto & Jonh, 2017). O BFI-2-S é uma medida de autorrelato com 30 itens que são respondidos em uma escala de quatro pontos (1 = nada; 2 = pouco; 3 = moderadamente; 4 = muito; 5 = totalmente). O BFI-2-S tem o objetivo de avaliar hierarquicamente os domínios da personalidade de acordo com o Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade (ou *five-factor model* – FFM). Foi usada a versão brasileira ainda não publicada.

Procedimentos

Para a coleta de dados foi criado um *survey online* na plataforma www.formr.org (Arslan et al., 2020), cujo link foi divulgado em redes sociais, especialmente em diversas comunidades do Facebook, tais quais: de universidades existentes no Brasil, de pesquisa científica, de grupos de apoio a pessoas com transtornos mentais, de pessoas com afinidades diversas (música, leitura, religião etc.); e por meios de *stories* e publicações no Instagram. Ao acessar o *survey online*, o participante tinha acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como forma de motivar a participação no estudo, na divulgação da pesquisa era informado que ao final dos questionários o participante receberia um relatório descritivo de sua personalidade, fundamentado em suas respostas relativas aos instrumentos já validados no Brasil. Após a concordância ao TCLE, os participantes eram direcionados à página da pesquisa contendo os instrumentos na ordem como são apresentados: QDSS, FFiCD, SASPD, PID-5-BF+M e BFI-2-S. O *survey* foi programado de modo que todos os participantes respondessem os três primeiros instrumentos (QDSS, FFiCD e SASPD). Após, os participantes eram randomizados a responder ao PID-5-BF+M ou ao BFI-2-S. Esta randomização foi necessária com o fim de reduzir o tempo em que os participantes responderiam todo o protocolo de pesquisa, com estimativa média de de 35 minutos.

Foram incluídos itens de validação de protocolos entre os itens dos instrumentos da pesquisa (ex.: “mostre que está respondendo com atenção marcando o número 5”). Participantes que fizeram marcações diferentes das pedidas foram excluídos do banco de dados. Assim, o *survey online* foi aplicado a uma amostra inicial de 2.067 participantes. Devido a não atender ao critério de idade mínima (18 anos), 26 participantes foram excluídos, e, em seguida, outros 79 participantes em razão de respostas não baseadas em conteúdo, totalizando 105 pessoas excluídas do conjunto de dados e remanescendo 1.962 participantes na amostra.

Por fim, os participantes, que voluntariamente informaram o seu endereço eletrônico (e-mail) para responderem a outras pesquisas receberam, após quatro semanas, uma mensagem convidando-os a participar da análise de estabilidade temporal (teste-reteste) do FFiCD-Br, por meio de um link para um novo *survey online* com esse instrumento. Um total de 68 participantes colaboraram com esse estudo e enviaram suas respostas em um intervalo de quatro a seis semanas após a sua primeira participação. O emparelhamento das respostas foi realizado pelo e-mail informado. Os dados desta pesquisa foram coletados entre os meses de julho e agosto de 2021 e o re-teste foi feito no mês de setembro do mesmo ano.

Análise dos Dados

Inicialmente foi testada a unidimensionalidade das facetas conforme razões descritas em Krueger et al. (2012) e Oliveira et al. (no prelo) por meio da técnica da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), agrupando os itens conforme a estrutura previamente definida no estudo original (Oltmanns & Widiger, 2020) ao nível das facetas. As AFCs foram realizadas usando o estimador *Diagonally Weighted Least Squares* (DWLS), o cálculo do erro pelo método robusto e a padronização total das estimações. O ajuste do modelo foi analisado por meio do índice de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI) e erro quadrático médio de aproximação (RMSEA) adotando medidas convencionais (CFI e TLI $\geq 0,90$; RMSEA $\leq 0,08$; Brown, 2006). A estrutura fatorial do FFiCD-Br foi testada por meio de AFC, incluindo no modelo as facetas teoricamente relacionadas com seus respectivos domínios.

A fidedignidade do FFiCD-Br foi verificada por meio dos coeficientes alfa de Cronbach (α), ômega de McDonald (ω) ($\geq 0,70$) e média de correlação inter-item (MCI). A análise da estabilidade temporal do FFiCD-Br (teste-reteste) foi realizada por meio de teste *t* de Student para amostras pareadas, e a definição absoluta de concordância para coeficiente de correlação intraclasse (*intraclass correlation coefficient* – ICC).

A análise da validade convergente/discriminante do FFiCD-Br foi feita por meio da correlação dos escores do FFiCD-Br com os escores do PID-5-BF+M. A hipótese é que os domínios correspondentes entre os dois instrumentos apresentem as correlações mais fortes em comparação aos demais domínios. As evidências de validade concorrente do FFiCD-Br foram examinadas por meio do teste *t* de Welsh, comparando os escores médios de participantes com indicadores clínicos dos sem indicadores clínicos. O tamanho do efeito foi estimado pelo método do *g* de Hedges. Ainda, foram feitas correlações bivariadas de Pearson entre os domínios, facetas e nuances do FFiCD-Br com os domínios do BFI-2-S e do SASPD. Referente às correlações do FFiCD-Br com o BFI-2-S, a hipótese é que as direções e forças das correlações sigam aquelas indicadas na Tabela 1.

Os dados foram analisados com o auxílio de *softwares* estatísticos. As AFCs, os coeficientes de consistência interna e os testes *t* de Welch foram realizados no *software* JASP, versão 0.15 (JASP Team, 2021). As análises correlacionais foram feitas pelo *software* *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23 (SPSSInc., Chicago, IL).

Considerações Éticas

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília – UnB (CAAE 45817421.6.0000.5540).

Resultados

Unidimensionalidade das Facetas e Estrutura do FFiCD-Br

As AFCs indicaram que as facetas são basicamente unidimensionais. Os dados mostraram índices adequados com $CFI \geq 0,90$ para 19 das 20 facetas, $TLI \geq 0,90$ para 17 das 20 facetas e $RMSEA \leq 0,08$ para 11 de 20 facetas (Tabela 3). Três facetas tiveram as variâncias de erros correlacionadas entre dois itens pertencentes à mesma nuance, melhorando o índice RMSEA. Ao nível dos domínios, a AFC apresentou bons resultados

para a estrutura de cinco fatores, com CFI = 0,96, TLI = 0,95, RMSEA = 0,08 (Intervalo de Confiança de 90%: 0,08 – 0,09), com média de cargas fatoriais de 0,74 (mínimo de 0,48 e máximo de 0,89). A Figura 1 apresenta os coeficientes padronizados obtidos para o modelo testado.

Tabela 3. Estatística Descritiva, Evidências de Unidimensionalidade das Facetas e Coeficientes de Fidedignidade

	<i>M</i>	<i>SD</i>	CFI	TLI	RMSEA	IC 90%	α	ω
Agressividade	2,22	0,79	0,94	0,90	0,13	0,11; 0,14	0,70	0,70
Ansiedade	3,42	0,94	0,99	0,99	0,07	0,06; 0,08	0,82	0,82
Busca de Sensação ^d	2,19	0,87	1,00	1,00	0,00	0,00; 0,00	0,66	0,67
Depressividade ^a	3,02	1,03	1,00	0,99	0,08	0,08; 0,09	0,86	0,86
Desconfiança ^d	3,16	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00; 0,00	0,73	0,73
Desordem ^b	2,37	0,86	1,00	0,99	0,10	0,08; 0,11	0,76	0,76
Distanciamento Emocional	2,31	0,89	1,00	0,99	0,04	0,02; 0,05	0,80	0,81
Distanciamento Social	3,04	1,02	0,95	0,85	0,43	0,41; 0,46	0,78	0,78
Egocentrismo	2,13	0,61	0,95	0,94	0,07	0,07; 0,08	0,67	0,67
Falta de Empatia	1,99	0,74	0,98	0,97	0,10	0,09; 0,11	0,82	0,83
Imprudência	2,89	0,88	0,99	0,98	0,09	0,08; 0,11	0,82	0,83
Inassertividade ^d	2,81	0,85	1,00	1,00	0,00	0,00; 0,00	0,54	0,54
Inflexibilidade	3,25	0,61	0,89	0,85	0,17	0,17; 0,18	0,74	0,69
Irresponsabilidade	2,54	0,86	0,98	0,98	0,11	0,10; 0,11	0,89	0,89
Labilidade Emocional	2,86	1,11	1,00	1,00	0,04	0,02; 0,05	0,92	0,92
Perfeccionismo ^c	3,11	0,76	0,95	0,91	0,16	0,15; 0,18	0,74	0,74
Raiva	3,25	0,94	1,00	1,00	0,05	0,04; 0,06	0,85	0,86
Vergonha	3,38	0,88	0,99	0,99	0,08	0,07; 0,09	0,82	0,82
Vício em Trabalho	3,12	0,79	0,93	0,89	0,16	0,15; 0,17	0,72	0,72
Vulnerabilidade	3,63	0,83	1,00	1,00	0,02	0,00; 0,04	0,70	0,70

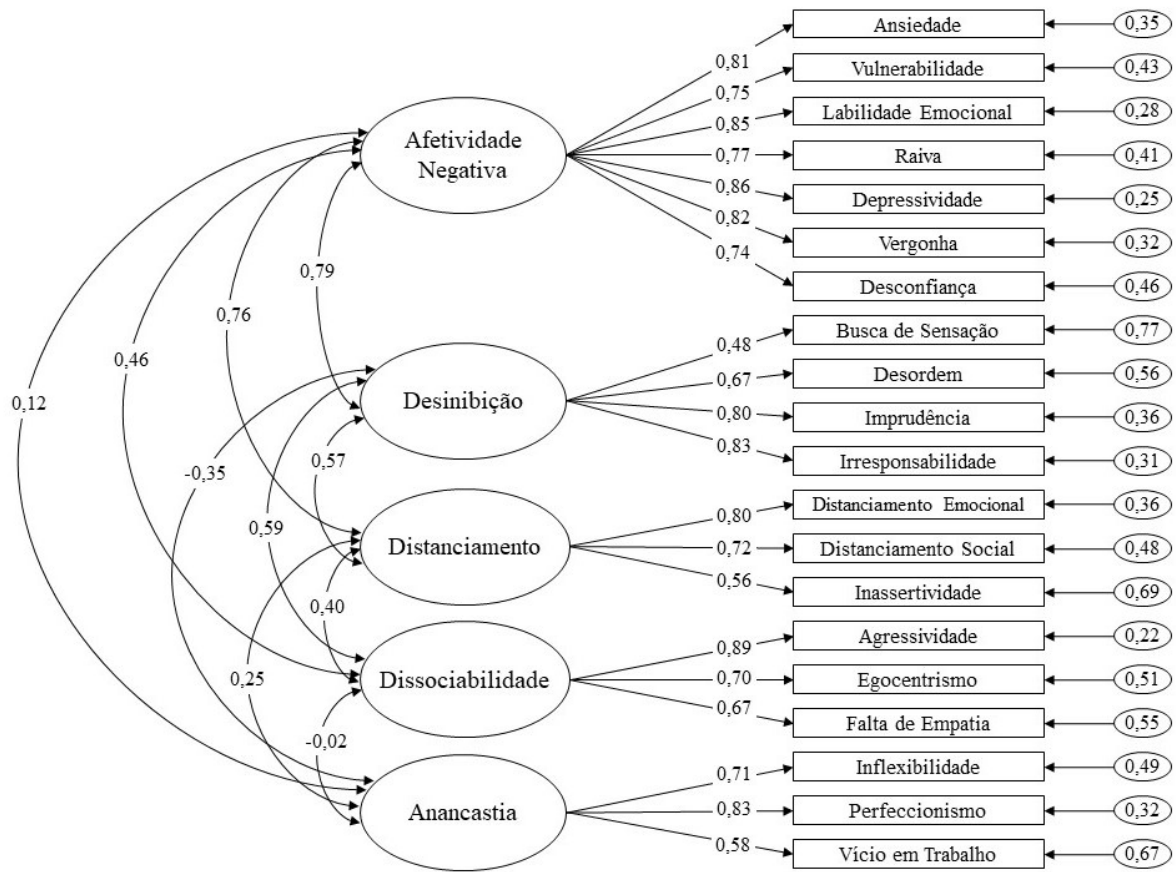
Nota. *n* = 1.962; ^a as variâncias dos erros dos itens 34 e 88 (nuance Suicidalidade) foram correlacionadas; ^b as variâncias dos erros dos itens 50 e 84 (nuance Discurso Desorganizado) foram correlacionadas; ^c as variâncias dos erros dos itens 20 e 57 (nuance Escrupulosidade) foram correlacionadas; ^d faceta com apenas três itens.

Fidedignidade

A maioria das facetas apresentaram adequados coeficientes de consistência interna ($\alpha \geq 0,70$ para 17 das 20 facetas, conforme Tabela 3). A média do coeficiente alfa de Cronbach das facetas foi de 0,77 ($DP = 0,09$), variando de 0,54 (Inassertividade) a 0,92 (Labilidade Emocional). O coeficiente ômega de McDonald apresentou resultados muito semelhantes. Em relação ao nível dos domínios também se verificou adequados coeficientes de consistência interna: Afetividade Negativa $\alpha = 0,96$, Distanciamento $\alpha = 0,86$, Anancastia $\alpha = 0,85$, Dissociabilidade $\alpha = 0,86$ e Desinibição $\alpha = 0,92$. A Tabela S1 apresenta os

coeficientes de confiabilidade e as estatísticas descritivas dos domínios, facetas e nuances do FFiCD-Br.

Figura 1. Coeficientes Padronizados da Análise Fatorial Confirmatória do FFiCD-Br



Os resultados da fidedignidade temporal estão apresentados na Tabela 4. As médias dos participantes na primeira e na segunda coleta, realizada após quatro a seis semanas da primeira aplicação, não se diferenciaram de forma estatisticamente significativa. Observou-se uma forte correlação entre os escores das duas aplicações. Dessa forma, os resultados indicam que o FFiCD-Br apresenta adequada evidência de fidedignidade temporal.

Tabela 4. Análise de Estabilidade Temporal do FFiCD-Br: Teste-Reteste com Intervalo de 4 a 6 Semanas.

	Teste			Reteste			Teste <i>t</i> amostras pareadas				ICC*
	<i>M</i>	<i>DP</i>	α	<i>M</i>	<i>DP</i>	α	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>r</i>
Afetividade Negativa	3,12	0,69	0,94	3,13	0,72	0,95	-0,31	67	0,76	-0,04	0,92
Desinibição	2,50	0,67	0,91	2,50	0,67	0,91	-0,13	67	0,90	-0,02	0,92
Distanciamento	2,61	0,78	0,88	2,59	0,71	0,84	0,51	67	0,61	0,06	0,87
Dissociabilidade	2,09	0,58	0,86	2,05	0,57	0,86	0,86	67	0,39	0,10	0,86
Anancastia	3,31	0,68	0,91	3,29	0,67	0,89	0,60	67	0,55	0,07	0,91

Nota. *n* = 68; *Coeficiente de Correlação Intraclassa usando uma definição absoluta de concordância e medidas únicas.

Validade Convergente

A validade convergente foi analisada por meio da correlação do FFiCD-Br com o PID-5-BF+M. A metade esquerda da Tabela 5 apresenta os coeficientes de correlação encontrados. Observa-se que a hipótese foi confirmada, uma vez que os fatores correspondentes entre os modelos de mensuração foram os que apresentaram coeficientes de correlação mais fortes. A Tabela S2 apresenta os coeficientes de correlação incluindo as facetas e nuances do FFiCD-Br.

Tabela 5. Correlação entre os Domínios do FFiCD-Br e os Domínios do PID-5-BF+M e BFI-2-S

FFiCD	PID-5-BF+M (n = 968)						BFI-2-S (n = 900)				
	AN	DN	DT	AT	AC	PS	N	C	E	A	O
AN	0,75^a	0,57 ^a	0,52 ^a	0,33 ^a	0,29 ^a	0,45 ^a	0,86^a	-0,43 ^a	-0,52 ^a	-0,38 ^a	-0,16 ^a
DN	0,54 ^a	0,76^a	0,40 ^a	0,40 ^a	-0,03	0,44 ^a	0,60 ^a	-0,75^a	-0,39 ^a	-0,33 ^a	-0,16 ^a
DT	0,34 ^a	0,34 ^a	0,76^a	0,26 ^a	0,23 ^a	0,41 ^a	0,51 ^a	-0,30 ^a	-0,67^a	-0,48 ^a	-0,21 ^a
DS	0,22 ^a	0,38 ^a	0,37 ^a	0,76^a	0,18 ^a	0,49 ^a	0,26 ^a	-0,22 ^a	0,01	-0,64^a	0,04
AC	0,06	-0,24 ^a	0,12 ^a	-0,01	0,66^a	0,11 ^a	0,02	0,44^a	-0,03	0,06	0,08 ^b

Nota. ^a A correlação é significativa no nível de $p < 0,01$ (2 extremidades); ^b A correlação é significativa no nível de $p < 0,05$ (2 extremidades); em **negrito** estão as correlações esperadas; A, amabilidade; AC, anancastia; AN, afetividade negativa; AT, antagonismo; C, conscienciosidade; DN, desinibição; DS, dissociabilidade; DT, distanciamento; E, extroversão; N, neuroticismo; O, abertura à experiência; PS, psicotismo.

Validade Concorrente

Conforme esperado (ver Tabela 1), os traços gerais da personalidade se correlacionaram com as dimensões do FFiCD-Br. A metade direita da Tabela 5 apresenta os coeficientes de correlação encontrados. Observa-se que as correlações com maiores magnitudes foram aquelas entre os domínios correspondentes (em negrito na Tabela 5). Com isso, somam-se evidências de que os traços patológicos da personalidade são variantes extremas dos traços gerais da personalidade. Também foram avaliadas as correlações entre os domínios do FFiCD-Br com o escore de severidade da patologia da personalidade obtido pelo SASPD. As correlações foram estatisticamente significativas com um valor de $p < 0,001$ com os domínios Afetividade Negativa ($r = 0,72$), Desinibição ($r = 0,58$), Distanciamento (r

= 0,61) e Dissociabilidade ($r = 0,46$). A correlação entre o SASPD e o domínio Anancastia ($r = 0,07$) foi nula.

Outra evidência de validade concorrente investigada foi acerca da capacidade dos escores de o FFiCD-Br discriminar grupos de pessoas com ou sem indicadores clínicos. A Tabela 6 apresenta as médias, os desvios-padrão, e os coeficientes de tamanho de efeito pelo método do g de Hedges para cada domínio do FFiCD-Br em relação aos grupos de participantes com ou sem indicadores clínicos. Conforme esperado, o grupo de pessoas com indicadores clínicos apresentaram escores mais elevados em todos os domínios em relação às pessoas sem indicadores clínicos, sendo a única exceção o domínio da Anancastia. Contraditoriamente ao esperado, os participantes que não apresentaram indicadores clínicos tenderem a ter médias mais altas em Anancastia do que os participantes com indicadores clínicos.

Tabela 6. *Diferenças nos Domínios do FFiCD-Br Entre Grupos de Participantes Com e Sem Indicadores Clínicos*

	Afetividade Negativa			Desinibição			Distanciamento			Dist
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>g</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>G</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>g</i>	<i>M</i>
Diagnóstico psiquiátrico			-0,89 ^a			-0,72 ^a			-0,42 ^a	
Não (<i>n</i> = 1.340)	3,02	0,77		2,36	0,60		2,55	0,74		2,04
Sim (<i>n</i> = 622)	3,69	0,73		2,87	0,80		2,86	0,76		2,24
Tratamento psiquiátrico			-0,78 ^a			-0,70 ^a			-0,41 ^a	
Não (<i>n</i> = 1.529)	3,10	0,79		2,41	0,64		2,58	0,74		2,06
Sim (<i>n</i> = 433)	3,70	0,74		2,92	0,81		2,89	0,78		2,26
Tratamento psicofarmacológico			-0,73 ^a			-0,66 ^a			-0,36 ^a	
Não (<i>n</i> = 1.462)	3,09	0,79		2,40	0,62		2,58	0,74		2,06
Sim (<i>n</i> = 500)	3,65	0,75		2,88	0,83		2,85	0,77		2,23
Indicadores clínicos ^c			-0,85 ^a			-0,71 ^a			-0,40 ^a	
Não (<i>n</i> = 1.249)	3,00	0,76		2,34	0,59		2,54	0,74		2,04
Sim (<i>n</i> = 713)	3,64	0,75		2,84	0,80		2,84	0,77		2,22

Nota. ^a a diferença é significativa no nível 0,01 (2 extremidades); ^b a diferença é significativa no nível 0,05 (2 extremidades). ^c pertence aos participantes que atenderam a uma ou mais das seguintes condições: ter diagnóstico psiquiátrico, estar em tratamento psiquiátrico ou uso de medicamentos. ^d cálculo de tamanho de efeito de Hedges.

