

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA
CENTRO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA DO HSL/PUCRS

LÍVIA NORA BRANDALISE

**AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO
BRASILEIRA DO “PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-5 (PID-5)” EM
AMOSTRA DE PACIENTES OBESOS CANDIDATOS A CIRURGIA BARIÁTRICA**

Porto Alegre
2017

LÍVIA NORA BRANDALISE

**AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO
BRASILEIRA DO “PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-5 (PID-5)” EM
AMOSTRA DE PACIENTES OBESOS CANDIDATOS A CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada como pré-requisito para a obtenção do grau de mestre em Concentração em Clínica Cirúrgica.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Corá Mottin

Colaboradores: Dr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira, Dr. Lucas Spanemberg e Prof. Dr. César Luís de Souza Brito

Porto Alegre
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B817a Brandalise, Livia Nora

Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do "Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)" em amostra de pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica / Livia Nora Brandalise. – Porto Alegre, 2017.

126 f.

Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde – Área de concentração: Clínica Cirúrgica - Faculdade de Medicina, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Corá Mottin.

Colaboradores: Dr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira , Dr. Lucas Spanemberg e Prof. Dr. César Luís de Souza Brito.

1. Medicina. 2. Obesidade. 3. Cirurgia Bariátrica.
4. Psiquiatria. I. Mottin, Cláudio Corá. II. Oliveira, Sérgio Eduardo Silva de.
III. Spanemberg, Lucas. IV. Brito, César Luís de Souza, V. Título.

CDD 617.43

**Ficha Catalográfica elaborada por Vanessa Pinent
CRB 10/1297**

LÍVIA NORA BRANDALISE

**AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO
BRASILEIRA DO “PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-5 (PID-5)” EM
AMOSTRA DE PACIENTES OBESOS CANDIDATOS A CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada como pré-
requisito para a obtenção do grau de
mestre em Concentração em Clínica
Cirúrgica.

Aprovada em: 20 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Lúcia Helena Freitas Ceitlin

Prof. Dra. Sílvia Pereira da Cruz Benetti

Prof. Dra. Luísa Weber Bisol

Prof. Dra. Nina Rosa Furtado

Porto Alegre
2017

Dedico este trabalho aos meus pais, Rachel e Alcides,
por sempre me incentivarem e valorizarem minhas
conquistas.

E ao meu marido César, pelo amor e suporte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof. Cláudio Corá Mottin pela oportunidade e por todo aprendizado ao longo destes dois anos.

Ao Prof. César Luís de Souza Brito, pelo incentivo, por todo suporte, mas especialmente pelo modelo que representa como Professor desde o início dos meus estudos em Psiquiatria.

Ao colega e amigo Dr. Lucas Spanemberg pelo incentivo à vida acadêmica há muitos anos, pelas idéias, correções, conselhos e amizade.

Ao Dr. Sérgio Eduardo de Oliveira pela disponibilidade, por todo seu conhecimento e suporte técnico-científico a esta dissertação, mas acima de tudo pela forma inspiradora com que ensina. Tê-lo conhecido foi um grande presente neste caminho do mestrado.

A toda equipe do COM PUCRS pelo ótimo convívio, especialmente à Rejane pela pronta disponibilidade em ajudar.

Aos colegas e amigos da equipe de psiquiatria do COM, Karin, Juliana, Luciano e Luiza que estiveram sempre próximos e companheiros compartilhando conhecimentos e me auxiliando no manejo dos desafios.

As acadêmicas de medicina Letícia Debon e Laura Zandoná pelo auxílio na tabulação dos dados.

Ao meu irmão Eduardo, por me acompanhar nas trajetórias de estudo desde pequenino.

Ao meu marido César, pelo amor e pela alegria que me empresta nos momentos difíceis.

E em especial aos meus pais Rachel e Alcides, pelos valores que me passaram, priorizando a educação e formação profissional, mas acima de tudo pelo amor e suporte que sempre deram a todos os meus sonhos.

RESUMO

Introdução: Traços de personalidade são um construto importante no estudo da obesidade, tanto para entender sua influência na gênese desta condição, quanto para avaliar o papel que desempenham nas respostas aos tratamentos, como a cirurgia bariátrica. Até o momento, os principais instrumentos utilizados para o estudo desta relação baseiam-se em modelos que avaliam dimensões de traços normais da personalidade, trazendo resultados conflitantes. Existe portanto, uma demanda por instrumentos que possam fornecer maior acurácia e aperfeiçoar o estudo da personalidade nesta população, captando traços mais disfuncionais. Em uma seção especial para medidas emergentes, a nova edição do Manual Estatístico Diagnóstico dos Transtornos Psiquiátricos (DSM-5) propôs um instrumento para mensurar traços mal-adaptativos de personalidade: o *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5), cujas propriedades psicométricas vem sendo testadas em diversas amostras e localidades. Apesar de promissores resultados, o PID-5 ainda não foi avaliado psicometricamente em outras populações clínicas onde o construto “personalidade” pode ter um impacto importante (em termos etiológicos e prognósticos), como a constituída por obesos candidatos a cirurgia bariátrica.