Discussão

O presente estudo buscou analisar as qualidades psicométricas do FFiCD-Br no contexto sociocultural brasileiro. Os participantes foram constituídos de uma amostra da comunidade, classificados em dois grupos: um com indicadores clínicos (36%) e outro sem indicadores clínicos (64%), conforme reportaram, ou não, diagnósticos ou tratamentos psiquiátricos ou psicofarmacológicos. De forma geral, os resultados indicaram que o FFiCD (Oltmanns & Widiger, 2020) em sua versão adaptada ao Brasil (FFiCD-Br) apresenta evidências consistentes de validade e fidedignidade para a avaliação dos traços patológicos da personalidade na população brasileira, conforme o modelo dimensional da CID-11. Os resultados mostraram que o FFiCD-Br foi capaz de diferenciar de forma estatisticamente significativa ($p < 0,01$) os participantes com indicadores clínicos dos sem indicadores clínicos. Além disso, foram observadas correlações teoricamente congruentes entre o FFiCD-Br e outras medidas de personalidade geral e patológica. As escalas apresentaram adequados coeficientes de consistência interna e de estabilidade temporal. Com isso, evidencia-se a qualidade psicométrica desse instrumento para uso no Brasil.

Embora os resultados tenham indicado propriedades psicométricas aceitáveis para o FFiCD-Br, foram identificados alguns problemas menores que passam a ser abordados de modo a discutir tanto os efeitos teóricos quanto técnicos sobre o FFiCD-Br e o modelo de traços patológicos da personalidade da CID-11. As facetas propostas para cada um dos cinco domínios da patologia da personalidade tenderam a apresentar adequados parâmetros psicométricos. Contudo, algumas delas merecem especial atenção. As facetas Irresponsabilidade, Distanciamento Social, Agressividade, Inflexibilidade, Perfeccionismo e Vício em Trabalho tiveram valores de RMSEA $> 0,10$. Com isso, entende-se que esses modelos unidimensionais apresentam pobre ajuste. Desse modo, pode ser que as nuances desenvolvidas para essas facetas sejam fonte de erro para o modelo unidimensional. Em

outras palavras, os escores dessas facetas podem não as representar tão bem quando consideradas as suas respectivas nuances. Ainda, cabe aqui ressaltar que os pontos de corte para os índices de ajuste são arbitrários e o significado de “bom” e a sua relação com os índices de ajuste não são bem compreendidos (Lai & Green, 2016). Xia e Yang (2019), por exemplo, afirmam que não existem sugestões claras sobre a aplicação dos índices de ajuste ao analisar variáveis categóricas ordenadas, sendo comum usar as regras de corte convencionais. Outro aspecto é que os índices RMSEA, CFI e TLI são baseados no estimador utilizado, podendo ter alguma variação no resultado. Por exemplo, para dados categóricos, além do estimador DWLS (usado nesta pesquisa), o estimador de mínimos quadrados não ponderados (*unweighted least squares*, ULS) pode também ser usado (Xia & Yang, 2019). No caso da faceta Irresponsabilidade, que possui 10 itens distribuídos em quatro nuances, o RMSEA foi de 0,11 pelo estimador DWLS e caso esse estimador fosse substituído pelo ULS o resultado do RMSEA seria 0,07, e sem alterações significativas do CFI e TLI. Tendo dito isso, argumenta-se aqui que apesar dos índices de ajuste serem parâmetros para a interpretação da adequação dos modelos, é necessário considerar as diferenças e especificidades técnicas desses índices. Ainda, outras fontes de validade e confiabilidade podem ser obtidas para se estabelecer o grau de adequação da medida. É importante mencionar que Xia e Yang (2019) entendem que os índices RMSEA, CFI e TLI ao sugerirem bom ajuste não seriam suficientes para aceitação do modelo avaliado. Em sentido contrário, não sugerir um bom ajuste também não parece suficiente para, por si, rejeitar o modelo. A ponderação é que RMSEA, CFI e TLI sejam ferramentas de diagnóstico para melhoria do modelo (Xia & Yang, 2019), cujos ponto de corte funcionariam como marcadores para mostrar que melhorias nos modelos podem ser bem-sucedidas. Por fim, cumpre mencionar que o estudo original (Oltmanns & Widiger, 2020) não reporta índices

CFI, TLI ou RMSEA para facetas. Apenas os dois últimos índices são referidos em modelos de exploração bifatorial na tabela S5 do suplemento de referido estudo.

Considerando que as facetas são o grande diferencial do FFiCD, em termos de detalhamento na descrição do funcionamento psicopatológico da personalidade, outra questão que merece atenção são os indicadores de confiabilidade. Três facetas apresentaram coeficientes de confiabilidade abaixo de 0,70, a saber, as facetas de Busca de Sensação, Egocentrismo e Inassertividade. Cabe o registo que a faceta egocentrismo possui 4 nuances, totalizando 8 itens, enquanto as outras duas facetas não têm nuances, com 3 itens cada. No estudo original essas três facetas tiveram respectivamente $\alpha = 0,74$, $\alpha = 0,82$, e $\alpha = 0,72$, (Oltmanns & Widiger, 2020), isto é, valores $> 0,70$, mas dois deles próximo ao ponto de corte. A consistência interna diz o quanto cada item de um teste está relacionado com os demais, indicando se o escore resultante do conjunto de itens estima com precisão o construto desejado, ou, ainda, o grau em que medições de indivíduos em ocasiões diferentes por testes paralelos informarão dados iguais ou parecidos (Streiner D. L., 2003). Desse modo, os resultados obtidos por essas facetas devem ser analisados com cautela uma vez que os escores advindos delas podem ser influenciados por outros fatores para além de seus respectivos construtos.

Por fim, faz-se importante discutir os resultados dos estudos de validade convergente e concorrente da dimensão Anancastia. Esse fator foi o que apresentou evidências mais frágeis e especificamente na diferenciação dos grupos com e sem indicadores clínicos os resultados foram contrários aos esperados. A correlação do domínio Anancastia no FFiCD e no PID-5-BF+M foi mais fraca (0,66) em comparação com os outros domínios (0,75-0,76). Ainda, a correlação do domínio Anancastia com o fator Conscienciosidade (BFI-S-2) também foi mais fraca em comparação com as correlações esperadas entre os demais fatores. O valor dessa correlação foi semelhante ao encontrado no estudo original ($r = 0,45$ com o

FFM, five-factor model, Oltmanns & Widiger, 2020). Mais inesperado, foi observar que os participantes deste estudo que não apresentaram indicadores clínicos tenderam a ter médias mais altas em Anancastia do que os participantes com indicadores clínicos. A experiência tem mostrado que alguns componentes típicos do TP obsessivo-compulsiva podem tender a ser desejados socialmente, pois em parte indicam sucesso profissional, elevada ética e moral e coerência interna. Desse modo, novos estudos devem ser conduzidos de forma a elucidar a natureza da dimensão Anancastia. Algumas perguntas que poderiam ser endereçadas em pesquisas futuras são: Os itens de Anancastia do FFiCD não capturam o componente psicopatológico dos comportamentos socialmente desejáveis? A dimensão da Anancastia refere-se a um padrão de comportamento muito mais específico e limitado em comparação com as outras dimensões, as quais são comuns a diversas psicopatologias?

Limitações e Pesquisas Futuras

A amostra de participantes de brasileiros residentes no Brasil utilizada neste estudo, analisada sob a ótica sociodemográfica, não representa perfeitamente as características da população brasileira, sendo essa principal limitação para este estudo. Esta questão é observada quanto à distribuição geográfica dos participantes, em que, por exemplo, a região Centro-Oeste foi a segunda em participações com 33%, sendo a menos habitada no Brasil, com cerca de 8%, segundo Censo do IBGE. Também se apresentou desigual a distribuição por gênero 73% feminino e 27% masculino, enquanto os percentuais reais se aproximam da metade. Ainda, a desigualdade de escolaridade é outro fator, tendo sido a nossa amostra com 91% de participantes tendo iniciado ou concluído o ensino superior, enquanto a população brasileira apresenta esse percentual em apenas 21%. Assim, estudos mais representativos são recomendados para melhor generalização dos resultados.

Outra limitação se refere à manutenção da motivação dos participantes em concluir o protocolo de pesquisa. Nesse estudo foi informado que ao fim seria oferecido um pequeno

relatório sobre as características da personalidade do respondente, não sendo utilizado outros procedimentos motivacionais que gerassem maior adesão. Cerca de 25% das pessoas que iniciaram o protocolo de pesquisa desistiram logo após responderem ao questionário sociodemográfico, sem enviar respostas de qualquer instrumento. Também se considera o fato de que boa parte da população brasileira não tem acesso, de alguma forma, a meios virtuais de interação, sendo interessante a aplicação de coleta de dados por meio de formulários físicos. Por fim, futuros estudos ainda podem focar nos índices de ajuste das facetas que nesse estudo tiveram algum tipo de problema. Também, encorajam-se novos estudos que identifiquem a natureza da dimensão Anancastia.

Conclusão

O fundamento de uma abordagem dimensional é que os TPs são mais bem compreendidos como um *continuum* da personalidade normal em seu funcionamento básico, não sendo uma questão de diferença de qualidade mais de quantidade (Widiger, 1993; Widiger et al, 2009). Assim, os traços patológicos da personalidade e os traços normativos da personalidade tendem a estar fortemente relacionados (Krueger et al., 2008; Samuel & Widiger, 2008). Essa relação também foi encontrada neste estudo aumentando a evidência de validade dessa premissa. No processo de desenvolvimento da CID-11 (Tyrer et al., 2011), a inclusão de facetas para descrever os traços patológicos da personalidade (como foi feito no modelo alternativo do DSM-5) foi considerada não essencial para o diagnóstico, proporcionando uma complexidade desnecessária. Por outro lado, se questiona a capacidade de um modelo estruturado apenas no nível de domínios amplos capturar toda a amplitude fenotípica e fenomenológica da variação observada do funcionamento anormal da personalidade (Wright, 2011). Desse modo, o FFiCD foi desenvolvido com o objetivo de prover uma descrição detalhada da patologia da personalidade.

O modelo dimensional dos TPs da CID-11 passa a dar ênfase no nível de gravidade dos sintomas e implicações na vida do indivíduo causados pelos traços patológicos de personalidade, sendo esse o diagnóstico essencial. A descrição dos traços pelos domínios é apenas complementar, oferecendo nesse conjunto um modelo útil e simples de diagnóstico. No entanto, o diagnóstico pelos domínios é um complemento que informará qual possível intervenção será mais útil para tratar o TP (Tyrrer et al, 2019). Para a avaliação dos domínios da personalidade nesse modelo, podem ser usados os instrumentos simples e com poucos itens, tais quais o PiCD (Oltmanns & Widiger, 2018), o PID-5-BF+M (Bach et al., 2020) e a versão do MMPI-2-RF (Anderson & Sellbom, 2021). Contudo, para avaliar detalhes dos domínios, por meio de facetas, o PID-5-BF+M e o FFiCD se mostram como boas opções. Agora, somente o FFiCD consegue trazer informações minuciosas ao nível de nuances.

A utilidade clínica do FFiCD é possibilitar um maior detalhamento do conjunto de traços patológicos da personalidade ao nível da faceta, hierarquicamente submetida a um dos cinco domínios, descrevendo de forma mais específica e individualizada a personalidade. Seu uso é opcional, podendo por um lado trazer complexidade a avaliação, mas, por outro, indicará informações úteis sobre a natureza do TP do indivíduo. Como exemplifica Oltmanns e Widiger (2020), um paciente com alto escore no domínio afetividade negativa pode ter a pontuação elevada por diferentes razões, podendo o tratamento ser direcionado a estratégias de controle de raiva enquanto para outro paciente o foco poderá ser desenvolver estratégias para lidar com a ansiedade ou sentimentos de vulnerabilidade.

A versão brasileira do FFiCD-Br apresentou, neste estudo, adequadas qualidades psicométricas, sendo indicada a sua aplicação na população brasileira. Foram observadas a validade estrutural, convergente e concorrente do instrumento assim como indicadores de fidedignidade de consistência interna e estabilidade temporal.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Anderson, J. L., & Sellbom, M. (2021). Assessing ICD-11 personality trait domain qualifiers with the MMPI-2-RF. *Journal of Clinical Psychology, 77*(4), 1090–1105.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23099>.
- Arslan, R. C., Walther, M. P., & Tata, C. S. (2020). formr: A study framework allowing for automated feedback generation and complex longitudinal experience-sampling studies using R. *Behavior Research Methods, 52*(1), 376–387. <https://doi.org/10.3758/s13428-019-01236-y>.
- Bach, B., Brown, T. A., Mulder, R. T., Newton-Howes, G., Simonsen, E., & Sellbom, M. (2021). Development and initial evaluation of the ICD-11 personality disorder severity scale: PDS-ICD-11. *Personality and Mental Health, 15*(3), 223–236.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1510>.
- Bach, B., Kerber, A., Aluja, A., Bastiaens, T., Keeley, J. W., Claes, L., Fossati, A., Gutierrez, F., Oliveira, S., Pires, R., Riegel, K. D., Rolland, J. P., Roskam, I., Sellbom, M., Somma, A., Spanemberg, L., Strus, W., Thimm, J. C., Wright, A., & Zimmermann, J. (2020). International Assessment of DSM-5 and ICD-11 Personality Disorder Traits: Toward a Common Nosology in DSM-5.1. *Psychopathology, 53*(3-4), 179–188.
<https://doi.org/10.1159/000507589>.
- Bach, B., Sellbom, M., Kongerslev, M., Simonsen, E., Krueger, R. F., & Mulder, R. (2017). Deriving ICD-11 personality disorder domains from dsm-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 136*(1), 108–117.
<https://doi.org/10.1111/acps.12748>.

- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, *25*(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Artmed.
- Clark, L. A., Nuzum, H., & Ro, E. (2018). Manifestations of personality impairment severity: comorbidity, course/prognosis, psychosocial dysfunction, and 'borderline' personality features. *Current Opinion in Psychology*, *21*, 117–121. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.12.004>.
- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R., & Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*, *25*(3), 321–330. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.321>.
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(3), 816–821. <https://doi.org/10.1037/a0032822>.
- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting test into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda & C. D. Spielberger. (Eds.). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). LEA.
- IBM SPSS Statistics (v.23, SPSSInc., Chicago, IL) [Computer software].
- International Test Commission (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes* (2nd edition). <https://www.intestcom.org/>.
- JASP Team (2021). JASP (versão 0.15)[Computer software].

- Kim, Y. R., Blashfield, R., Tyrer, P., Hwang, S. T., & Lee, H. S. (2014). Field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 1. Severity of personality disturbance. *Personality and Mental Health, 8*(1), 67–78. <https://doi.org/10.1002/pmh.1248>.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*(09), 1879-1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM–5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 477–501. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2005). Externalizing psychopathology in adulthood: A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 537–550. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.537>.
- Lai, K., & Green, S. B. (2016). The Problem with Having Two Watches: Assessment of Fit When RMSEA and CFI Disagree. *Multivariate Behavioral Research, 51*(2-3), 220–239. <https://doi.org/10.1080/00273171.2015.1134306> .
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality, 60*(2), 175-215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- Mulder, R. T., Horwood, J., Tyrer, P., Carter, J., & Joyce, P. R. (2016). Validating the proposed ICD-11 domains. *Personality and Mental Health, 10*, 84–95. <http://dx.doi.org/10.1002/pmh.1336>.

- Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Primi, R., & Krueger, R. F. (in press). Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in Brazilian Samples. *Psico-USF*.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*, 30(2), 154–169. <https://doi.org/10.1037/pas0000459>.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2020). The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11: A facet-level assessment of the ICD-11 trait model. *Psychological Assessment*, 32(1), 60–71. <https://doi.org/10.1037/pas0000763>.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM–IV–TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1326–1342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.002>.
- Soto, C. J., & John, O. P. (2017). Short and extra-short forms of the Big Five Inventory–2: The BFI-2-S and BFI-2-XS. *Journal of Research in Personality*, 68, 69–81 <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.02.004>.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of personality assessment*, 80(1), 99–103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., Kim, Y.-R., Koldobsky, N., Lecic-Tosevski, D., Ndeti, D., Swales, M., Clark, L. A., & Reed, G. M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the international classification of diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5(4), 246–259. <https://doi.org/10.1002/pmh.190>.
- Tyrer, P., Crawford, M., Sanatinia, R., Tyrer, H., Cooper, S., Muller-Pollard, C., Christodoulou, P., Zauter-Tutt, M., Miloskeska-Reid, K., Loebenberg, G., Guo, B., Yang,

- M., Wang, D., & Weich, S. (2014). Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder in practice. *Personality and Mental Health, 8*(4), 254–263.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1275>.
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., & Crawford, M. J. (2019). The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 481–502.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>.
- Widiger, T. A. (1993). The DSM–III–R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry, 4*, 75–90.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli0402_1.
- Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Clark, L. A. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment, 21*, 243–255
<https://doi.org/10.1037/a0016606>.
- Wright, A. G. (2011). Qualitative and quantitative distinctions in personality disorder. *Journal of Personality Assessment, 93*(4), 370–379.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577477>.
- World Health Organization. (2019). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version 05/2021. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods, 51*(1), 409–428. <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>.

Material Suplementar

Tabela S 1. Estatísticas Descritivas e de Consistência Interna do FFiCD-Br (n = 1.962)

Domínio/Faceta	M	DP	α	MCI	Nuance	M	DP	α	MCI
<i>Afetividade Negativa</i>	3,23	0,82	0,96	0,39					
Ansiedade	3,42	0,94	0,82	0,44	Apreensão de Avaliação	3,56	1,11	0,69	0,53
					Insegurança de Separação	3,26	1,16	0,59	0,42
					Ansiedade Social	3,44	1,10	0,71	0,55
Vulnerabilidade	3,63	0,83	0,70	0,32	Fragilidade	3,52	0,86	0,52	0,27
					Necessidade de Admiração	3,78	1,07	0,57	0,40
Labilidade Emocional	2,86	1,11	0,92	0,66	Desregulação Afetiva	3,02	1,14	0,84	0,64
					Mudança Emocional Rápida	2,70	1,19	0,88	0,72
Raiva	3,25	0,94	0,85	0,49	Raiva Desregulada	3,27	1,12	0,67	0,51
					Raiva Reativa	3,53	0,97	0,62	0,45
					Irritação	2,97	1,15	0,76	0,62
Depressividade	3,02	1,04	0,89	0,49	Inadequação Interpessoal	3,43	1,23	0,76	0,61
					Suicidalidade	2,63	1,47	0,88	0,78
					Pessimismo	3,06	1,14	0,74	0,58
					Falta de Valor	2,98	1,22	0,76	0,61
Vergonha	3,38	0,88	0,82	0,45	Preocupação com a imagem de si	2,89	1,02	0,69	0,42
					Humilhação	3,87	0,94	0,79	0,56
Desconfiança	3,16	1,00	0,73	0,47					
<i>Distanciamento</i>	2,65	0,76	0,86	0,31					
Distanciamento Social	3,04	1,02	0,78	0,47	Isolamento Social	3,10	1,27	0,87	0,76
					Frieza	2,97	1,14	0,77	0,63
Distanciamento Emocional	2,30	0,89	0,80	0,39	Anedonia	2,29	1,14	0,73	0,58
					Anedonia Social	2,68	1,20	0,75	0,60
					Anedonia Física	1,96	0,94	0,51	0,35
Inassertividade	2,81	0,85	0,54	0,28					
<i>Anancastia</i>	3,18	0,57	0,85	0,21					
Perfeccionismo	3,11	0,76	0,74	0,32	Meticulosidade	2,91	1,01	0,76	0,52
					Escrupulosidade	3,31	0,85	0,68	0,42
Vício em Trabalho	3,12	0,79	0,72	0,30	Preocupação com o Trabalho	2,94	1,03	0,74	0,49
					Obstinação	3,30	0,88	0,63	0,36
Inflexibilidade	3,25	0,61	0,74	0,23	Aversividade ao Risco	3,37	0,89	0,48	0,32
					Dogmatismo	3,00	0,95	0,68	0,42
					Pensamento Ruminativo	3,65	0,90	0,83	0,63
					Rigidez	2,90	0,89	0,46	0,30
<i>Dissociabilidade</i>	2,10	0,58	0,86	0,23					
Egocentrismo	2,13	0,61	0,67	0,21	Arrogância	2,29	1,00	0,53	0,36
					Egoísmo	1,72	0,76	0,46	0,30

					Superioridade	2,04	0,86	0,46	0,30
					Vaidade	2,47	0,99	0,43	0,28
Falta de Empatia	1,99	0,74	0,82	0,36	Exploração	1,91	0,99	0,76	0,63
					Insensibilidade	1,87	0,72	0,59	0,33
					Manipulação	2,38	0,86	0,49	0,25
Agressividade	2,22	0,79	0,70	0,29	Agressão Física	2,17	1,07	0,53	0,36
					Agressão Verbal	2,09	0,92	0,44	0,32
					Agressão Passiva	2,41	1,15	0,70	0,54
Desinibição	2,52	0,71	0,92	0,32					
Imprudência	2,89	0,88	0,82	0,43	Comportamento Imprudente	2,74	0,93	0,69	0,42
					Pensamento Imprudente	3,05	1,03	0,79	0,56
Irresponsabilidade	2,54	0,86	0,88	0,41	Impersistência	2,64	1,13	0,85	0,66
					Distraibilidade	2,43	1,00	0,74	0,49
					Inaptidão	2,51	0,97	0,58	0,41
					Negligência	2,24	1,08	0,56	0,39
Desordem	2,37	0,86	0,76	0,39	Desorganização	2,45	0,99	0,77	0,53
					Discurso Desorganizado	2,25	1,12	0,84	0,72
Busca de Sensação	2,19	0,87	0,66	0,40					

Nota. FFiCD, Five-Factor Personality Inventory for ICD-11; α , alfa de Cronbach; MCI, média de correlação inter-item.

Tabela S 2. Correlação entre Domínios, Facetas e Nuances do FFiCD-Br com PID-5-BF+M e BFI-S-2

FFiCD Domínio / Faceta / Nuance	PID-5-BF+M										
	AN ^c	DN ^c	DT ^c	AT ^c	AC ^c	PSI ^c	N ^d	C ^d	BFI-S-2		
								E ^d	A ^d	O ^d	
Afetividade	0,75^a	0,57^a	0,52^a	0,33 ^a	0,29 ^a	0,45^a	0,86^a	-0,43^a	-0,52^a	-0,38 ^a	-0,16 ^a
<i>Negativa</i>											
Ansiedade	0,72^a	0,47^a	0,39 ^a	0,22 ^a	0,28 ^a	0,36 ^a	0,69^a	-0,36 ^a	-0,49^a	-0,24 ^a	-0,12 ^a
<i>Ansiedade Social</i>	0,53^a	0,37 ^a	0,43^a	0,14 ^a	0,24 ^a	0,30 ^a	0,56^a	-0,27 ^a	-0,52^a	-0,23 ^a	-0,11 ^a
<i>Apreensão de Avaliação</i>	0,67^a	0,41^a	0,35 ^a	0,19 ^a	0,30 ^a	0,32 ^a	0,64^a	-0,32 ^a	-0,39 ^a	-0,20 ^a	-0,09 ^a
<i>Insegurança de Separação</i>	0,62^a	0,40^a	0,21 ^a	0,23 ^a	0,18 ^a	0,29 ^a	0,54^a	-0,31 ^a	-0,33 ^a	-0,19 ^a	-0,11 ^a
Depressividade	0,63^a	0,48^a	0,53^a	0,26 ^a	0,21 ^a	0,38 ^a	0,76^a	-0,42^a	-0,55^a	-0,31 ^a	-0,16 ^a
<i>Falta de Valor</i>	0,56^a	0,43^a	0,47^a	0,15 ^a	0,13 ^a	0,27 ^a	0,67^a	-0,37 ^a	-0,52^a	-0,28 ^a	-0,22 ^a
<i>Pessimismo</i>	0,50^a	0,37 ^a	0,51^a	0,23 ^a	0,17 ^a	0,31 ^a	0,67^a	-0,38 ^a	-0,49^a	-0,32 ^a	-0,16 ^a
<i>Suicidalidade</i>	0,45^a	0,42^a	0,48^a	0,28 ^a	0,17 ^a	0,42^a	0,60^a	-0,32 ^a	-0,38 ^a	-0,29 ^a	-0,03
Desconfiança	0,46^a	0,37 ^a	0,43^a	0,36 ^a	0,25 ^a	0,43 ^a	0,58^a	-0,27 ^a	-0,33 ^a	-0,48^a	-0,06
Labilidade Emocional	0,66^a	0,59^a	0,49^a	0,35 ^a	0,20 ^a	0,46^a	0,81^a	-0,42^a	-0,37 ^a	-0,37 ^a	-0,15 ^a
<i>Desregulação Afetiva</i>	0,67^a	0,55^a	0,44^a	0,31 ^a	0,19 ^a	0,40^a	0,80^a	-0,41^a	-0,38 ^a	-0,33 ^a	-0,16 ^a
<i>Mudança Emocional Rápida</i>	0,60^a	0,58^a	0,49^a	0,36 ^a	0,19 ^a	0,47^a	0,76^a	-0,40^a	-0,34 ^a	-0,37 ^a	-0,12 ^a
Raiva	0,59^a	0,46^a	0,38 ^a	0,36 ^a	0,26 ^a	0,40^a	0,78^a	-0,29 ^a	-0,29 ^a	-0,46 ^a	-0,14 ^a
<i>Irritação</i>	0,49^a	0,42^a	0,39 ^a	0,32 ^a	0,20 ^a	0,37 ^a	0,72^a	-0,26 ^a	-0,26 ^a	-0,46^a	-0,14 ^a
<i>Raiva Desregulada</i>	0,58^a	0,43^a	0,34 ^a	0,31 ^a	0,26 ^a	0,35 ^a	0,73^a	-0,26 ^a	-0,27 ^a	-0,38 ^a	-0,13 ^a
<i>Raiva Reativa</i>	0,45^a	0,35 ^a	0,24 ^a	0,30 ^a	0,21 ^a	0,30 ^a	0,57^a	-0,23 ^a	-0,22 ^a	-0,37 ^a	-0,11 ^a
Vergonha	0,61^a	0,45^a	0,43^a	0,24 ^a	0,27 ^a	0,33 ^a	0,67^a	-0,34 ^a	-0,50^a	-0,28 ^a	-0,14 ^a
<i>Preocupação com a imagem de si</i>	0,56^a	0,46^a	0,46^a	0,21 ^a	0,24 ^a	0,37 ^a	0,62^a	-0,32 ^a	-0,53^a	-0,29 ^a	-0,14 ^a
<i>Humilhação</i>	0,54^a	0,35 ^a	0,31 ^a	0,22 ^a	0,24 ^a	0,23 ^a	0,58^a	-0,29 ^a	-0,36 ^a	-0,21 ^a	-0,12 ^a
Vulnerabilidade	0,67^a	0,43^a	0,33 ^a	0,16 ^a	0,22 ^a	0,29 ^a	0,67^a	-0,35 ^a	-0,47^a	-0,15 ^a	-0,12 ^a
<i>Fragilidade</i>	0,61^a	0,41^a	0,33 ^a	0,16 ^a	0,20 ^a	0,30 ^a	0,62^a	-0,32 ^a	-0,44^a	-0,16 ^a	-0,10 ^a
<i>Necessidade de Admiração</i>	0,56^a	0,35 ^a	0,25 ^a	0,12 ^a	0,18 ^a	0,20 ^a	0,57^a	-0,28 ^a	-0,38 ^a	-0,10 ^a	-0,11 ^a
Desinibição	0,54^a	0,76^a	0,40^a	0,40^a	-0,03	0,44^a	0,60^a	-0,75^a	-0,39 ^a	-0,33 ^a	-0,16 ^a
Busca de Sensação	0,26 ^a	0,43^a	0,22 ^a	0,40^a	0,04	0,40^a	0,25 ^a	-0,26 ^a	0,01	-0,25 ^a	0,03
Desordem	0,33 ^a	0,61^a	0,34 ^a	0,24 ^a	-0,13 ^a	0,35 ^a	0,41	-0,71^a	-0,41^a	-0,23 ^a	-0,18 ^a
<i>Desorganização</i>	0,27 ^a	0,57^a	0,24 ^a	0,23 ^a	-0,25 ^a	0,28 ^a	0,33 ^a	-0,76^a	-0,27 ^a	-0,18 ^a	-0,11 ^a
<i>Discurso Desorganizado</i>	0,28 ^a	0,41^a	0,34 ^a	0,16 ^a	0,09 ^a	0,29 ^a	0,35 ^a	-0,34 ^a	-0,42^a	-0,20 ^a	-0,20 ^a
Imprudência	0,53^a	0,67^a	0,30 ^a	0,38 ^a	0,07 ^b	0,39 ^a	0,59	-0,51^a	-0,21 ^a	-0,32 ^a	-0,11 ^a
<i>Comportamento Imprudente</i>	0,44^a	0,65^a	0,26 ^a	0,31 ^a	0,00	0,35 ^a	0,46^a	-0,49^a	-0,16 ^a	-0,23 ^a	-0,09 ^a
<i>Pensamento Imprudente</i>	0,51^a	0,55^a	0,29 ^a	0,36 ^a	0,13 ^a	0,36 ^a	0,57^a	-0,43^a	-0,21 ^a	-0,34 ^a	-0,10 ^a
Irresponsabilidade	0,52^a	0,64^a	0,36 ^a	0,32 ^a	-0,01	0,33 ^a	0,58	-0,71^a	-0,44^a	-0,28 ^a	-0,16 ^a
<i>Distraibilidade</i>	0,41^a	0,52^a	0,26 ^a	0,24 ^a	-0,07 ^b	0,22 ^a	0,42^a	-0,63^a	-0,35 ^a	-0,17 ^a	-0,15 ^a
<i>Impersistência</i>	0,40^a	0,56^a	0,33 ^a	0,25 ^a	-0,07 ^b	0,26 ^a	0,48^a	-0,66^a	-0,43^a	-0,24 ^a	-0,18 ^a
<i>Inaptidão</i>	0,53^a	0,56^a	0,32 ^a	0,25 ^a	0,03	0,31 ^a	0,51^a	-0,55^a	-0,38 ^a	-0,17 ^a	-0,17 ^a
<i>Negligência</i>	0,32 ^a	0,52^a	0,28 ^a	0,29 ^a	-0,01	0,34 ^a	0,37 ^a	-0,52^a	0,23 ^a	-0,26 ^a	-0,02

Distanciamento	0,34 ^a	0,34 ^a	0,76^a	0,26 ^a	0,23 ^a	0,41^a	0,51^a	-0,30 ^a	-0,67^a	-0,48^a	-0,21 ^a
Distanciamento Emocional	0,26 ^a	0,36 ^a	0,74^a	0,33 ^a	0,22 ^a	0,42^a	0,46^a	-0,27 ^a	-0,51^a	-0,50^a	-0,19 ^a
<i>Anedonia</i>	0,27 ^a	0,27 ^a	0,61^a	0,22 ^a	0,20 ^a	0,35 ^a	0,43^a	-0,23 ^a	-0,51^a	-0,37 ^a	-0,16 ^a
<i>Anedonia Física</i>	0,24 ^a	0,34 ^a	0,57^a	0,28 ^a	0,15 ^a	0,30 ^a	0,40^a	-0,25 ^a	-0,33 ^a	-0,31 ^a	-0,18 ^a
<i>Anedonia Social</i>	0,14 ^a	0,27 ^a	0,62^a	0,31 ^a	0,17 ^a	0,37 ^a	0,31 ^a	-0,19 ^a	-0,40^a	-0,50^a	-0,15 ^a
Distanciamento Social	0,30 ^a	0,20 ^a	0,62^a	0,22 ^a	0,27 ^a	0,37 ^a	0,41^a	-0,17 ^a	-0,56^a	-0,43^a	-0,07 ^b
<i>Frieza</i>	0,12 ^a	0,06	0,43^a	0,14 ^a	0,25 ^a	0,25 ^a	0,19 ^a	-0,00	-0,44 ^a	-0,33 ^a	-0,06
<i>Isolamento Social</i>	0,36 ^a	0,27 ^a	0,61^a	0,23 ^a	0,21 ^a	0,37 ^a	0,49^a	-0,28 ^a	-0,51^a	-0,39 ^a	0,07 ^b
Inassertividade	0,30 ^a	0,27 ^a	0,39 ^a	-0,05	0,01	0,13 ^a	0,36 ^a	-0,33 ^a	-0,61^a	-0,15 ^a	-0,29 ^a
<i>Dissociabilidade</i>	0,22 ^a	0,38 ^a	0,37 ^a	0,76^a	0,18 ^a	0,49^a	0,26 ^a	-0,22 ^a	0,01	-0,64^a	0,04
Agressividade	0,30 ^a	0,41^a	0,34 ^a	0,51^a	0,14 ^a	0,47^a	0,37 ^a	-0,24 ^a	-0,01	-0,50^a	0,08 ^b
<i>Agressão Física</i>	0,19 ^a	0,33 ^a	0,23 ^a	0,34 ^a	0,05	0,37 ^a	0,27 ^a	-0,20 ^a	-0,03	-0,31 ^a	0,04
<i>Agressão Passiva</i>	0,17 ^a	0,32 ^a	0,27 ^a	0,36 ^a	0,05	0,34 ^a	0,24 ^a	-0,18 ^a	-0,01	-0,36 ^a	-0,15 ^a
<i>Agressão Verbal</i>	0,32 ^a	0,29 ^a	0,28 ^a	0,48^a	0,24 ^a	0,36 ^a	0,35 ^a	-0,16 ^a	0,02	-0,48^a	-0,01
Egocentrismo	0,19 ^a	0,31 ^a	0,25 ^a	0,68^a	0,18 ^a	0,38 ^a	0,18 ^a	-0,15 ^a	0,07 ^b	-0,52^a	0,03
<i>Arrogância</i>	0,12 ^a	0,19 ^a	0,23 ^a	0,56^a	0,22 ^a	0,35 ^a	0,15 ^a	-0,10 ^a	0,03	-0,54^a	0,04
<i>Egoísmo</i>	0,08 ^b	0,24 ^a	0,32 ^a	0,46^a	0,08 ^b	0,25 ^a	0,13 ^a	-0,16 ^a	-0,13 ^a	-0,49^a	-0,08 ^b
<i>Superioridade</i>	0,17 ^a	0,22 ^a	0,13 ^a	0,49^a	0,09 ^a	0,23 ^a	0,17 ^a	-0,17 ^a	-0,02	-0,36 ^a	-0,07 ^b
<i>Vaidade</i>	0,15 ^a	0,19 ^a	0,03	0,35 ^a	0,08 ^b	0,21 ^a	0,04	-0,00	0,26 ^a	-0,06	0,16 ^a
Falta de Empatia	0,10 ^a	0,26 ^a	0,36 ^a	0,73^a	0,13 ^a	0,41^a	0,14 ^a	-0,17 ^a	-0,03	-0,58^a	-0,01
<i>Exploração</i>	0,11 ^a	0,24 ^a	0,28 ^a	0,68^a	0,07 ^b	0,31 ^a	0,15 ^a	-0,17 ^a	-0,06	-0,49^a	-0,04
<i>Insensibilidade</i>	-0,04	0,14 ^a	0,30 ^a	0,42^a	0,13 ^a	0,27 ^a	0,01	-0,07 ^b	-0,05	-0,50^a	-0,10 ^a
<i>Manipulação</i>	0,32 ^a	0,37 ^a	0,41^a	0,67^a	0,19 ^a	0,47^a	0,35 ^a	-0,26 ^a	-0,14 ^a	-0,47^a	0,05
<i>Anancastia</i>	0,06	-0,24 ^a	0,12 ^a	-0,01	0,66^a	0,11 ^a	0,02	0,44^a	-0,03	0,06	0,08 ^b
Inflexibilidade	-0,05	-0,29 ^a	0,10 ^a	-0,07 ^b	0,45^a	0,01	-0,08 ^b	0,33 ^a	-0,11 ^a	0,01	-0,01
<i>Aversividade ao Risco</i>	0,11 ^a	-0,08 ^a	0,17 ^a	0,04	0,33 ^a	0,08 ^a	0,20 ^a	0,00	-0,23 ^a	-0,14 ^a	-0,08 ^b
<i>Dogmatismo</i>	-0,04	-0,13 ^a	-0,01	-0,11 ^a	0,28 ^a	-0,04	-0,06	0,21 ^a	-0,01	0,12 ^a	-0,09 ^a
<i>Pensamento Ruminativo</i>	-0,16 ^a	-0,40^a	0,01	-0,13 ^a	0,29 ^a	-0,06	-0,20 ^a	0,38 ^a	-0,01	0,06	0,17 ^a
<i>Rigidez</i>	0,02	-0,10 ^a	0,20 ^a	0,09 ^a	0,34 ^a	0,10 ^a	-0,07 ^b	0,21 ^a	-0,12 ^a	-0,09 ^a	-0,07 ^b
Perfeccionismo	0,14 ^a	-0,14 ^a	0,14 ^a	0,03	0,69^a	0,16 ^a	0,08 ^b	0,36 ^a	-0,05	-0,07 ^b	0,07 ^b
<i>Escrupulosidade</i>	-0,05	-0,23 ^a	-0,03	-0,12 ^a	0,37 ^a	-0,03	-0,08 ^b	0,34 ^a	-0,01	0,09 ^a	-0,02
<i>Meticulosidade</i>	0,25 ^a	-0,01	0,23 ^a	0,14 ^a	0,72^a	0,27 ^a	0,18 ^a	0,26 ^a	-0,07 ^b	-0,18 ^a	0,13 ^a
Vício em Trabalho	0,08 ^b	-0,15 ^a	0,04	0,05	0,50^a	0,14 ^a	0,06	0,40^a	0,11 ^a	-0,09 ^a	0,15 ^a
<i>Preocupação com o Trabalho</i>	0,10 ^a	-0,03	0,10 ^a	0,05	0,38 ^a	0,12 ^a	0,15 ^a	0,16 ^a	0,00	-0,12 ^a	0,08 ^b
<i>Obstinação</i>	0,02	-0,23 ^a	-0,04	0,03	0,44^a	0,10 ^a	-0,07 ^b	0,52^a	0,21 ^a	-0,02	0,18 ^a

^a A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades). ^b A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades). ^c amostra independente, $n = 968$ ^d amostra independente, $n = 900$. AN = Afetividade Negativa; DN = Desinibição; DT = Distanciamento; AT = Antagonismo; AC = Anancastia; PS = Psicotismo; N = Neuroticismo; Conscienciosidade = s; E = Extroversão; A = Amabilidade; O = Abertura à Experiência;

Artigo 4: Qualificador de Padrão Borderline da CID-11: Validade da Borderline Pattern Scale (BPS)

Resumo

O objetivo deste trabalho foi adaptar o instrumento *Borderline Pattern Scale* (BPS) ao contexto brasileiro e investigar as qualidades psicométricas. O BPS avalia o qualificador padrão borderline (6D11.5) da CID-11. Participaram do estudo 2.224 pessoas de uma amostra da comunidade, de forma online. Foram realizadas análises fatoriais e correlacionais, estas entre o BPS-Br e o SAS-PD (*Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder*), o LPFS-BF 2.0 (*Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0*), o IPO-Br-R (*Inventory of Personality Organization – brazilian version*) e o PID-5-BF+M (*Personality Inventory for DSM-5-Brief Form Plus Modified*). Comparou-se as diferenças entre grupos com presença e ausência de indicadores clínicos. Encontrou-se correlações moderadas e fortes entre o BPS-Br e os fatores afetividade negativa e desinibição do PID-5-BF+M e bons indicadores de capacidade de diferenciar pessoas e de explicação para a gravidade de sintomas dos TPs, indicando validade e utilidade clínica do BPS-Br.

Palavras-chave: transtorno de personalidade borderline, CID-11, BPS, validade

Abstract

The objective of this study was to adapt the Borderline Pattern Scale (BPS) instrument to the Brazilian context and investigate its psychometric qualities. The BPS evaluated the standard borderline qualifier (6D11.5) of the ICD-11 (International Classification of Diseases). 2,224 people from a community sample participated in the study, online. Factorial and correlational analyzes were performed, these between BPS-Br and SAS-PD (Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder), LPFS-BF 2.0 (Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0), IPO-Br-R (Inventory of Personality Organization – brazilian version) and PID-5-BF+M (Personality Inventory for DSM-5-Brief Form Plus Modified). Differences between groups with and without presence clinical indicators were compared. Moderate and strong correlations were found between the BPS and the negative affectivity and disinhibition factors of the PID-5-BF + M and the good indicators of the ability to differentiate people and to explain the severity of symptoms of PDs, indicating validity and clinical usefulness of the BPS-Br.