Objetivo: Investigar as propriedades psicométricas do PID-5 na avaliação dos traços patológicos de personalidade em pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica. Esta é uma etapa metodológica fundamental para verificar se o instrumento mantém suas características técnicas originais viabilizando seu uso e correta interpretação nesta população.

Local: Centro da Obesidade e Síndrome Metabólica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (COM-PUCRS), Porto Alegre, Brasil

Métodos: Estudo transversal envolvendo 312 prontuários de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. Foram coletados dados demográficos e escores de instrumentos aplicados na rotina de avaliação psiquiátrica pré-operatória. A fidedignidade das facetas e domínios do PID-5 foi avaliada através de índices de consistência interna e a unidimensionalidade das facetas através de métodos fatoriais. O teste da estrutura de ordem superior foi realizado por meio do Modelagem de Equações Estruturais Exploratórias. Para investigar a validade convergente, foram calculadas correlações lineares entre as escalas do PID-5 e os escores de

instrumentos de construtos correlatos (depressão, ansiedade, estilos defensivos e qualidade de vida). Dada a característica da amostra, também correlacionamos o instrumento com o índice de massa corporal (IMC) e sintomas compulsivos alimentares. Os dados foram analisados pelos softwares Factor e Mplus.

Resultados: As facetas de personalidade apresentaram-se de forma unidimensional, à única exceção de Exposição a Riscos, melhor explicada por dois fatores. Replicamos a estrutura de ordem superior de 5 fatores do modelo original, com bons coeficientes de congruência. A consistência interna dos domínios foi satisfatória, entretanto algumas facetas demonstraram fragilidades de consistência interna, sobretudo calculados com métodos mais robustos. De forma geral, os domínios e facetas correlacionaram-se de forma esperada com os construtos correlatos.

Conclusão: Este estudo encontrou evidências de propriedades psicométricas adequadas do PID-5 para uma amostra de obesos graves candidatos a cirurgia bariátrica. Nossos resultados indicam que o instrumento é apropriado para ser aplicado nesta população, avaliando coerentemente os domínios e facetas da personalidade do modelo DSM-5. Mais estudos em outros centros são necessários para replicar e reforçar nossos achado.

Palavras chave: *Traços de personalidade, Obesidade, PID-5, Propriedades Psicométricas*

ABSTRACT

Background: Personality traits are an important construct in the study of obesity, both to understand its influence on this condition's origins and to evaluate its role in responses to treatments, such as bariatric surgery. The main models used so far, are based on dimensions of normal personality traits, bringing conflicting results. Hence, there is a demand for instruments that can give more accuracy and improve the study of the personality in this population capturing more dysfunctional traits. In a special section for emerging measures, the new edition of the Diagnostic Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM-5) proposed an instrument to measure personality mal-adaptive traits: the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), whose psychometric properties have been tested in several samples and localities. Despite promising results, PID-5 has not yet been evaluated psychometrically in other clinical populations where the "personality" construct can have an important impact (in etiologic and prognostic ways), such as obese candidates for bariatric surgery.

Objective: The aim of this study is to investigate the psychometric properties of the PID-5 in the evaluation of pathological personality traits in obese candidates for bariatric surgery. This constitutes a fundamental step to assess whether the instrument keeps its original technical features allowing its use and correct interpretation in this population.

Setting: Centro da Obesidade e Síndrome Metabólica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (COM-PUCRS), Porto Alegre, Brazil

Methods: Cross-sectional study involving 312 medical records of patients who applied for bariatric surgery. We collected demographic data and scores from instruments applied in the psychiatric evaluation routine. The reliability of facets and domains was evaluated through internal consistency indices and the unidimensionality of facets was verified through factorial methods. Exploratory Structural Equations Modeling was performed to test the higher order structure of the model. To investigate convergent validity, linear correlations were calculated between PID-5 scales and instrument scores of correlated constructs (depression, anxiety, defensive styles, and quality of life). Given the characteristic of the sample, we also correlated PID-5 with body mass index (BMI) and binge eating symptoms. Data was analyzed by Factor and Mplus softwares.

Results: Facets were unidimensional, with the exception of Risk Taking, better explained by two factors. We replicate the higher order structure of 5 factors of the original model, with good congruence coefficients. The internal consistency of the domains was satisfactory, however, some facets showed fragility of internal consistency, mainly when calculated with more robust methods. In general, the domains and facets correlated as expected with correlated constructs.

Conclusion: This study found evidences of adequate psychometric properties of PID-5 for a sample of obese candidates for bariatric surgery. Our results indicate that the instrument is appropriate to be applied in this population, consistently evaluating personality domains and facets of the DSM-5 model. More studies in other centers are needed to replicate and reinforce our findings.