Keywords: borderline personality disorder, ICD-11, BPS, validity

Qualificador de Padrão Borderline da CID-11: Validade da Borderline Pattern Scale (BPS)

Dentre os transtornos de personalidade, o *borderline* (TPB) é um dos mais estudados por pesquisadores na área de saúde mental (Blashfield & Intoccia, 2000; Fonagy et al., 2011; Tyrer et al., 2019). Em muitos países é o único diagnóstico de transtorno da personalidade (TP) que possibilita o reembolso ou pagamento do custo de tratamento pelos seguros de saúde (Tyrer et al., 2019). Esses fatos, dentre outros, foram argumentos para a inclusão do “qualificador padrão *borderline*” no modelo dimensional de TP adotado pela Classificação Internacional de Doenças, em sua 11ª edição (CID-11), da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O novo modelo de TP da CID-11 é de abordagem dimensional e inclui uma dimensão da gravidade da disfunção da personalidade, a essência do diagnóstico, um modelo multidimensional de traços patológicos da personalidade com cinco domínios, quais sejam, afetividade negativa, desinibição, distanciamento, dissociabilidade e anancastia, e um qualificador padrão *borderline* (OMS, 2019; Bach & First, 2018). Esse modelo de TP visa a substituição do então vigente modelo categórico da CID-10, abandonando a classificação em categorias nosológicas distintas (TP paranoide, histriônico, esquizoide, dependente etc.).

O modelo dimensional original, ou puro, de TPs para a CID-11 não incluía o qualificador padrão *borderline*. O entendimento do Grupo de Trabalho da CID-11 para os TPs era que os cinco domínios de traços, isoladamente ou em combinações entre si, já abrangeriam todas as categorias de TPs do modelo da CID-10. Não havia necessidade para a inclusão de um domínio *borderline* específico. Por sua vez, as evidências que existem indicariam que o TP *borderline* é um transtorno heterogêneo, abrangendo mais de um domínio de traço (afetividade negativa, desinibição e dissociabilidade; Clark et al., 2018; Tyrer et al., 2019).

A inclusão do TP *borderline* em um modelo dimensional, que descreve as características da personalidade por domínios de traços, aconteceu para aumentar a aceitação da proposta original principalmente pelos pesquisadores e clínicos que trabalham com a categoria *borderline*. No processo final para a aprovação da CID-11, conforme apresentado por Tyrer et. al. (2019), a Sociedade Europeia para o Estudo de Transtornos da Personalidade (ESSPD), com apoio de alguns membros da Sociedade Internacional para o Estudo de Transtornos da Personalidade (ISSPD) e do grupo envolvido na Taxonomia Hierárquica de Psicopatologia (HiTOP), reacendeu as críticas que outrora eram feitas ao modelo dimensional previsto para a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) e que veio a se tornar o modelo híbrido da Seção III do DSM-5. As principais críticas eram que a mudança do modelo categórico para o dimensional seria muito radical e que o novo modelo implicaria risco de perda ou de distorção dos conhecimentos desenvolvidos nos últimos anos sobre o TP *borderline* (Tyrer et al., 2019). A insatisfação com o modelo categórico era predominante, mas, para os críticos, o custo da perda do diagnóstico *borderline* seria mais prejudicial do que manter o *status quo* (Tyrer et al., 2019; embora Herpertz et. al., (2017) relativize a existência de predomínio de insatisfação com as categorias). Por conseguinte, convencionou-se a manutenção da estrutura original do modelo dimensional de gravidade dos TPs, com os cinco domínios de traços, e, como única exceção à proposta original, a inclusão do qualificador padrão *borderline*, sendo este o modelo aprovado pela OMS (Tyrer et al., 2019). Desse modo, o qualificador padrão *borderline* é o único resquício do modelo categórico que permaneceu no novo modelo de TP da CID-11.

Para a avaliação da personalidade quanto à caracterização do qualificador padrão *borderline*, Oltmanns e Widiger (2019) elaboraram a *Borderline Pattern Scale* (BPS), composta por 12 itens que representam os quatro componentes da definição do qualificador.

Segundo a CID-11, o qualificador padrão *borderline* é caracterizado por um padrão generalizado de instabilidade de relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos, bem como impulsividade acentuada. A caracterização dessa definição é indicada pelos quatro componentes da BPS, os quais relacionamos com o texto da CID-11: a) Instabilidade Afetiva (instabilidade emocional devido à reatividade acentuada do humor; sentimentos crônicos de vazio; raiva intensa inadequada ou dificuldade em controlar a raiva); b) Funcionamento Desadaptativo do Self (perturbação da identidade, manifestada em autoimagem ou sentido do self acentuada e persistentemente instável); c) Funcionamento Interpessoal Desadaptativo (esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado; um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis); d) Estratégias de Regulação Desadaptativas (uma tendência a agir precipitadamente em estados de forte afeto negativo, levando a comportamentos potencialmente autodestrutivos; episódios recorrentes de automutilação).

Para o uso desse modelo no Brasil é importante que os métodos de mensuração sejam antes testados cientificamente para se garantir sua qualidade técnica para os fins aos quais se propõem. Dessa forma, o objetivo deste artigo é investigar as propriedades psicométricas da BPS no contexto linguístico cultural brasileiro. Para tanto são apresentados dois estudos. O primeiro tem o objetivo de descrever o processo de adaptação transcultural da BPS para o Brasil e o segundo, o objetivo de analisar as qualidades psicométricas do instrumento em uma amostra de brasileiros.

Estudo I: Adaptação Transcultural da Borderline Pattern Scale para o Português Brasileiro

O Estudo I tem o objetivo de apresentar os procedimentos empregados para a adaptação transcultural da BPS (Oltmanns & Widiger, 2019) ao Brasil. Foram seguidas as etapas propostas por Beaton et al. (2000) e as Diretrizes da *International Test Commission* (ITC) para Tradução e Adaptação de Testes (International Test Commission, 2017).

A autorização dos autores da BPS (Oltmanns & Widiger, 2019) precedeu o início do estudo para sua adaptação ao Brasil. Após, adotou-se os seguintes procedimentos de adaptação divididos em 6 etapas: (1) quatro traduções independentes para o português brasileiro realizada por quatro doutores em psicologia, brasileiros e fluentes nos dois idiomas (português e inglês); (2) síntese das traduções por dois pesquisadores; (3) validação semântica de compreensão com uma amostra da comunidade ($n = 8$, sendo cinco homens e três mulheres, com idades entre 18 e 46 anos, e com a escolaridade máxima de ensino médio completo, todos residentes em quatro das cinco regiões do Brasil, isto é, Centro-Oeste, Nordeste, Sul e Sudeste); (4) avaliação de juízes especialistas (três), todos qualificados como doutores em psicologia e especialistas em avaliação psicológica, além de fluência nos dois idiomas; (5) retrotradução para o inglês por dois tradutores, um norte-americano, residente no Brasil, fluente no português, e uma brasileira com formação superior em Letras (Inglês) e Tradutor e Interprete, e com vivência em país de língua inglesa; e (6) avaliação dos autores originais da BPS. Todos esses procedimentos foram realizados de forma *online*.

Com a aplicação desses procedimentos, a BPS foi adaptada para a cultura e idioma do Brasil resultando na *Borderline Pattern Scale – Brazil* (BPS-Br). A BPS-Br se revelou compreensível para pessoas com nível médio de escolaridade, não havendo expressões idiomáticas regionalizadas que dificultassem a compreensão do conteúdo por brasileiros residentes em qualquer região do país.

Estudo II: Propriedades Psicométricas da *Borderline Pattern Scale – Brazil* (BPS-Br)

O objetivo do Estudo II consiste em investigar as qualidades psicométricas da BPS-Br em uma amostra da população brasileira, que tenha o mínimo de 18 anos de idade e resida no Brasil. São objetivos específicos deste estudo: (1) analisar a estrutura fatorial da BPS-Br; (2) avaliar os níveis de fidedignidade por consistência interna e temporal (teste-reteste); (3) analisar os graus de convergência e discriminação (validade convergente) com outra medida

que avalie os traços patológicos da personalidade conforme o modelo da CID-11; (4) examinar as associações da BPS-Br com medidas de gravidade da patologia da personalidade e com os cinco traços gerais da personalidade (validade concorrente); e (5) investigar a capacidade dos escores da BPS-Br em discriminar participantes com indicadores clínicos dos que não têm indicadores clínicos, bem como daqueles com diagnóstico *borderline* em relação aos que possuam outros diagnósticos psiquiátricos ou nenhum diagnóstico (validade concorrente).

Método

Participantes

Colaboraram com esta pesquisa um total de 2.224 indivíduos (amostra por conveniência), todos brasileiros residentes nas cinco regiões do Brasil, com média de idade de 31,86 anos ($DP = 9,72$, variando de 18 a 73 anos), sendo a maioria do gênero feminino (72,62%), com alta escolaridade (91,19%) e de cor branca (55,13%) (ver detalhes na Tabela 1). Os participantes deste estudo foram classificados em dois grupos com base na presença ou ausência de indicadores clínicos. Foram incluídos no grupo “com indicadores clínicos” aqueles que reportaram uma ou mais das seguintes condições: a) ter diagnóstico psiquiátrico ($n = 703$); b) estar em tratamento com psiquiatra ($n = 494$); c) estar em tratamento psicofarmacológico ($n = 567$).

Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográfico e de Saúde (QDSS): questionário construído para este estudo para descrever a amostra, investigando dados sociodemográficos (idade, gênero, renda, etnia, estado civil etc.) e dados clínicos (diagnóstico psiquiátrico, tratamento psiquiátrico e tratamento psicofarmacológico).

Tabela 1. Características Sociodemográficas e de Saúde da Amostra

	Sem indicadores clínicos		Com indicadores clínicos		Total	
	(n = 1.419)		(n = 805)		(n = 2.224)	
Idade						
Min / Max	18	72	18	73	18	73
M / SD	31,72	9,77	32,10	9,63	31,86	9,72
Gênero						
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Feminino	978	68,92	637	79,13	1.615	72,62
Masculino	437	30,80	154	19,13	591	26,57
Outros	4	0,28	14	0,74	18	0,81
Estado Civil						
Solteiro	820	57,79	442	54,91	1.262	56,74
Casado ou União Estável	9501	35,30	304	37,76	805	36,20
Divorciado	72	5,07	45	5,59	117	5,26
Viúvo	3	0,21	3	0,37	6	0,27
Outro	23	1,62	11	1,37	34	1,53
Região						
Centro-Oeste	492	34,67	225	27,95	717	32,24
Sudeste	452	31,85	340	42,23	792	35,61
Sul	177	12,48	125	15,53	302	13,58
Nordeste	212	14,94	90	11,18	302	13,58
Norte	86	6,06	25	3,11	111	4,99
Etnia						
Branca	763	53,77	463	57,52	1.226	55,13
Preta	157	11,07	73	9,07	230	10,34
Amarela	26	1,83	15	1,86	41	1,84
Parda	452	31,85	244	30,31	696	31,29
Indígena	12	0,85	1	0,12	13	0,59
Outra	9	0,63	9	1,12	18	0,81
Escolaridade						
Pós-Graduação	765	53,91	389	48,32	1.154	51,89
Ensino Superior	561	39,54	313	38,88	874	39,30
Ensino Médio	89	6,27	95	11,80	184	8,27
Ensino Fundamental	4	0,28	8	1,00	12	0,54
Ocupação						
Desempregado	62	4,37	72	8,94	134	6,03
Trabalha	471	33,19	255	31,68	726	32,64
Estuda	455	32,07	226	28,07	681	30,62
Estuda e trabalha	364	25,65	180	22,36	544	24,46
Do Lar	20	1,41	26	3,23	46	2,07
Aposentado	25	1,76	13	1,62	38	1,71
Licença saúde ou maternidade	7	0,49	17	2,11	24	1,08
Outra	15	1,06	16	1,99	31	1,39
Renda em Salários Mínimos (SM)						
Sem renda	53	3,74	46	5,71	99	4,45
Até 1 SM	91	6,41	63	7,83	154	6,92
Acima de 1 SM até 2 SM	276	19,45	147	18,26	423	19,02
Acima de 2 SM até 5 SM	472	33,26	259	32,17	731	32,87
Acima de 5 SM até 10 SM	328	23,12	183	22,73	511	22,98
Acima de 10 SM até 20 SM	158	11,13	76	9,44	234	10,52
Acima de 20 SM	41	2,89	31	3,85	72	3,24
Diagnóstico Psiquiátrico						
Não	1419	100,00	102	12,67	1.521	68,39
Sim	0	0	703	87,33	703	31,61
Tratamento Psiquiátrico						
Não	1419	100,00	311	38,63	1.730	77,79
Sim	0	0	494	61,37	494	22,21
Tratamento Psicológico						
Não	1.151	81,11	413	51,30	1.564	70,32
Sim	268	18,89	392	48,70	660	29,68
Tratamento Psicofarmacológico						
Não	1.419	100,00	238	29,57	1.657	74,50
Sim	0	0	567	70,43	567	25,50

Borderline Pattern Scale BPS (BPS; Oltmanns & Widiger, 2019). Instrumento alvo da presente pesquisa. É uma medida de autorrelato com 12 itens que são respondidos em uma escala de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os itens cobrem os componentes descritivos do qualificador padrão borderline do modelo diagnóstico dos TP da CID-11. Foi usada a versão brasileira derivada do Estudo I.

Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SAS-PD; Olajide et al., 2018). A SASPD é um instrumento de autorrelato com nove itens que são respondidos em uma escala de quatro pontos (0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado e 3 = forte). Tem o propósito de mensurar a gravidade dos TPs segundo as orientações da CID-11. Foi usada a versão brasileira ainda não publicada.

Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0 (LPFS-BF-2.0; Weekers et al., 2019). É uma medida de autorrelato com doze itens que são respondidos em uma escala de quatro pontos (1 = falso ou frequentemente falso, 2 = às vezes ou um pouco falso, 3 = às vezes verdadeiro ou pouco verdadeiro e 4 = muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro), com o propósito de medir o funcionamento da personalidade como descrito na Seção III do DSM-5 e na CID-11. Foi usada a versão brasileira ainda não publicada.

Inventory of Personality Organization – versão brasileira e reduzida (IPO-Br-R, Oliveira & Bandeira, 2011). É uma medida de autorrelato com 20 itens que são respondidos em uma escala de cinco pontos (1 = “Nunca verdadeiro”; 2 = “Raramente verdadeiro”; 3 = “Às vezes verdadeiro”; 4 = “Frequentemente verdadeiro”; 5 = “Sempre verdadeiro”), com o objetivo de avaliar o funcionamento patológico da personalidade de acordo com a teoria da organização da personalidade de Kernberg e Caligor (2005). A versão original do IPO (Lenzenweger et al., 2001) foi adaptada para o Brasil (Oliveira & Bandeira, 2011) e estudos têm indicado evidências de fidedignidade e validade (Hessel et al., 2021; Silveira et al., 2018,

2021). Um estudo, ainda não publicado, reduziu de 83 para 20 itens, com adequadas propriedades psicométricas.

Personality Inventory for DSM-5-Brief Form Plus Modified (PID-5-BF+M; Bach et al., 2020). O PID-5-BF+M é uma medida de autorrelato com 36 itens que são respondidos em uma escala de quatro pontos (0 = nada; 1 = pouco; 2 = moderadamente; 3 = muito). O instrumento usado é uma versão do PID-5 (Krueger et al., 2012) cujo algoritmo foi configurado para cobrir os domínios do modelo alternativo para os transtornos da personalidade do DSM-5 e também o modelo da CID-11 (Bach et al., 2020). Foi usada a versão brasileira adaptada por Oliveira et al. (no prelo).

Procedimentos

Um *survey online* foi elaborado na plataforma www.formr.org (Arslan et al., 2020), com o link posteriormente divulgado em redes sociais, especialmente em diversas comunidades do Facebook, tais quais: de universidades no Brasil, de grupos de apoio a pessoas com transtornos mentais, de pesquisa científica, de pessoas com diferentes afinidades (música, leitura, religião etc.). Também houve publicações do convite para pesquisa por meios de *stories* e publicações no Instagram. A primeira etapa ao acessar o *survey online*, consistia no acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a concordância ao TCLE, o respondente era direcionado à página da pesquisa com os instrumentos na ordem como são apresentados: QDSS, BPS, SASPD, PID-5-BF+M e LPFS-BF-2.0 ou IPO-Br-R. Os três primeiros instrumentos (QDSS, BPS e SASPD) eram respondidos por todos os participantes. Após responder a BPS eles eram randomizados a dois possíveis grupos, um em que responderiam também ao PID-5-BF+M e à LPFS-BF-2.0, ou em outro no qual responderiam ao IPO-Br-R. Foi aplicada essa técnica visando reduzir o tempo em que os participantes responderiam todo o protocolo de pesquisa. Para verificação da atenção contínua do participante ao longo do protocolo de pesquisa foram incluídos itens

de validação de conteúdo entre os itens dos instrumentos da pesquisa (ex.: “mostre que está respondendo com atenção marcando o número 3”). Participantes que fizeram marcações diferentes das requeridas foram excluídos do banco de dados. Para motivar a participação no estudo até o final, no convite para participar da pesquisa era informado que o participante receberia um relatório descritivo de sua personalidade, fundamentado em suas respostas relativas aos instrumentos já validados no Brasil. Por consequência o *survey online* foi aplicado a uma amostra inicial de 2.330 participantes. Considerando o não atendimento ao critério de idade mínima (18 anos), 28 participantes foram excluídos, outros 78 participantes por dar respostas não baseadas em conteúdo, totalizando 106 pessoas excluídas do conjunto de dados e remanescendo 2.224 participantes na amostra.

Com a finalidade de realização posterior de reteste, foi facultado aos participantes indicarem o seu endereço eletrônico (e-mail) para responderem a outras pesquisas. Após quatro semanas enviamos a essas pessoas uma mensagem com o convite para participar da análise de estabilidade temporal (teste-reteste) da BPS. Um novo *survey online* com a BPS foi criado na mesma plataforma usada na primeira aplicação, e o *link* enviado no convite referido. Obtivemos 68 colaborações com esse estudo com os participantes enviando suas respostas em um intervalo de quatro a seis semanas após a primeira participação. O emparelhamento das respostas foi realizado pelo e-mail informado. A coleta de dados dessa pesquisa foi realizada entre os meses de julho e agosto de 2021 e o reteste aplicado no mês de setembro do mesmo ano.

Análise dos Dados

A análise da estrutura fatorial da BPS foi realizada em duas etapas. A amostra de 2.224 participantes foi randomizada e dividida em duas subamostras de igual tamanho ($n = 1.112$) com o fim de proceder a Análise Fatorial Exploratória (AFE) e a Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Para analisar a estrutura fatorial da BPS (Oltmanns & Widiger, 2019)

foi processada uma AFE com o uso de uma matriz policórica e método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS; Asparouhov & Muthen, 2010). O número de fatores a ser retido foi avaliado por meio da técnica da Análise Paralela com permutação dos dados observados (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011) e uso da rotação *Robust Promin* (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019). A adequação do modelo foi analisada pelos índices de ajuste *Root Mean Square Error of Aproximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI). Pela literatura adotada (Brown, 2006), valores de RMSEA devem ser menores que 0,08, e valores de CFI e TLI devem ser acima de 0,90, ou, preferencialmente, 0,95. Por último, nessa etapa foram utilizados os seguintes indicadores de Unidimensionalidade: *Unidimensional Congruence* (UniCo), *Explained Common Variance* (ECV) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings* (MIREAL). Segundo Ferrando e Lorenzo-Seva (2018) valores de UniCo > 0,95, de ECV > 0,85, e de MIREAL < 0,30 sugerem que os dados podem ser tratados como essencialmente unidimensionais. Para AFC, foi testado o modelo resultante da AFE e foi utilizado o estimador RDWLS e o cálculo do erro pelo método robusto e padronização total das estimações. O ajuste do modelo foi analisado pelos mesmos índices e parâmetros utilizados na AFE, a saber, CFI, TLI e RMSEA.

A confiabilidade interna do BPS-Br foi analisada por meio dos coeficientes alfa de Cronbach (α) e ômega de McDonald (ω) ($\geq 0,70$). Para avaliar a estabilidade temporal do BPS-Br (teste-reteste) foi utilizado o teste *t* de Student para amostras pareadas, com definição absoluta de concordância para coeficiente de correlação intraclass (*intraclass correlation coefficient* – ICC).

A validade convergente/discriminante do BPS-Br foi avaliada mediante correlações dos seus escores com os do PID-5-BF+M. A hipótese é que haja correlações mais fortes do BPS-Br com os domínios afetividade negativa, desinibição e antagonismo (equivalente à

dissociabilidade na CID-11, Clark et al, 2017; Tyrer et al., 2019). A análise de evidências de validade concorrente do BPS-Br foi realizada mediante o teste *t* de Welsh, por comparação de escores médios dos grupos com indicadores clínicos e sem indicadores clínicos, e de uma segunda classificação, com base no autorrelato dos participantes ao reportarem possuir diagnóstico psiquiátrico e o seu tipo. Foram identificados 133 casos de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) utilizados para comparação com quem não tinha diagnóstico e com aqueles que tinham outro tipo. Foi mensurando o tamanho de efeito pelo método do *g* de Hedges. Também para a exame da validade concorrente foi realizada a correlação bivariada de Pearson entre o BPS total e seus componentes com a SASPD, LPFS-BF-2.0 e o IPO-BR-R. Para tanto foram utilizados os escore total e dos componentes específicos dos instrumentos. A SASPD é uma medida unidimensional em sua origem, contudo, foi utilizada também a codificação apresentada por Oltmanns e Widiger (2019). Nela os seus nove itens do SASPD representam um dos cinco domínios da CID-11 assim codificados: Afetividade Negativa (itens 4, 6 e 9); Desinibição (item 5); Distanciamento (itens 1 e 3); Dissociabilidade (itens 2 e 8) e Anancastia (item 7). Foram utilizados os seguintes *softwares* estatísticos para análise dos dados: a) Factor, versão 11.05.01 for Windows 64-bits (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017) para os procedimentos de AFE; b) JASP, versão 0.15 (JASP Team, 2021) para a AFC e os coeficientes de consistência interna e os testes *t* de Welch; c) *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23 (SPSS Inc., Chicago, IL) para as análises correlacionais.

Considerações Éticas

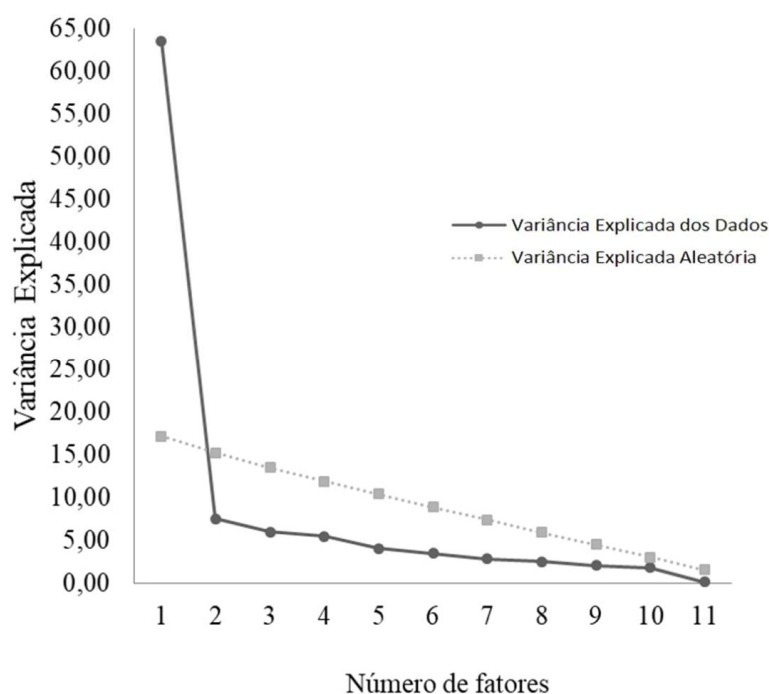
Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília – UnB (CAAE, n. 45817421.6.0000.5540).

Resultados

Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória

Os resultados dos testes de esfericidade de Bartlett (7377,7 gl = 66, $p < 0,001$) e KMO (0,95) indicaram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens. A análise de retenção de fatores por meio da análise paralela indicou a unidimensionalidade de fatores (Figura 1). A unidimensionalidade foi reafirmada pelos resultados do indicador UniCo = 0,99, ECV = 0,94, MIREAL 0,14, conforme Ferrando e Lorenzo-Seva (2018). A AFE apresentou coeficientes adequados de ajuste: RMSEA = 0,02 (IC95% = 0,02; 0,02), CFI = 1,00, TLI = 1,00.

Figura - 1. Análise Paralela para Extração de Fatores da BPS-Br



Com base nesses resultados foi realizada a AFC, considerando a estrutura fatorial do BPS-Br unidimensional, obtendo-se as cargas fatoriais e variâncias residuais conforme Tabela 2. Os coeficientes de ajuste da AFC também se apresentaram adequados: RMSEA = 0,03 (IC90% = 0,02; 0,03), CFI = 1,00, TLI = 1,00.

Tabela 2. Cargas Fatoriais em Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória e Confiabilidade

Itens	Análise Fatorial Exploratória Subamostra 1, n = 1.112		Análise Fatorial Confirmatória Subamostra 2, n = 1.112	
	Carga	h2	Carga	VR
1	0,83	0,71	0,78	0,40
2	0,61	0,47	0,59	0,66
3	0,51	0,33	0,47	0,78
4	0,68	0,48	0,55	0,70
5	0,87	0,85	0,82	0,34
6	0,75	0,63	0,72	0,49
7	0,70	0,53	0,67	0,56
8	0,74	0,62	0,68	0,53
9	0,74	0,60	0,68	0,55
10	0,72	0,57	0,70	0,51
11	0,64	0,49	0,52	0,73
12	0,78	0,64	0,73	0,47
Alfa	0,90		0,90	
Omega	0,91		0,90	

Nota: VR = Variância Residual; h2 = comunalidade.

Fidedignidade por Consistência Interna e Teste-Reteste

Verificada a unidimensionalidade da BPS-Br, a análise dos coeficientes de consistência interna se apresentaram adequados ($\geq 0,90$), sugerindo que os itens estimam as características do qualificador padrão *borderline* com adequada precisão. A BPS-Br também possui capacidade de produzir resultados de forma consistente no tempo em um intervalo entre 4 a 6 semanas. Os ICCs apresentaram resultados satisfatórios com valores $> 0,80$ em três componentes (ver Tabela 3) e ICC = 0,79 no componente EMR. Analisando o teste *t* para amostras pareadas, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas, indicando que os componentes não sofrerem influências situacionais no intervalo de tempo entre as duas aplicações do teste.

Tabela 3 Análise de Estabilidade Temporal do BPS: Teste-Reteste com Intervalo de 4 a 6 Semanas

	Teste			Reteste			Teste <i>t</i> amostras pareadas				ICC*
	<i>M</i>	<i>DP</i>	α	<i>M</i>	<i>DP</i>	α	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>r</i>
BPS TOTAL	2,53	0,85	0,89	2,51	0,89	0,90	0,45	67	0,65	0,06	0,90
IA	2,87	1,07	0,81	2,73	1,16	0,85	1,92	67	0,06	0,23	0,86
FMS	2,74	1,15	0,80	2,75	1,16	0,79	-0,13	67	0,90	-0,02	0,86
FIM	2,54	0,94	0,39	2,55	0,95	0,55	-0,21	67	0,83	-0,03	0,82
EMR	1,97	0,74	0,58	2,00	0,80	0,59	-0,40	67	0,69	-0,05	0,79

Nota. n = 68; *Coeficiente de Correlação Intraclasse usando uma definição absoluta de concordância e medidas únicas. BPS = *Borderline Pattern Scale*; IA = Instabilidade Afetiva; FMS = Funcionamento Mal-adaptativo do Self; FIM = Funcionamento Interpessoal Mal-adaptativo; EMR = Estratégias Mal-adaptativas de Regulação;

Validade Concorrente e Convergente

A Tabela 4 apresenta as correlações entre a BPS-Br e as medidas PID-5-BF+M, SASPD, LPFS-BF-2.0 e IPO-Br-R. De modo geral, os resultados mostraram que a BPS-Br se correlacionou positivamente com todas as medidas do estudo. O padrão *borderline*, operacionalizado pela BPS-Br, está associado com os traços patológicos da personalidade (PID-5-BF+M e IPO-Br-R), com prejuízos no funcionamento da personalidade (LPFS-BF-2.0), com o grau de severidade da patologia da personalidade (SASPD).

Tabela 4. Correlação entre a BPS-Br e o PID-5-BF+M, SASPD, LPFS-BF-2.0, IPO-Br-R

	BPS	IA	FMS	FIM	EMR	Total
(n = 968)						
PID-5-BF+M Afetividade Negativa		0,64^a	0,61^a	0,58^a	0,58^a	0,70^a
PID-5-BF+M Desinibição		0,54^a	0,48 ^a	0,49 ^a	0,56^a	0,60^a
PID-5-BF+M Distanciamento		0,45 ^a	0,47 ^a	0,42 ^a	0,46 ^a	0,52^a
PID-5-BF+M Antagonismo/Dissociabilidade		0,35 ^a	0,24 ^a	0,30 ^a	0,34 ^a	0,35 ^a
PID-5-BF+M Anancastia		0,20 ^a	0,20 ^a	0,17 ^a	0,14 ^a	0,21 ^a
PID-5-BF+M Psicotismo		0,44 ^a	0,39 ^a	0,37 ^a	0,45 ^a	0,48 ^a
(n = 1.938)						
SASPD Total		0,68^a	0,60^a	0,57^a	0,62^a	0,71^a
SASPD Afetividade Negativa		0,67^a	0,58^a	0,54^a	0,62^a	0,70^a
SASPD Desinibição		0,48 ^a	0,36 ^a	0,45 ^a	0,53^a	0,52^a
SASPD Distanciamento		0,38 ^a	0,40 ^a	0,31 ^a	0,35 ^a	0,42 ^a
SASPD Dissociabilidade		0,29 ^a	0,25 ^a	0,27 ^a	0,24 ^a	0,30 ^a
SASPD Anancastia		0,21 ^a	0,17 ^a	0,12 ^a	0,13 ^a	0,18 ^a
(n = 949)						
LPFS-BF-2.0 Total		0,74^a	0,72^a	0,68^a	0,67^a	0,81^a
LPFS-BF-2.0 Funcionamento do Self		0,74^a	0,76^a	0,62^a	0,64^a	0,80^a
LPFS-BF-2.0 Identidade		0,76^a	0,76^a	0,62^a	0,65^a	0,81^a
LPFS-BF-2.0 Autodirecionamento		0,63^a	0,66^a	0,55^a	0,55^a	0,70^a
LPFS-BF-2.0 Funcionamento Interpessoal		0,58^a	0,52^a	0,61^a	0,57^a	0,66^a
LPFS-BF-2.0 Empatia		0,51^a	0,40 ^a	0,51^a	0,44 ^a	0,54^a
LPFS-BF-2.0 Intimidade		0,50^a	0,50^a	0,55^a	0,53^a	0,60^a
(n = 884)						
IPO-Br-R Total		0,72^a	0,66^a	0,67^a	0,75^a	0,80^a
IPO-Br-R Instabilidade do Self e Outros		0,71^a	0,68^a	0,64^a	0,68^a	0,78^a
IPO-Br-R Instabilidade de Comportamento		0,71^a	0,58^a	0,60^a	0,67^a	0,74^a
IPO-Br-R Instabilidade de Objetivos		0,48 ^a	0,46 ^a	0,44 ^a	0,50^a	0,54^a
IPO-Br-R Psicose		0,38 ^a	0,32 ^a	0,37 ^a	0,42 ^a	0,43 ^a
IPO-Br-R Agressão Autodirigida		0,48 ^a	0,46 ^a	0,45 ^a	0,66^a	0,58^a
IPO-Br-R Distorção de Valores Morais		0,37 ^a	0,36 ^a	0,40 ^a	0,36 ^a	0,43 ^a
IPO-Br-R Agressão Sádica		0,25 ^a	0,20 ^a	0,26 ^a	0,36 ^a	0,28 ^a

Nota. ^a A diferença é significativa no nível 0,01 (2 extremidades); BPS, *Borderline Pattern Scale*; IA, Instabilidade Afetiva; FMS, Funcionamento Mal-adaptativo do Self; FIM, Funcionamento Interpessoal Mal-adaptativo; EMR, Estratégias Mal-adaptativas de Regulação; LPFS-BF-2.0, *Level of Personality Functioning Scale – Brief Form – 2.0*; SASPD = *Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder*; IPO-Br-R = *Inventory of Personality Organization – versão brasileira e reduzida*.

Outra evidência de validade concorrente investigada foi acerca da capacidade dos escores da BPS discriminar grupos de pessoas com ou sem indicadores clínicos. Para essa análise foi feita uma classificação da amostra, com base no autorrelato dos participantes, do tipo de diagnóstico de transtorno psiquiátrico. Assim, foram identificados 133 casos que reportaram ter TPB e 582 casos que tinham algum outro diagnóstico psiquiátrico, sendo 41,2% transtornos de ansiedade, 18,9% transtornos depressivos, 12,9% transtorno afetivo bipolar, 3,1% com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, 3,3% com outros transtornos (como estresse pós-traumático, obsessivo-compulsivo, dislexia, burnout, esquizofrenia, transtorno alimentar), e 20,6% com transtornos não especificados. A Tabela 5 apresenta os resultados das comparações de médias.

Discussão

Este estudo teve o propósito de investigar as propriedades psicométricas da BPS no contexto sociocultural do Brasil, utilizando-se de coleta de dados em uma amostra da comunidade. A versão brasileira da BPS, a saber, a BPS-Br, se mostrou válida e confiável para medir as características do qualificador padrão *borderline* no país, conforme o modelo da CID-11. Ainda, os resultados mostraram que a BPS-Br é bastante promissora quanto à capacidade de diferenciação entre grupos de participantes, principalmente entre aqueles que autodeclararam ter diagnóstico de TPB.

A BPS foi originalmente elaborada para cobrir os quatro componentes que compõem a definição do qualificador padrão *borderline*, a saber: (1) Instabilidade Afetiva (IA), caracterizada por flutuações na emoção, por emoções intensas e hipersensibilidade emocional; (2) Funcionamento Mal adaptativo do *Self* (FMS), caracterizado por distúrbios do *self*, sentimentos de alienação e vazio; (3) Funcionamento Interpessoal Mal Adaptativo (FIM), caracterizado por medo de abandono, instabilidade em relacionamentos, hipersensibilidade à rejeição; e (4) Estratégias Mal adaptativas de Regulação (EMR),

caracterizadas por autolesões e tentativas de suicídio (Oltmanns & Widiger, 2019). No presente estudo, observou-se que a BPS apresenta uma estrutura unidimensional bem definida, de modo que esses quatro componentes não se diferenciam psicometricamente a ponto de se configurarem em fatores específicos. Desse modo, quanto maiores os escores na BPS, maiores são as características típicas de um funcionamento *borderline*.

Apesar da clara unidimensionalidade da BPS-Br, pesquisadores e clínicos podem decidir analisar os níveis desses quatro componentes em separado, por isso, eles foram distinguidos nas análises deste estudo, assim como no estudo de (Oltmanns & Widiger, 2019). As correlações desses componentes com outros instrumentos se mostraram, em geral, apenas moderadas, com exceções específicas no caso da Instabilidade Afetiva (que é a essência do TPB; Krueger & Markon, 2014), enquanto o escore total da BPS-Br teve correlações fortes com as outras medidas de patologia da personalidade. No estudo original, a confiabilidade desses componentes se mostrou razoável para IA, $\alpha = 0,74$, e FMS, $\alpha = 0,72$, e fraca para FIM, $\alpha = 0,59$, e EMR, $\alpha = 0,67$ (Oltmanns & Widiger, 2019). Para fins comparativos entre os estudos, na nossa amostra ($n = 2.224$), a confiabilidade foi razoável para IA, $\alpha = 0,82$, FMS, $\alpha = 0,73$, e EMR, $\alpha = 0,70$, e fraca para FIM, $\alpha = 0,56$. Para o escore total o α foi $> 0,90$. De todos os componentes, o menos confiável é o FIM.

O qualificador padrão *borderline* não é um domínio de traços patológicos da personalidade (Tyrer et al., 2019). Em verdade, deve-se sempre ressaltar que sua inclusão no referido modelo é um resquício do modelo categórico de TP, presente nas edições anteriores da CID. Grosso modo, pode ser considerado um construto anômalo, visto que é uma categoria de TP dentro de um modelo dimensional. As dimensões existentes já seriam suficientes para descrever uma pessoa com características *borderline*, sendo esperado alta afetividade negativa, desinibição e dissociabilidade (Clark et al., 2017; Mulder et al., 2020; Tyrer et al., 2019; Wright et al., 2012).

Tabela 5. Diferenças nos Componentes do BPS Entre Grupos de Participantes Com e Sem Indicadores Clínicos ($n = 2.287$), e Com Diagnóstico Borderline e Outros Indicadores

Variável	BPS TOTAL			<i>g</i>	IA			<i>g</i>	EMR			<i>g</i>	FMS			<i>g</i>	FIM			<i>g</i>
	<i>n</i>	M	DP		<i>n</i>	M	DP		<i>n</i>	M	DP		<i>n</i>	M	DP		<i>n</i>	M	DP	
Diagnóstico Psiquiátrico				-0,88 ^a				-0,83 ^a				-0,80 ^a				-0,74 ^a				-0,64 ^a
Não	1.521	2,42	0,81		1.521	2,59	1,07		1.521	1,93	0,78		1.521	2,70	1,06		1.521	2,46	0,88	
Sim	703	3,18	0,90		703	3,49	1,10		703	2,68	1,07		703	3,47	1,00		703	3,06	0,99	
Tratamento Psiquiátrico				-0,84 ^a				-0,79 ^a				-0,78 ^a				-0,66 ^a				-0,66 ^a
Não	1.730	2,50	0,84		1.730	2,69	1,10		1.730	2,00	0,83		1.730	2,79	1,08		1.730	2,51	0,90	
Sim	494	3,23	0,91		494	3,55	1,09		494	2,76	1,08		494	3,48	1,00		494	3,14	1,00	
Tratamento Psicofarmacológico				-0,77 ^a				-0,75 ^a				-0,68 ^a				-0,63 ^a				-0,60 ^a
Não	1.657	2,49	0,84		1.657	2,67	1,10		1.657	2,00	0,84		1.657	2,78	1,08		1.657	2,21	0,90	
Sim	567	3,17	0,92		567	3,49	1,11		567	2,66	1,08		567	3,44	1,01		567	3,0	1,01	
Indicador Clínic				-0,86 ^a				-0,81 ^a				-0,78 ^a				-0,70 ^a				-0,64 ^a
Não	1.419	2,40	0,79		1.419	2,56	1,05		1.419	1,91	0,76		1.419	2,68	1,06		1.419	2,44	0,87	
Sim	805	3,13	0,91		805	3,44	1,11		805	2,63	1,07		805	3,41	1,01		805	3,03	0,99	
Diagnóstico Borderline				-2,51 ^a				-2,35 ^a				-2,40 ^a				-1,67 ^a				-1,83 ^a
Não ^c	1.509	2,42	0,81		1.509	2,59	1,06		1.509	1,93	0,78		1.509	2,70	1,06		1.509	2,46	0,88	
Sim	133	4,15	0,56		133	4,58	0,55		133	3,90	0,86		133	4,17	0,64		133	3,97	0,76	
Diagnóstico Borderline				-1,74 ^a				-1,59 ^a				-1,70 ^a				-1,03 ^a				-1,33 ^a
Não ^d	582	2,95	0,81		582	3,25	1,05		582	2,40	0,90		582	3,30	1,00		582	2,85	0,92	
Sim	133	4,15	0,56		133	4,58	0,55		133	3,90	0,86		133	4,17	0,64		133	3,97	0,76	

^a A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades). ^b A correlação não é significativa, $p > 0,05$ (2 extremidades). ^c possui indicador clínico quem atenda uma ou mais das seguintes condições: ter diagnóstico psiquiátrico, estar em tratamento psiquiátrico ou psicofarmacológico. ^e Não possui diagnóstico borderline nem qualquer outro diagnóstico psiquiátrico. ^d Não possui diagnóstico borderline mas possui outro diagnóstico psiquiátrico diferente de borderline. ^f Não possui diagnóstico borderline nem qualquer indicador clínico. BPS = Borderline Pattern Scale, IA = Instabilidade Afetiva, EMR = Estratégias Mal Adaptativas de Regulação, FMS = Funcionamento Mal Adaptativo do Self, FIM = Funcionamento Interpessoal Mal Adaptativo, n = número de participantes, M = Média, DP = Desvio Padrão; g = g de Hedges; Amostra com diagnóstico borderline positivo composta por 90% de mulheres e idade média de 29,62 (mínimo 19 e máximo 49, DP= 7,52).

Críticos ao modelo dimensional puro, como Herpertz et al. (2017), defenderam que o TPB, enquanto categoria das mais prevalentes e relevantes em amostras clínicas não podia ser representada suficientemente apenas nos cinco domínios da CID-11. Inclusive, em um estudo que se obteve parcial validação da estrutura dos cinco domínios da CID-11 houve a consideração de um domínio limítrofe, que incluiria sintomas *borderlines*, histriônicos e narcisistas do DSM-5, e relacionados a sintomas dissociados e em menor grau, esquivos e dependentes (Mulder et al., 2016). Como os autores do referido estudo pontuaram, tal domínio era o mais controverso, e seria mais amplo que as definições de TPB do DSM-5. Tyrer (2009) também concluiu que o TPB reflete mais sintomas do que traços. Essas razões, associadas aos argumentos de que eliminá-lo do sistema classificatório poderia colocar em risco a continuidade de pesquisas e seus financiamentos ou distorção dos estudos existentes, contribuíram para a sua inclusão do qualificador de padrão *borderline* no modelo dimensional de TP da CID-11, e, assim, foi conciliada a proposta do modelo dimensional puro com a principal crítica das sociedades de estudo de transtorno de personalidade (ESSPD, ISSPD HiTOP, Tyrer et al., 2019).

A caracterização da patologia da personalidade por mais de um domínio sugere maior gravidade da disfunção, de modo que o qualificador padrão *borderline* também é útil, ainda que de certa forma redundante (Mulder et al., 2020), na avaliação dessa severidade (não como um componente da gravidade, mas como um indicador; Clark et al., 2017). Essa perspectiva de utilidade do qualificador de padrão *borderline* como indicador de gravidade está bem retratada nesse estudo, com a forte correlação do escore total da BPS-Br com os escores totais de gravidade avaliados pela SASPD, pela LPFS-BF-2.0 e pelo IPO-Br-R, mostrando satisfatória validade concorrente.

Em validação convergente, é observada forte correlação da BPS-Br com o componente afetividade negativa da SASPD, e do domínio correlato no PID-5-BF+M, e

correlação moderada com desinibição dos dois instrumentos, confirmando parcialmente a expectativa (Tyrer et. al., 2019). Eis que observamos em nossos dados que a também esperada correlação da BPS-Br com o domínio antagonismo / dissociabilidade foi fraca (Tyrer et al., 2019), enquanto para o domínio distanciamento (não esperado) foi moderada. Pelo algoritmo do modelo híbrido de TP do DSM-5, a presença do domínio antagonismo, como possível no diagnóstico de TPB, estaria configurada na faceta hostilidade. Esta é definida como sentimentos de raiva ou irritabilidade em resposta a ofensas e insultos mínimos (APA, 2013). A raiva/irritabilidade como característica da hostilidade também é bastante presente no domínio afetividade negativa, sendo inclusive uma de suas facetas (não prevista na CID-11 que só aborda os domínios, mas incluída no instrumento *Five-Factor Personality Inventory for ICD-11* (FFiCD; Oltmanns e Widiger, 2020). Krueger e Markon (2014) descrevem que o aspecto central da patologia *borderline* é a desregulação emocional (em que pode se encontrar raiva/irritabilidade), sendo que o impulso, como uma expressão da raiva, pode ocorrer ou não em pacientes com esse TP. Por fim, na descrição do qualificador de padrão *borderline* pela CID-11, há referência a eventual presença de sintomas dissociativos transitórios ou características psicóticas quando em situações de alta excitação emocional. Conquanto os itens da BPS-Br não abordam essas nuances dissociativas/psicóticas, foi observada uma correlação quase moderada da BPS-Br total com o domínio psicoticismo do PID-5-BF+M, com valor maior que a correlação esperada para o domínio antagonismo/dissociabilidade.

A BPS-Br quanto à capacidade de distinção entre grupos mostrou-se bastante promissora, com tamanho de efeito grande ou muito grande em todas as condições do seu escore total, à exceção da condição “tratamento psicofarmacológico” com efeito moderado. De igual forma, apresentou boa estabilidade temporal em todos os componentes. A instabilidade afetiva foi o componente que mais se aproximou de uma diferença significativa

no teste-reteste, com $p = 0,06$, sendo esse resultado coerente com a própria definição do construto.

Além dos resultados quantitativos dessa pesquisa, faz importante registrar uma observação qualitativa. Alguns participantes comentavam os *posts* em que se faziam a divulgação da pesquisa. Foi observado que os poucos comentários “negativos” recebidos sobre o *survey* consistiram em *feedbacks* sobre o relatório descritivo da personalidade, que, para alguns, não correspondia a como eles se percebiam. Esses poucos comentários ocorreram justamente nas divulgações feitas em grupos de apoio de pessoas com TPB. A despeito de outras questões que podem levar ao resultado questionado, as mencionadas manifestações de participantes, pertencentes ao grupo específico, são consistentes com a característica de instabilidade de autoimagem, assim como eventual e/ou pequena diferença quanto à instabilidade afetiva em dois diferentes momentos de aplicação do teste.

Limitações e Pesquisas Futuras

A presente pesquisa possui limitações que precisam ser consideradas. A primeira diz respeito ao viés de monométodo, o que pode ter inflado o tamanho das correlações. Pesquisas futuras podem investigar a qualidade psicométrica da BPS-Br com outros métodos de medidas, como entrevistas e formulários clínicos. Ainda, a amostra deste estudo apresenta importante viés, em especial, quanto à escolaridade e raça, sendo a amostra composta em sua maioria por pessoas de nível educacional superior e branca. A realidade do Brasil, de forma geral não condiz a amostra, de modo que novos estudos devem prezar pela inclusão de brasileiros sub-representados neste estudo, e assim poder analisar o grau de generalização dos resultados. Ainda, salienta-se a falta de métodos sistemáticos de diagnóstico de transtornos mentais, os quais podem garantir a fidedignidade do diagnóstico, uma vez que os critérios definidos neste estudo foram com base no autorrelato dos participantes. Com isso, falta certificação de que os diagnósticos tenham sido gerados com confiabilidade pelos

profissionais de saúde mental além da não possibilidade de testar a confiabilidade do autorrelato dos participantes. Desse modo, recomenda-se novos estudos que incluam procedimentos sistemáticos para o diagnóstico do TPB e de outras psicopatologias para examinar a capacidade da BPS em discriminar participantes com diferentes grupos diagnósticos estabelecidos com fidedignidade.

Conclusão

O qualificador de padrão *borderline* não era para integrar o modelo dimensional da CID-11, conforme proposta original. Sua inclusão foi fruto de uma solução pacificadora entre os proponentes do modelo e seus opositores, cujas críticas em geral terminavam por ser exemplificadas com as consequências da eliminação do TPB do sistema classificatório (Tyrer et al., 2019). Uma vez que o modelo do TP da CID-11 foi aprovado com esse qualificador, foi verificado que será possível dar utilidade clínica a ele, considerando que, junto com os domínios, é um indicador de gravidade da disfunção da personalidade (Clark et al., 2018), conforme foi constatado nos dados desse estudo.

Para avaliação do qualificador de padrão *borderline*, a BPS-Br, versão traduzida e adaptada ao Brasil apresentou qualidades psicométricas satisfatórias. Sua estrutura no contexto brasileiro foi unidimensional, conquanto dividida em quatro subescalas, que não são aptas a se caracterizar como dimensões. O instrumento teve consistência interna e temporal com satisfatório nível de fidedignidade. Também apresentou grau de convergência satisfatório com o PID-5-BF+M, e forte correlação concorrente com medidas de gravidade da personalidade. Assim, conclui-se que a BPS-Br apresenta adequadas propriedades psicométricas para a mensuração de sintomas *borderlines* na amostra brasileira estudada.

Referências

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Association.

- Asparouhov, T., & Muthen, B. (2010). Simple second order chi-square correction. Unpublished manuscript. Available at https://www.statmodel.com/download/WLS_MV_new_chi21.pdf.
- Arslan, R. C., Walther, M. P., & Tata, C. S. (2020). formr: A study framework allowing for automated feedback generation and complex longitudinal experience-sampling studies using R. *Behavior Research Methods*, 52(1), 376-387. <https://doi.org/10.3758/s13428-019-01236-y>.
- Bach, B., Christensen, S., Kongerslev, M. T., Sellbom, M., & Simonsen, E. (2020). Structure of clinician-reported ICD-11 personality disorder trait qualifiers. *Psychological Assessment*, 32(1), 50–59. <https://doi.org/10.1037/pas0000747>.
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>.
- Blashfield, R. K., & Intoccia, V. (2000). Growth of the literature on the topic of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 472–473. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.472>.
- Brown, T. A. (2006). Confirmatory factor analysis for applied research. New York: *The Guilford Press*.
- Clark, L. A., Nuzum, H., & Ro, E. (2018). Manifestations of personality impairment severity: comorbidity, course/prognosis, psychosocial dysfunction, and 'borderline' personality features. *Current opinion in psychology*, 21, 117–121. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.12.004>.

- Ferrando, P.J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. *Psicothema*, 29(2), 236-241. doi: 10.7334/psicothema2016.304.
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva U. (2018). Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 78, 762-780. doi:10.1177/0013164417719308.
- Fonagy, P., Luyten, P., Strathearn, L., 2011. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Ment. Health J.* 32, 47–69. <https://doi.org/10.1002/imhj.20283>.
- Herpertz, S. C., Huprich, S. K., Bohus, M., Chanen, A., Goodman, M., Mehlum, L., Moran, P., Newton-Howes, G., Scott, L., & Sharp, C. (2017). The Challenge of Transforming the Diagnostic System of Personality Disorders. *Journal of personality disorders*, 31(5), 577–589. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_338.
- Hessel, C. R., Oliveira, S. E. S., Lugo, V. S., Volkmer, V., Marquetto, R. A., Motta, L. S., Brito, C. L. S., Pacheco, M. A., & Spanemberg, L. (2021). Personality structure evaluation: differences between clinical and non-clinical samples using the Inventory of Personality Organization (IPO). *Arquivos of Clinical Psychiatry*, 48(1), 45-50. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000277>.
- IBM SPSS Statistics (v.23, SPSSInc., Chicago, IL). [Computer software].
- International Test Commission (2017). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes (Second edition). <https://www.intestcom.org/>. Translation authorized by Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP).
- JASP Team (2021). JASP (versão 0.15)[Computer software].
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. K. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd Ed.). New York: *The Guilford Press*.

- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*(09), 1879-1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual review of clinical psychology, 10*, 477–501. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment, 13*, 577-591. doi: 10.1037/1040-3590.13.4.577.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P.J. (2019). Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. Technical report, URV. Tarragona, Spain.
- Mulder, R. T., Horwood, J., Tyrer, P., Carter, J., & Joyce, P. R. (2016). Validating the proposed ICD-11 domains. *Personality and mental health, 10*(2), 84–95. <https://doi.org/10.1002/pmh.1336>.
- Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O'Connell, L., Newton-Howes, G., Basset, P., Akintomide, G., Ng, N., Tyrer, P., Murder, R., & Crawford, M. J. (2018). Development and psychometric properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). *Journal of Personality Disorders 32*: 44–56. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_285.
- Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety, 1*(1), 1-7. doi: 10.4172/2167-1044.1000105.

- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2019). Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychological Assessment, 31*(5), 674–684. <https://doi.org/10.1037/pas0000693>.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2020). The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11: A facet-level assessment of the ICD-11 trait model. *Psychological Assessment, 32*(1), 60–71. <http://dx.doi-org.ez54.periodicos.capes.gov.br/10.1037/pas0000763>.
- Silveira, L. B., Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2018). Validity Evidences of the Inventory of Personality Organization - Brasil (IPO-Br): Its Relation with the Five-Factor Model of Personality. *Temas em Psicologia, 26*(4), 1891-1905. <https://doi.org/10.9788/TP2018.4-07Pt>.
- Silveira, L. B., Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2021). Personality Organization Inventory - Brazil: evidence of validity based on external criteria. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, 9*(1), 29-42. <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i1.5204>.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods, 16*, 209-220. [doi:10.1037/a0023353](https://doi.org/10.1037/a0023353).
- Tyrer, P. (2009). Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personality and Mental Health 3*: 86–95. DOI: 10.1002/pmh.78.
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., & Crawford, M. J. (2019). The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annual review of clinical psychology, 15*, 481–502. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>.
- Weekers, L. C., Hutsebaut, J., & Kamphuis, J. H. (2019). The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of

personality functioning. *Personality and mental health*, 13(1), 3–14.

<https://doi.org/10.1002/pmh.1434>.

World Health Organization. (2019). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version 05/2021. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

Wright, A. G., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., & Krueger, R.

F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 951–957. <https://doi.org/10.1037/a0027669>.

Considerações Finais da Dissertação

Esta dissertação de mestrado teve como objetivo central investigar a adequação do modelo dimensional de transtornos da personalidade (TP), conforme operacionalizado pela CID-11, ao contexto brasileiro. Para esse propósito foram desenvolvidos quatro artigos, os quais apresentaram a base teórica, descrevendo e discutindo o modelo dimensional para diagnóstico de TP da CID-11, e apresentamos os procedimentos de adaptação e investigação psicométrica de três instrumentos que podem auxiliar nesse diagnóstico, sendo eles o Personality Inventory for ICD-11 (PiCD), o Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 (FFiCD), e a Borderline Pattern Scale (BPS).

O diagnóstico de TP pela CID-11 se baseia em um modelo e procedimento muito simplificado. O grupo de trabalhos responsável pela elaboração do modelo buscou apresentar um modelo que respondesse às deficiências do modelo categórico anterior, bem como às críticas ao modelo híbrido do DSM-5. Conquanto uma avaliação diagnóstica possa ser feita primariamente por entrevistas clínicas e observações, o uso de instrumentos de avaliação como os apresentados nesta dissertação pode ser de grande valia na prática clínica, especialmente em casos mais complexos. Mesmo em casos simples, a aplicação de um instrumento permitirá maior objetividade no diagnóstico. Para esse fim, apresentamos as versões brasileiras dos três mencionados instrumentos, PiCD-Br, FFiCD-Br e BPS-Br, com boas qualidades psicométricas de validade e fidedignidade, abrindo caminho para que novos estudos os aperfeiçoem e permita uma maior generalização. Ao tempo a base teórica apresentada e discutida poderá facilitar a compreensão do novo modelo, em especial, na fase de transição.

Anexo 1 – Questionário de dados sociodemográficos e de saúde

Se alguma pergunta possibilitar mais de uma alternativa, indicar a mais adequada.
Não deixar nenhuma resposta em branco.

01. Qual é o seu gênero?

- Masculino. Feminino. Outro.

02. Qual a sua idade? _____ anos

03. Qual sua escolaridade?

- Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo
 Pós-Graduação Incompleta
 Pós-Graduação Completa

04. Qual seu estado civil?

- Solteiro(a)
 Casado(a) ou morando junto (união estável)
 Divorciado(a) ou separado(a)
 Viúvo(a)
 Outro: _____

05. Em que Estado você reside?

(Lista de estados brasileiros)

06. Qual sua raça/cor?

- Branca
 Preta
 Amarela
 Parda
 Indígena
 Outro

07. O que você faz atualmente? (marque somente uma opção)

- Estuda
 Trabalha
 Desempregado
 Estuda e trabalha
 Do lar
 Aposentado
 Aposentado e trabalha ou estuda
 Licença maternidade
 Licença saúde
 Outro: _____

08. Qual a renda mensal de sua família?

- Não tenho renda
- Até R\$ 1.100,00 (até um salário mínimo)
- De R\$ 1.100,01 a R\$ 2.200,00 (de um a dois salários)
- De R\$ 2.200,01 a R\$ 5.500,00 (de dois a cinco salários)
- De R\$ 5.500,01 a R\$ 11.000,00 (de cinco a dez salários)
- De R\$ 11.000,01 a R\$ 16.500,00 (de dez a quinze salários)
- De R\$ 16.500,01 a R\$ 22.000,00 (de quinze a vinte salários)
- De R\$ 22.000,01 a R\$ 33.000,00 (de vinte a trinta salários)
- Mais de R\$ 33.000,00 (mais de trinta salários)

09. Você possui algum diagnóstico psiquiátrico?

- Não
- Sim, qual? _____

10. Você está tomando algum remédio psiquiátrico?

- Não
- Sim

11. Você está fazendo algum tratamento com psiquiatra?

- Não
- Sim

12. Você está fazendo algum tratamento com psicólogo?

- Não
- Sim

Anexo 2 – Personality Inventory for ICD-11 – PiCD-Br

Instruções:

Abaixo estão listadas várias afirmações sobre como você pode se sentir ou se comportar. Por favor, marque para cada afirmação a resposta que melhor descreve você em uma escala de 1 a 5 pontos, em que 1 = discordo totalmente da afirmação, 2 = discordo, 3 = neutro, 4 = concordo e 5 = concordo totalmente com a afirmação. Por favor, leia cada item com atenção e marque a resposta que melhor corresponde com o seu nível de concordância e discordância. Não há respostas certas ou erradas. Descreva-se de forma honesta e exponha suas opiniões o mais fielmente possível.

1. Eu geralmente sou uma pessoa ansiosa.
2. Tendo a agir impulsivamente.
3. Eu prefiro me manter afastado de outras pessoas.
4. Minha raiva me faz brigar com as pessoas.
5. Gasto muito tempo organizando e fazendo planos.
6. Quando as coisas não saem como o planejado na minha vida, isso me incomoda bastante.
7. Eu não sou uma pessoa muito responsável.
8. As pessoas dizem que eu não demonstro meus sentimentos.
9. Eu me divirto com os problemas dos outros.
10. Eu não sou uma pessoa de correr riscos.
11. Meu humor muda frequentemente durante a semana.
12. Não sou uma pessoa muito organizada.
13. Sou quieto(a) na presença de outras pessoas.
14. Eu consigo facilmente convencer as pessoas a fazerem o que eu quero.
15. Penso cuidadosamente nas coisas antes de agir.
16. Quando as coisas não estão indo bem para mim, fico mais nervoso(a) do que a maioria das pessoas.
17. Tomo decisões precipitadas.
18. Não me sinto próximo de ninguém.
19. Sou muito mais competitivo(a) do que outras pessoas.
20. As pessoas pensam que sou perfeccionista.
21. Depois de algum problema, levo muito tempo para voltar ao normal.
22. Às vezes, não concluo o que deveria fazer e nem dou satisfação disso.
23. Quase nada afeta o meu humor, nem críticas nem elogios.
24. Algumas pessoas merecem não ter onde morar.
25. Eu sempre escolho a opção mais segura.
26. Meu humor muda sem relação com eventos que acontecem em minha vida.
27. Eu tendo a ser bastante descuidado(a) e desorganizado(a).
28. Posso ser descrito(a) como uma pessoa extremamente tímida.
29. Costumo seduzir pessoas que na verdade não gosto.
30. Nunca ajo impulsivamente.
31. As pessoas percebem meu nervosismo.
32. Gosto de agir primeiro e pensar depois.
33. As pessoas dizem que sou distante e retraído(a).
34. Estou sempre pronto(a) para o conflito.

35. Eu me esforço ao máximo para alcançar a perfeição.
36. Sou muito sensível a críticas ou insultos.
37. Quando não estou afim, deixo de cumprir minhas obrigações.
38. Raramente me sinto animado(a).
39. Eu não me preocupo em ferir os sentimentos dos outros.
40. Minha principal prioridade é estar seguro(a) e protegido(a).
41. Frequentemente alterno entre me sentir feliz e me sentir triste.
42. Não me esforço para manter um cronograma ou plano.
43. Eu costumo falar menos do que a maioria das pessoas.
44. Sou uma pessoa manipuladora.
45. Todas as minhas decisões são cuidadosamente pensadas.
46. Muitas vezes sinto medo sem nenhuma razão específica.
47. Costumo fazer coisas sem pensar.
48. Eu não me importaria em viver completamente só, sem nenhum contato humano.
49. Frequentemente entro em conflito com as pessoas.
50. Sinto muito orgulho em fazer trabalhos de alta qualidade.
51. Eu me sinto desprotegido(a).
52. Eu gasto dinheiro com lazer mesmo tendo contas atrasadas.
53. Eu não sinto emoções tanto quanto as outras pessoas.
54. Eu seria um bom soldado porque não me importaria em ferir alguém.
55. Tendo a ser muito cauteloso(a) e cuidadoso(a).
56. Minhas mudanças de humor são muito mais intensas do que as de outras pessoas.
57. Não sigo nenhuma ordem ou plano definido quando trabalho em algo.
58. Sou sempre tímido em situações sociais.
59. Eu consigo enganar e manipular as pessoas.
60. Eu amo o lema: "pense antes de agir".

ITENS POR DOMÍNIOS:

Afetividade Negativa: 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56.

Desinibição: 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52, 57.

Distanciamento: 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53, 58.

Dissociabilidade: 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59.

Anancastia: 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60.

Anexo 3 – Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 (FFiCD - FFiCD-Br)

Instruções:

Abaixo estão listadas várias afirmações sobre como você pode se sentir ou se comportar. Por favor, marque para cada afirmação a resposta que melhor descreve você em uma escala de 1 a 5 pontos, em que 1 = discordo totalmente da afirmação, 2 = discordo, 3 = neutro, 4 = concordo e 5 = concordo totalmente com a afirmação. Por favor, leia cada item com atenção e marque a resposta que melhor corresponde com o seu nível de concordância e discordância. Não há respostas certas ou erradas. Descreva-se de forma honesta e exponha suas opiniões o mais fielmente possível.

1. Minha ansiedade geralmente me impede de fazer as coisas que eu gostaria de fazer.
2. Eu me considero mais solitário(a) do que a maioria das pessoas.
3. As pessoas dizem que eu sou extremamente detalhista a ponto de isto ser quase um defeito.
4. Às vezes me sinto muito vulnerável.
5. Eu não me preocupo muito com as necessidades dos outros.
6. Me envolvo em problemas porque eu não penso direito nas coisas.
7. Minhas emoções podem sair de controle.
8. Eu geralmente me pego pensando em trabalho, mesmo durante as férias.
9. Não fico chateado(a) com o sofrimento dos outros.
10. Fico muito irritado(a) com pequenas frustrações.
11. Costumo desistir quando uma tarefa se torna difícil.
12. Eu me comparo constantemente aos outros e nunca me sinto bom o suficiente.
13. Meus amigos ficariam surpresos se algum dia eu pulasse de alegria.
14. Minha vida é praticamente a mesma todas as semanas, e é assim que eu gosto dela.
15. Eu agredi pessoas fisicamente.
16. O medo de me sentir envergonhado(a) faz com que seja difícil aproveitar a companhia de amigos.
17. Eu não sou muito organizado(a).
18. Quando alguém faz algo de bom para mim, fico imaginando o que ele quer de mim.
19. Não sou muito assertivo(a) com os outros.
20. Seguir as regras é sempre importante, mesmo que eu esteja sozinho(a).
21. Eu mereço receber tratamento especial, porque sou importante.
22. Frequentemente tenho medo de perder alguém de quem dependo.
23. Eu tenho me exposto a riscos e isso já me trouxe problemas.
24. Eu costumo ser sério (sistudo) na presença das pessoas.
25. Examino todos os detalhes de um problema antes de tomar uma decisão.
26. Eu fico muito inseguro(a) ao pensar se terei sucesso na vida.
27. Eu desisto das coisas muito facilmente.
28. Às vezes, para ter sucesso, você precisa usar as pessoas.
29. Eu tendo a ter conclusões precipitadas.
30. Eu me sinto enfurecido(a) quando as pessoas me desrespeitam.
31. Eu não crio laços fortes com as pessoas, mesmo sendo minhas amigas.
32. Eu prefiro ter segurança, mesmo que isso signifique perder algo.
33. Eu ameaço as pessoas para que elas façam o que eu quero.
34. Eu já pensei em maneiras de me matar.
35. Eu raramente sigo em frente com as coisas sem a ajuda dos outros.

36. Quando percebo que falhei em algo, sinto-me humilhado(a).
37. Sou uma pessoa muito metódica; talvez até demais.
38. Eu me visto de forma que tenho certeza de que as pessoas vão me notar.
39. Frequentemente me sinto ansioso(a) quando estou em um grupo de pessoas desconhecidas.
40. Eu sempre sigo as regras e princípios morais de forma rigorosa.
41. Acho fácil manipular os outros.
42. Eu não funciono bem sob pressão.
43. Tenho dificuldade em fazer as coisas sozinho(a).
44. O sabor da comida não me dá muito prazer.
45. Minhas emoções podem mudar de forma rápida e imprevisível.
46. Sou conhecido(a) como um(a) "viciado(a) em trabalho".
47. Tive problemas por faltar excessivamente ao trabalho ou à escola.
48. Eu tenho prazer em desafiar figuras de autoridade.
49. Frequentemente perco a paciência ao lidar com as pessoas.
50. Meu jeito de falar é desorganizado e pouco claro.
51. Muitas vezes fico realmente pessimista em relação ao futuro.
52. Sou solitário(a).
53. Eu gosto de ter certeza sobre as coisas antes de agir.
54. Algumas pessoas dizem que sou muito arrogante e convencido(a).
55. Parece que não tenho muito controle sobre como me sinto.
56. Eu tenho feito muitas coisas radicais em minha vida.
57. Eu acredito fortemente que se deve agir sempre pelo rigor das regras.
58. Sinto que não tenho nada de bom a oferecer para as pessoas.
59. Eu não tenho muita influência nas pessoas ao meu redor.
60. A maioria das pessoas tem coração mole demais.
61. Eu costumo saber como as pessoas me vêem e isso me dói muito.
62. Eu gostaria de conseguir pensar melhor antes de agir.
63. Geralmente sinto que existem más intenções por detrás do que as pessoas dizem ou fazem.
64. Se eu começo algo, eu trabalho até completá-lo.
65. As pessoas já me chamaram de manipulador(a).
66. Sou uma pessoa muito imprevisível emocionalmente.
67. Tenho dificuldade para me esforçar em concluir as coisas.
68. Intensa alegria ou felicidade são sentimentos normalmente desconhecidos para mim.
69. Às vezes minha raiva toma conta de mim.
70. Não existe desculpa para não cumprir códigos morais.
71. Se alguém começar uma briga física, eu não fujo dela.
72. Não estar à altura das expectativas dos outros é um peso constante para mim.
73. As pessoas dizem que sou bastante desorganizado(a) e confuso(a).
74. Busco a perfeição, mesmo naquilo que outras pessoas chamam de detalhes sem importância.
75. É realmente muito vergonhoso fracassar publicamente.
76. Antes de ajudar alguém, eu quero saber o que vou ganhar em troca.
77. Passo muito tempo me preocupando(a) com o que pode acontecer.
78. É difícil me manter em uma tarefa quando tenho que fazê-la sozinho(a).
79. Eu gostaria de não me importar tanto com o que os outros pensam de mim.
80. Prefiro ser um membro do grupo do que ser o líder.
81. Fico tão envolvido(a) com o meu trabalho que fico sem tempo para outras coisas.
82. Estou disposto(a) a explorar as pessoas para alcançar meus próprios objetivos.

83. Eu tenho dificuldade em controlar meu humor.
84. Eu costumo me expressar com tão pouca clareza que até deixo os outros confusos.
85. Eu sou definitivamente uma pessoa de hábitos.
86. Eu me irritado facilmente.
87. Já me chamaram de mandão ou mau.
88. Eu penso em suicídio desde a adolescência.
89. Meus julgamentos rápidos e precipitados às vezes me causam problemas.
90. É muito difícil suportar as pessoas rindo de mim.
91. As pessoas me consideram alguém bastante sério(a) e reservado(a).
92. Eu posso ser bastante exigente quando se trata de dever e honra.
93. Não tenho muita autodisciplina quando trabalho sozinho(a).
94. Não acho que as regras se apliquem a mim tanto quanto se aplicam aos outros.
95. Às vezes sinto que os outros tem algo contra mim.
96. Eu já tive problemas por não cumprir minhas obrigações com os outros.
97. Muitas vezes fico nervoso(a) pensando se alguém não vai mais querer ficar comigo.
98. Acredito que segurança e previsibilidade são sempre melhores do que excitação e perigo.
99. Sentir pena dos outros é um sinal de fraqueza.
100. Muitas vezes sinto que a vida me sobrecarrega.
101. Quando eu coloco alguma coisa na cabeça, nada me impede de ir até o fim.
102. Eu já tive problemas com figuras de autoridade.
103. Tenho pouquíssima esperança de que as coisas melhorem para mim.
104. Costumo entrar de cabeça nas coisas sem pensar muito no futuro.
105. Eu me sinto muito mal quando sou humilhado(a) na frente dos outros.
106. Sou emocionalmente distante da maioria das pessoas.
107. Penso várias vezes antes de tomar uma decisão.
108. Tenho facilidade em fazer que os outros fiquem sexualmente atraídos por mim.
109. As pessoas me deixam ansioso(a).
110. Eu tendo a cometer muitos erros.
111. Enganarei as pessoas se eu achar necessário.
112. É difícil confiar nos meus sentimentos, pois eles mudam com muita facilidade.
113. Eu me considero melhor que os outros.
114. Eu tenho o hábito de chegar a conclusões antes de conhecer todos os fatos.
115. Às vezes me sinto sem valor.
116. Acho que há poucas coisas que são prazerosas para se apreciar.
117. Fico obcecado(a) para terminar as coisas que precisam ser feitas.
118. Eu não me apego a nenhuma forma de organização ou ordenação das coisas.
119. As críticas que recebo às vezes me deixam realmente furioso(a).
120. Faço qualquer coisa para sentir "adrenalina".
121. Incomoda-me como a sociedade está perdendo seus fortes princípios morais.

ITENS POR DOMÍNIOS, FACETAS E NUANCES

AFETIVIDADE NEGATIVA (domínio)

Raiva (faceta)

Irritação: 49, 86.

Raiva Desregulada: 10, 69.

Raiva Reativa: 30, 119.

Ansiedade (faceta)

Apreensão de Avaliação: 1, 77.

Insegurança de Separação: 22, 97.

Ansiedade Social: 39, 109.

Depressividade (faceta)

Inadequação Interpessoal: 12, 72.

Pessimismo: 51, 103.

Suicidalidade: 34, 88.

Falta de Valor: 58, 115.

Desconfiança (faceta): 18, 63, 95.

Labilidade Emocional (faceta)

Desregulação Afetiva: 7, 55, 83.

Mudança Emocional Rápida: 45, 66, 112.

Vergonha (faceta)

Humilhação: 36, 75, 105.

Preocupação com a Imagem de Si: 16, 61, 90.

Vulnerabilidade (faceta)

Fragilidade: 4, 42, 100.

Necessidade de Admiração: 26, 79.

DESINIBIÇÃO (domínio)

Busca de Sensação (faceta): 23, 56, 120.

Desordem (faceta)

Desorganização: 17, 73, 118.

Discurso Desorganizado: 50, 84.

Imprudência (faceta)

Comportamento Imprudente: 6, 62, 104.

Pensamento Imprudente: 29, 89, 114.

Irresponsabilidade (faceta)

Distraibilidade: 35, 78, 93.

Impersistência: 11, 27, 67.

Inaptidão: 43, 110.

Negligência: 47, 96.

DISTANCIAMENTO (domínio)**Distanciamento Emocional (faceta)**

Anedonia: 13, 68.

Anedonia Física: 44, 116.

Anedonia Social: 31, 106.

Distanciamento Social (faceta)

Frieza: 24, 91.

Isolamento Social: 2, 52.

Inassertividade (faceta): 19, 59, 80.

DISSOCIABILIDADE (domínio)

Agressividade (faceta)

Agressão Física: 15, 71.

Agressão Passiva: 48, 102.

Agressão Verbal: 33, 87.

Egocentrismo (faceta)

Arrogância: 54, 113.

Egoísmo: 5, 76.

Superioridade: 21, 94.

Vaidade: 38, 108.

Falta de Empatia (faceta)

Exploração: 28, 82.

Insensibilidade: 9, 60, 99.

Manipulação: 41, 65, 111.

ANANCASTIA (domínio)

Inflexibilidade (faceta)

Aversividade ao Risco: 32, 98.

Dogmatismo: 40, 70, 121.

Pensamento Ruminativo: 25, 53, 107.

Rigidez: 14, 85.

Perfeccionismo (faceta)

Escrupulosidade: 20, 57, 92.

Meticulosidade: 3, 37, 74.

Vício em Trabalho (faceta)

Preocupação com o Trabalho: 8, 46, 81.

Obstinação: 64, 101, 117.

Anexo 4 – Borderline Pattern Scale - BPS-Br

Instruções:

Abaixo estão listadas várias afirmações sobre como você pode se sentir ou se comportar. Por favor, marque para cada afirmação a resposta que melhor descreve você em uma escala de 1 a 5 pontos, em que 1 = discordo totalmente da afirmação, 2 = discordo, 3 = neutro, 4 = concordo e 5 = concordo totalmente com a afirmação. Por favor, leia cada item com atenção e marque a resposta que melhor corresponde com o seu nível de concordância e discordância. Não há respostas certas ou erradas. Descreva-se de forma honesta e exponha suas opiniões o mais fielmente possível.

1. Eu sou emocionalmente instável.
2. Frequentemente me sinto muito envergonhado(a).
3. Tenho problemas para entender a perspectiva dos outros.
4. Eu faço ferimentos em mim mesmo quando estou chateado(a).
5. Meus sentimentos mudam drasticamente.
6. A forma como me vejo muda muito.
7. Meus relacionamentos tendem a ser muito instáveis.
8. Eu não tenho muito autocontrole sobre o que faço.
9. Eu fico com raiva muitas vezes.
10. Eu gostaria de ser outra pessoa.
11. Um dos meus maiores medos é ser abandonado(a).
12. As pessoas dizem que eu lido mal com meus sentimentos.

ITENS POR COMPONENTES

- (1) Instabilidade Afetiva (IA): 1, 5, 9.
- (2) Funcionamento Mal adaptativo do Self (FMS): 2, 6, 10.
- (3) Funcionamento Interpessoal Mal Adaptativo (FIM): 3, 7, 11.
- (4) Estratégias Mal adaptativas de Regulação (EMR): 4, 8, 12.

Anexo 5 – Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder - SAS-PD

Este questionário contém uma série de itens relacionados a nove aspectos da vida de uma pessoa. Para cada item, por favor, indique qual das quatro afirmações melhor descreve como as coisas geralmente são para você. Estamos mais interessados em saber como as coisas geralmente são para você, ao invés de como elas vem acontecendo nos últimos dias ou semanas.

Para cada aspecto sobre você ou sua vida, marque, por favor, a caixa que melhor descreve como você geralmente é.

- 1. Estar com outras pessoas**
 - Gosto de estar com outras pessoas
 - Às vezes, acho difícil estar com outras pessoas
 - De modo geral, não gosto de estar com outras pessoas
 - Não gosto de estar com outras pessoas de jeito nenhum e faço de tudo para evitá-las
- 2. Confiar em outras pessoas**
 - Não tenho dificuldade de confiar nas pessoas
 - Às vezes, acho difícil confiar nos outros
 - Existem pouquíssimas pessoas em quem posso confiar
 - Não confio em ninguém e por causa disso não consigo fazer as coisas que preciso fazer
- 3. Amizades**
 - Não tenho dificuldade de fazer e manter amigos
 - Acho difícil fazer e manter amigos
 - Tenho pouquíssimos amigos
 - Não tenho amigos
- 4. Temperamento**
 - Não perco a calma facilmente
 - Perco a calma mais facilmente que outras pessoas
 - Perco a calma facilmente e isso me coloca em situações difíceis
 - Perco a calma facilmente e isso tem me levado a machucar a mim mesmo ou a outras pessoas
- 5. Agir por impulso**
 - Nunca ou raramente ajo por impulso
 - Às vezes, ajo por impulso
 - Agir por impulso me coloca em problemas com os outros
 - Agir por impulso tem me levado a machucar a mim mesmo ou a outras pessoas
- 6. Preocupação**
 - De modo geral, não sou uma pessoa preocupada
 - Às vezes, me preocupo com coisas que outras pessoas não se preocupam
 - Eu, geralmente, sou preocupado
 - A minha constante preocupação me impede de fazer as coisas que preciso fazer
- 7. Ser organizado**
 - Para mim, está tudo bem se as coisas não estão bem organizadas
 - Eu não gosto quando as coisas não estão bem organizadas
 - Fico tentando organizar as coisas e isso interfere na maioria das coisas que preciso fazer
 - Fico tentando organizar as coisas e isso acaba me impedindo de fazer tudo o que preciso fazer
- 8. Importar-se com outras pessoas**

- Eu me importo sobre como os outros estão se sentindo
- Não presto muita atenção se o que faço afeta as outras pessoas
- Não me importo se o que faço fere os sentimentos das outras pessoas
- As pessoas dizem que sou “frio” ou insensível

9. Confiança em si

- Geralmente, concluo as coisas que preciso fazer por conta própria
- Ao resolver coisas, gosto de receber ajuda de outras pessoas
- Ao resolver coisas, geralmente preciso da ajuda de outras pessoas
- Não consigo fazer nada sozinho (por conta própria)

Anexo 6 – Level of Personality Functioning Scale – Brief Form (LPFS-BF)³

Versão Original
Hutsebaut, Feenstra, & Kamphuis (2016).

Versão Brasileira
Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

Instrução: Marque em cada uma das afirmativas abaixo o quanto que elas se aplicam a você neste momento. Para tanto, use a legenda abaixo:

- 1- *Muito falsa ou frequentemente falsa*
- 2- *Às vezes falsa ou um pouco falsa*
- 3- *Às vezes verdadeira ou um pouco verdadeira*
- 4- *Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira*

1.	Frequentemente não sei quem sou.	1	2	3	4
2.	Frequentemente tenho pensamentos muito negativos sobre mim mesmo.	1	2	3	4
3.	Minhas emoções mudam sem que eu tenha controle sobre elas.	1	2	3	4
4.	Não tenho ideia de onde quero chegar em minha vida.	1	2	3	4
5.	Frequentemente não entendo meus próprios pensamentos e sentimentos.	1	2	3	4
6.	Muitas vezes faço exigências irrealistas para mim mesmo.	1	2	3	4
7.	Frequentemente tenho dificuldade de entender os pensamentos e sentimentos dos outros.	1	2	3	4
8.	Muitas vezes tenho dificuldade de tolerar quando os outros discordam de mim.	1	2	3	4
9.	Frequentemente não entendo totalmente por que meu comportamento tem um determinado efeito sobre os outros.	1	2	3	4
10.	Meus relacionamentos e amizades nunca duram por muito tempo.	1	2	3	4
11.	Muitas vezes me sinto inseguro quando minhas relações se tornam mais íntimas.	1	2	3	4
12.	Frequentemente não consigo cooperar com os outros de modo que seja satisfatório tanto para mim quanto para os outros.	1	2	3	4

³ Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., & Kamphuis, J. H. (2016). Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Brief Self-report Questionnaire for the Assessment of the Dsm-5 level of Personality Functioning Scale: The Lpfs Brief Form (lpfs-bf). *Personality disorders*, 7(2), 192-197.

Anexo 7 – Personality Inventory for DSM-5-Brief Form Plus Modified (PID-5-BF+M)

A seguir há uma lista de frases que as pessoas usam para se descrever. Gostaríamos de saber como você se descreve. Não há respostas certas ou erradas. Tente ser o mais honesto possível ao responder. Suas respostas são confidenciais. Não há tempo limite. Leia atentamente as frases e atribua pontos de 1 a 4, conforme **o quanto elas são verdadeiras para você**, de acordo com a seguinte escala:

- 1 – **Nada** (não tem nada a ver comigo, falso).
- 2 – **Pouco** (tem um pouco a ver comigo, algumas vezes falso).
- 3 – **Moderadamente** (tem a ver comigo, algumas vezes verdadeiro).
- 4 – **Muito** (tem muito a ver comigo, totalmente verdadeiro).

Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1	2	3	4
001	Tenho reações emocionais muito mais fortes do que a maioria das pessoas				O	O	O	O
002	Eu sou bom em enganar as pessoas.				O	O	O	O
003	Geralmente sou bastante descuidado com minhas coisas e com as dos outros.				O	O	O	O
004	Eu mantenho distância das pessoas.				O	O	O	O
005	Eu geralmente percebo relações incomuns entre coisas que a maioria das pessoas não percebe.				O	O	O	O
006	Insisto em fazer tudo com total perfeição, mesmo deixando as pessoas loucas com isso.				O	O	O	O
007	Estou sempre me preocupando com alguma coisa.				O	O	O	O
008	Às vezes é preciso cometer exageros para chegar à frente dos outros.				O	O	O	O
009	Sinto que ajo totalmente por impulso.				O	O	O	O
010	Nada parece me interessar muito.				O	O	O	O
011	Pessoas já me disseram que eu penso sobre as coisas de um modo realmente estranho.				O	O	O	O
012	É importante para mim que as coisas sejam feitas de uma determinada maneira.				O	O	O	O
013	Eu me preocupo muito em ficar sozinho				O	O	O	O
014	Eu mereço tratamento especial.				O	O	O	O
015	Perco o fio da meada das conversas porque outras coisas chamam a minha atenção				O	O	O	O
016	Prefiro manter relacionamentos amorosos longe de mim				O	O	O	O
017	É estranho, mas algumas vezes objetos comuns parecem ter uma forma diferente do que a usual.				O	O	O	O
018	Continuo tentando melhorar as coisas que faço, mesmo quando elas já estão perfeitas.				O	O	O	O

019	Eu me emociono com facilidade, muitas vezes por uma razão muito pequena.	O O O O
020	É fácil, para mim, tirar vantagem dos outros.	O O O O
021	Muitas vezes esqueço de pagar minhas contas.	O O O O
022	Não gosto de passar meu tempo com os outros.	O O O O
023	Eu já tive algumas experiências realmente esquisitas que são difíceis de se explicar.	O O O O
024	Eu tenho um modo rigoroso de fazer as coisas.	O O O O
025	Eu me preocupo com quase tudo.	O O O O
026	Eu exagero a verdade se isso me trazer vantagens.	O O O O
027	Não consigo parar de tomar decisões precipitadas, mesmo sabendo que sou assim.	O O O O
028	Raramente fico entusiasmado com alguma coisa.	O O O O
029	Eu tenho vários hábitos que os outros acham que são excêntricos ou estranhos.	O O O O
030	Já me disseram que perco muito tempo me assegurando que as coisas estão no seu devido lugar.	O O O O
031	Não suporto ser deixado sozinho, mesmo que por algumas horas.	O O O O
032	Eu frequentemente preciso lidar com pessoas que são menos importantes que eu.	O O O O
033	Eu facilmente me distraio.	O O O O
034	Eu termino meus relacionamentos se eles começarem a ficar muito íntimos.	O O O O
035	Às vezes eu olho para um objeto familiar e é como se eu o estivesse vendo pela primeira vez.	O O O O
036	As pessoas reclamam sobre minha necessidade de ter tudo planejado.	O O O O

Anexo 8 – Big Five Inventory 2 – Short Version (BFI-2-S)

Abaixo apresentamos algumas características pessoais que podem ou não ter a ver com você. Por favor, escolha um dos números, na escala abaixo, que melhor indique sua opinião em relação a você mesmo, e assinale o número ao lado de cada afirmação. Vale ressaltar que não existem respostas certas ou erradas.

1 Nada Não tem nada a ver comigo	2 Pouco Tem um pouco a ver comigo	3 Moderadamente As vezes tem e as vezes não tem a ver comigo	4 Muito Tem muito a ver comigo	5 Totalmente Tem tudo a ver comigo
---	--	---	---	---

Itens	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	5 - Totalmente	1	2	3	4	5
1	Costumo ser quieto					0	0	0	0	0
2	Me importo com os outros e tento ajudá-los quando precisam de mim					0	0	0	0	0
3	Costumo ser desorganizado					0	0	0	0	0
4	Eu me preocupo demais com tudo					0	0	0	0	0
5	Admiro a arte, música ou literatura					0	0	0	0	0
6	Assumo com facilidade a posição de liderança, de poder					0	0	0	0	0
7	Às vezes, sou mal-educado com os outros					0	0	0	0	0
8	Tenho dificuldade para começar as tarefas					0	0	0	0	0
9	Com frequência sinto-me deprimido, triste					0	0	0	0	0
10	Tenho pouco interesse por ideias abstratas					0	0	0	0	0
11	Sou cheio de energia					0	0	0	0	0
12	Acredito na bondade das pessoas					0	0	0	0	0
13	Sou uma pessoa comprometida, os outros podem contar comigo					0	0	0	0	0
14	Sou emocionalmente estável, dificilmente fico irritado					0	0	0	0	0
15	Sou original, tenho ideias novas					0	0	0	0	0
16	Sou extrovertido, sociável					0	0	0	0	0
17	Posso ser indiferente, frio e distante dos outros					0	0	0	0	0
18	Mantenho as coisas limpas e arrumadas					0	0	0	0	0
19	Sou calmo, e controlo bem meu estresse					0	0	0	0	0
20	Tenho poucos interesses artísticos					0	0	0	0	0
21	Prefiro que os outros tomem as decisões					0	0	0	0	0
22	Trato as pessoas com respeito					0	0	0	0	0
23	Sou persistente, me dedico às tarefas até que estejam terminadas					0	0	0	0	0
24	Sinto-me confiante, satisfeito com quem eu sou					0	0	0	0	0
25	Gosto de pensar profundamente sobre as coisas					0	0	0	0	0
26	Sou menos ativo do que outras pessoas					0	0	0	0	0
27	Costumo achar defeitos nos outros					0	0	0	0	0
28	Sou meio desleixado, não tenho cuidado na hora de fazer as coisas					0	0	0	0	0
29	Sou nervoso, fico irritado com facilidade					0	0	0	0	0
30	Tenho pouca criatividade					0	0	0	0	0

Anexo 9 - Inventory of Personality Organization – versão brasileira reduzida - IPO-Br-R

Instruções:

As páginas seguintes contêm afirmativas que as pessoas usam para se descrever. Tente ser o mais honesto e sério possível ao marcar as respostas que descrevam seus sentimentos e atitudes. Leia cada afirmativa e decida como ela se aplica a você em suas atividades diárias, sentimentos, pensamentos e relacionamentos. Então, **marque** o número que melhor corresponda ao que se passa com você. Se a afirmativa não se aplicar de forma alguma, circule “1” (Nunca verdadeiro). Se a afirmativa se aplicar totalmente a você, circule “5” (Sempre verdadeiro). Se a afirmativa não for “Sempre” ou “Nunca” verdadeira para você, use os números “2”, “3” e “4” para identificar a frequência ou a intensidade com que a afirmativa ocorre em sua vida. Algumas afirmativas podem referir-se a duas coisas; responda com valores mais altos somente se **ambas** as partes da frase se aplicar a você. Não há limite de tempo para completar esta atividade, mas é melhor preencher o mais rápido que lhe seja confortável. *Seria melhor colocar a primeira resposta que lhe ocorrer.* Por favor, preencha **todos** os itens.

01	Eu tenho visto coisas que não existem na realidade	① ② ③ ④ ⑤
02	Já que todo mundo finge estar preocupado com os outros e com o que é certo e errado, temos que fazer esse mesmo jogo.	① ② ③ ④ ⑤
03	Não consigo deixar de me arranhar, me beliscar ou fazer coisas que são consideradas dolorosas, mas que para mim, aliviam a tensão.	① ② ③ ④ ⑤
04	Meus objetivos de vida mudam frequentemente a cada ano.	① ② ③ ④ ⑤
05	Eu me sinto aliviado machucando, cortando ou causando dor física a mim mesmo.	① ② ③ ④ ⑤
06	Já tentei me suicidar.	① ② ③ ④ ⑤
07	Eu tenho medo de que as pessoas que considero importantes, repentinamente mudem seus sentimentos em relação a mim.	① ② ③ ④ ⑤
08	Eu tenho prazer com o sofrimento dos outros.	① ② ③ ④ ⑤
09	Quando estou nervoso ou confuso, parece que as coisas do mundo não fazem sentido.	① ② ③ ④ ⑤
10	Já me disseram que eu gosto de ver outras pessoas sofrendo.	① ② ③ ④ ⑤
11	Eu ajo de modo que parece imprevisível e instável aos outros.	① ② ③ ④ ⑤
12	Meus objetivos estão sempre mudando.	① ② ③ ④ ⑤
13	Quando escuto vozes ou vejo coisas, não tenho certeza se é minha imaginação ou se são reais.	① ② ③ ④ ⑤
14	Eu costumo sentir as coisas de formas extremas: ou com grande alegria, ou com intenso desespero.	① ② ③ ④ ⑤
15	Nem as pessoas que me conhecem bem conseguem adivinhar como eu vou agir.	① ② ③ ④ ⑤
16	Sinto algum tipo de satisfação em fazer os outros sofrerem.	① ② ③ ④ ⑤
17	Tem momentos em que meu comportamento está de acordo com o que aprendi ser correto e, em outras vezes, ajo de maneira imoral ou amoral.	① ② ③ ④ ⑤
18	Já que todos pensam somente em si, é melhor fazer o mesmo e não ser um otário.	① ② ③ ④ ⑤
19	Eu não consigo explicar minhas mudanças de comportamento.	① ② ③ ④ ⑤
20	Escuto coisas que outras pessoas dizem que não são reais.	① ② ③ ④ ⑤

Anexo 10 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**O modelo diagnóstico de transtornos da personalidade da CID-11: Estudos psicométricos**”, de responsabilidade de **Neidsoni Pereira de Oliveira**, mestrando do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília. O **objetivo desta pesquisa** é analisar as propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação de transtornos de personalidade, de acordo com a operacionalização da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a CID-11, traduzidos e adaptados ao idioma e cultura do Brasil, a saber, os instrumentos: PiCD (Personality Inventory for ICD-11), FFiCD (Five-Factor Personality Inventory for ICD-11) e BPS (Borderline Pattern Scale). Assim, **gostaríamos de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.**

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

Você poderá obter esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa (início, durante e após a finalização) por meio do e-mail: **pesquisapersonaliddecid11unb@gmail.com**. É assegurado que o seu nome não será divulgado (você sequer precisará informá-lo), sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, a saber, suas respostas aos questionários, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa em local seguro.

A coleta de dados será realizada por meio de questionários eletrônicos nessa plataforma online. Os questionários têm questões sobre aspectos de sua personalidade e saúde e gostaríamos que você os respondesse de forma honesta e sincera. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa implica em risco mínimo, como ter que dispor de cerca de 45 minutos para responder aos questionários, além de poder apresentar cansaço ou algum desconforto ao longo dos questionários. Para tanto, lembramos que você pode interromper a participação a qualquer momento, assim como contatar o pesquisador para dúvidas por meio do e-mail pesquisapersonaliddecid11unb@gmail.com.

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

Espera-se com esta pesquisa oferecer para a comunidade clínica e científica, brasileira e internacional, versões dos instrumentos PiCD, FFiCD e BPS, adaptados transculturalmente ao contexto brasileiro, que sejam válidos e fidedignos para a avaliação dos domínios de traços de transtornos de personalidade e padrão borderline, conforme modelo dimensional da CID-11. Além disso, você poderá se beneficiar diretamente dessa pesquisa ao poder refletir e autoavaliar suas características de personalidade ao responder os questionários.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode nos contatar através do e-mail pesquisapersonaliddecid11unb@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados de participação individual no estudo serão devolvidos aos participantes por meio do relatório de desempenho. Os resultados do estudo serão publicados na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107-1592.

Clique no botão abaixo caso você decida participar dessa pesquisa e você será direcionado para o primeiro questionário. Caso você não concorde em participar dessa pesquisa, basta você fechar essa janela.

Anexo 11 – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP (PDF)

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O modelo diagnóstico de transtornos da personalidade da CID-11: Estudos psicométricos

Pesquisador: NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45817421.6.0000.5540

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.725.184

Apresentação do Projeto:

Nível e Área: Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura (Universidade de Brasília).

Justificativa / Motivação: "A Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) para entrar em vigor em 01/01/2022. Dentre as novidades da CID-11 se encontra a nova classificação dos transtornos de personalidade (TPs) que passa a ser baseada no modelo dimensional de gravidade, modificando drasticamente a forma de diagnóstico desse transtorno mental [...] Com a aprovação da 11ª revisão da CID, o modelo dimensional dos TPs é incorporado como novo modelo de diagnóstico, e, considerando que a CID é obrigatória para os países membros da OMS, inclusive o Brasil que a adota como referência no Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo setores público e privado, mostra-se necessária e oportuna a apresentação desse novo modelo e sua forma de operacionalização. [...] As informações relevantes para o diagnóstico de TPs da CID-11 podem ser coletadas de forma semelhante à CID-10, ou seja, por meio de entrevistas clínicas, revisão de prontuários, observações, ou instrumentos de avaliação elaborados com essa finalidade. Quanto aos instrumentos de mensuração da gravidade de TPs da CID-11 [...] existe a ferramenta 'Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder – SASPD ('Avaliação Padronizada de Gravidade do Transtorno de Personalidade'). Em relação aos domínios qualificadores existem três instrumentos elaborados por Joshua R. Oltmanns e Thomas A. Widiger, a saber:

a) Personality Inventory for ICD-

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

Continuação do Parecer: 4.725.184

11 – PiCD, (Inventário de Personalidade da CID-11); b) Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 - FFICD; (Inventário de Personalidade de Cinco Fatores para a CID-11); c) Borderline Pattern Scale – BPS, (Escala de Padrão Borderline). [...] Considerando que o PiCD, FFICD e BPS são instrumentos originalmente elaborados em língua inglesa, com estudos de validação realizados nos Estados Unidos, e, diante dessa nova forma de classificação, esses três instrumentos de avaliação dos domínios de traços dos transtornos de personalidade carecem de uma versão traduzida e adaptada à cultura brasileira, que é a proposta do presente estudo, uma vez que a CID é o manual padrão de diagnóstico utilizado pelo Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil e sua 11ª revisão entrará em vigor em 01.01.2022, que inclui a mudança para o modelo dimensional de diagnóstico dos transtornos de personalidade, conforme exposto”.

Metodologia. “O delineamento da pesquisa será descritivo e correlacional por meio de surveys, não havendo intervenção nos participantes, os quais apenas responderão questionários de autorrelato. O processo previsto para apresentação de uma adaptação transcultural e validação de instrumentos de avaliação de transtorno de personalidade se dividirá em duas fases. Na primeira, esse estudo propõe se alinhar com as Diretrizes da International Test Commission (ITC) para Tradução e Adaptação de Testes (International Test Commission, 2017) e nas etapas propostas por Beaton et al (2000) para proceder a adaptação transcultural dos instrumentos PiCD, FFICD e BPS. Os passos preliminares, de acordo com essas referências se iniciam pela obtenção de permissão necessária dos autores dos instrumentos (já autorizado neste momento de apresentação de projeto), e, em seguida proceder as etapas de tradução dos instrumentos por no mínimo dois brasileiros fluentes nos dois idiomas e com conhecimentos em psicologia/psicometria, síntese, retradução, revisão por especialistas e aplicação de pré-teste. [...] Para a avaliação das propriedades psicométricas os instrumentos alvos (após a adaptação transcultural), em conjunto com outros instrumentos que avaliam construtos semelhantes, serão aplicados a uma amostra de 500 indivíduos da população brasileira. [...] Os participantes serão recrutados via redes sociais (facebook, instagram, whatsapp), dentre brasileiros, de ambos os gêneros, a partir de 18 anos de idade, que residam no Brasil, e tenham como nível mínimo de escolaridade o fundamental, ocorrendo a coleta de dados por meio de um survey online. [...] não haverá convites enviados por meio de listas que permitam a identificação dos convidados nem a visualização dos seus dados de contato por terceiros. [...] [Os participantes] responderão o questionário de dados sociodemográficos e, em seguida, responderão sobre si mesmos uma bateria fixa de instrumentos (PiCD, FFICD, BPS e SAS-PD) e randomizados a responder alternativamente um dos seguintes

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

Continuação do Parecer: 4.725.184

grupos de instrumentos: Grupo 1 (LPFS-BF 2.0 e PID-5-BF+); Grupo 2 (IPO-Br-R e BFI-2-SV). [...] Os dados serão analisados dentro da abordagem estatísticas quantitativa, por meio de descritivas, bivariadas e multivariadas. Para a investigação da estrutura interna dos serão feitas modelagens de equações estruturais exploratórias. A instrumentos alvos consistência interna será investigada por meio dos coeficientes do alfa de Cronbach e do ômega de MacDonal. A validade convergente será examinada por meio de análises correlacionais e de regressão múltipla.”.

Cronograma. O início da coleta de dados está previsto para 01/07/2021 e o fim da análise de dados está previsto para 01/10/2021.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o projeto apresentado, o objetivo primário que se tem com a pesquisa é “analisar as propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação de transtornos de personalidade, de acordo com a operacionalização da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a CID-11, traduzidos e adaptados ao idioma e cultura do Brasil”.

Já os objetivos secundários são os seguintes: “a) analisar psicometricamente a estrutura interna dos instrumentos; b) verificar as evidências de validade e fidedignidade clínica dos instrumentos adaptados ao contexto linguístico-cultural brasileiro”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o projeto apresentado, “como se trata de um ambiente online, há sempre uma possibilidade de intrusão de agentes externos, como hacker. Os participantes são avisados dessa possibilidade no TCLE. Vale notar que os participantes não se identificam nominalmente nos protocolos. Assim, caso haja um extravio de dados, o agente deve hackear não somente a base de dados, mas também o computador do respondente para associar as informações do banco com os dados de identificação do respondente por meio da associação do IP. Os dados serão mantidos criptografados e protegidos por senha para proteger as informações dos participantes. Além disso, os questionários versam sobre diferentes aspectos da personalidade e da saúde dos respondentes, de modo que a resposta a esses conteúdos pode gerar desconforto psicológico e é dito aos participantes que eles podem interromper a participação a qualquer momento. Além disso, a literatura tem mostrado que a exposição a conteúdos negativos não é fator de risco para comportamentos autolesivos [...] Os participantes dos diferentes estudos serão informados dos procedimentos e serão garantidos os direitos de autonomia e anonimato. O direito de decidir participar e retirar seu consentimento será garantido durante toda a pesquisa, e, no TCLE é

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

Continuação do Parecer: 4.725.184

informado que, em razão dos questionários serem anônimos, sem possibilidade de identificação do participante, há a impossibilidade de exclusão dos dados da pesquisa após clicar no botão “enviar” ao fim do questionário”.

Ainda de acordo com o projeto, “A participação neste estudo gerará benefícios diretos aos participantes uma vez que ao final dos questionários eles terão acesso a um relatório de desempenho. [...] Isso promoverá um maior autoconhecimento dos participantes e possibilitará que eles reflitam sobre suas características pessoais. A participação na pesquisa gerará, ainda, benefícios científicos e sociais, uma vez que o produto da pesquisa gerará esclarecimentos acerca do modelo de nível de funcionamento da personalidade proposto pela CID-11, além de oferecer para a sociedade instrumentos com adequadas propriedades psicométricas para a avaliação desse funcionamento de forma válida e confiável”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A análise do projeto indicou que, de fato, os riscos aos participantes foram corretamente avaliados e os procedimentos sugeridos para minimizá-los estão adequados. O TCLE possui as informações necessárias para a compreensão da pesquisa por parte dos participantes. Os outros documentos apresentados esclarecem de forma satisfatória o estudo a ser realizado. De modo geral, o projeto cumpre com as exigências propostas pelas Resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram fornecidos todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

As recomendações são as seguintes:

1. Considerar as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para pesquisas em ambiente virtual, presentes no Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Há orientações que podem ser úteis à pesquisa proposta;
2. Em trechos de avaliação de risco como o colocado no projeto, no qual se afirma que “a literatura tem mostrado que a exposição a conteúdos negativos não é fator de risco para comportamentos autolesivos”, a recomendação é que a literatura específica seja, de fato, citada, de modo a oferecer suporte à avaliação de riscos apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontradas pendências.

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

Continuação do Parecer: 4.725.184

Considerações Finais a critério do CEP:

Sugere-se, durante e após a realização da pesquisa, o envio dos relatórios parciais e finais, respectivamente.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1726591.pdf	14/04/2021 11:39:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Doc00_Projeto_de_Pesquisa.pdf	14/04/2021 11:38:19	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Doc06_Carta_de_Revisao_Etica_CEP_CHS.pdf	14/04/2021 11:35:56	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Doc07_TCLE.pdf	14/04/2021 11:34:20	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Doc_11_Questionario_Sociodemografico.pdf	05/04/2021 16:22:27	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Doc_Folha_de_Rosto.pdf	05/04/2021 16:21:28	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Doc09_Orcamento.pdf	31/03/2021 20:56:41	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Doc08_Cronograma.pdf	31/03/2021 20:56:26	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Doc05_Curriculo_Lattes_Sergio_Eduardo_orientador.pdf	31/03/2021 20:52:58	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Doc05_Curriculo_Lattes_neidsonei_pesquisador.pdf	31/03/2021 20:52:40	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Doc04_Justificativa_nao_Apresentacao_Aceite_Institucional.pdf	31/03/2021 20:50:12	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Doc03_Instrumentos_coleta_dados.pdf	31/03/2021 20:48:21	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Doc01_Carta_de_Encaminhamento.pdf	31/03/2021 20:46:42	NEIDSONEI PEREIRA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 4.725.184

BRASILIA, 20 de Maio de 2021

Assinado por:
MARCIO CAMARGO CUNHA FILHO
(Coordenador(a))

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

Página 06 de 06