Key words: *Personality traits, Obesity, PID-5, Psychometric properties*

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação Internacional para Sobrepeso e Obesidade em Adultos de acordo com o IMC:	14
Quadro 2 - Modelo dos Cinco Grandes Fatores	19
Quadro 3 - Quadro 3: Definições dos domínios e facetas do modelo alternativo dimensional dos transtornos de personalidade do DSM-5.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados Demográficos	41
Tabela 2 - Unidimensionalidade e Confiabilidade das Facetas	43
Tabela 3 - Estrutura Fatorial por meio de Modelagem de Equação Estrutural Exploratória (ESEM) com rotação oblíqua-alvo baseada na matriz fatorial de Krueger	45
Tabela 4 - Correlações Domínios, Sintomas Afetivos, Estilos Defensivos, Idade de início da Obesidade, IMC, Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida	47
Tabela 5 - Correlações entre Facetas, Sintomas Afetivos, Estilos Defensivos, IMC, Início da Obesidade, Sintomas Compulsivos e Domínios da Qualidade de Vida	48
Tabela 6 - Estatística Descritiva da Amostra	51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA	13
1.2	OBESIDADE E PERSONALIDADE	15
1.3	OBESIDADE E TRAÇO DE PERSONALIDADE	16
1.4	O MODELO HÍBRIDO DO DSM-5	23
1.5	O PID-5	31
2	JUSTIFICATIVA	33
3	OBJETIVOS	34
3.1	OBJETIVO PRINCIPAL:	34
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	34
4	MÉTODOS	35
4.1	DELINEAMENTO E AMOSTRA	35
4.2	PROTOCOLO DO ESTUDO/ PROCEDIMENTOS	35
4.2.1	Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) - Versão Brasileira	35
4.2.2	Inventário de depressão de Beck (BDI)	36
4.2.3	Inventário de ansiedade de Beck (BAI)	36
4.2.4	World Health Organization Quality of Life Instrument – Short Version (WHOQOL BREF) - Versão Brasileira	36
4.2.5	Defense Style Questionnaire 40 (DSQ-40) - Versão Brasileira	37
4.2.6	Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) – Versão Brasileira	37
4.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	37
4.3.1	Estrutura Fatorial	38
4.3.2	Fidedignidade	39
4.3.3	Validade Convergente	39
4.3.4	Cálculo do Tamanho Amostral	39
4.4	ASPECTOS ÉTICOS, RISCOS E BENEFÍCIOS	39

5	RESULTADOS	40
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	40
5.2	ANÁLISES PSICOMÉTRICAS	42
5.2.1	Unidimensionalidade das Facetas	42
5.2.2	Fidedignidade das Facetas	44
5.2.3	Estrutura de Ordem Superior	44
5.2.4	Validade Convergente	46
5.2.5	Estatística Descritiva	50
6	DISCUSSÃO	52
7	LIMITAÇÕES	56
8	CONCLUSÃO	57
	REFERÊNCIAS	58
	MATERIAL SUPLEMENTAR	65
	APÊNDICE A - Artigo	68
	ANEXO A - Instrumentos	95
	ANEXO B - Aprovação CEP	120
	ANEXO C - Termo de Compromisso para Utilização de Dados	124
	ANEXO D - Carta de Submissão do Artigo	126

1 INTRODUÇÃO

1.1 OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA

A obesidade é uma condição crônica altamente prevalente, de etiologia multifatorial e de alta morbi-mortalidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016). A Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que a obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo contando com 600 milhões de obesos no último levantamento de 2014 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Neste mesmo ano, dados nacionais demonstraram que 52,5% dos brasileiros estão acima do peso e a obesidade alcançou 17,9% da população, havendo uma leve desaceleração. Porto Alegre é a quarta capital em índices de sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2015).

O sobrepeso e a obesidade podem ser definidos como acúmulo anormal de gordura que pode prejudicar a saúde. O Índice de Massa Corporal (IMC) é um índice comumente usado para identificar o grau de obesidade entre adultos, resultado do peso medido em quilogramas (kg) dividido pelo quadrado da altura medida em metros (m²) do indivíduo (ver classificações no Quadro 1). Apesar de muito utilizado, o IMC reflete apenas o excesso de peso, não definindo o conteúdo corporal de gordura ou de massa magra. Além disso, não valoriza a distribuição da gordura corporal, não identificando riscos metabólico e cardiovascular associados à obesidade. Assim, outros parâmetros para detecção de gordura corporal como a circunferência abdominal e exames como bioimpedância e de imagem auxiliam o diagnóstico e o tornam mais específico (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

Quadro 1 - Classificação Internacional para Sobrepeso e Obesidade em Adultos de acordo com o IMC:

Classificação	IMC (Kg/m ²)
Sobrepeso	≥25.00
Obesidade	≥30.00
Obesidade classe I	30.00 - 34.99
Obesidade classe II	35.00 - 39.99
Obesidade classe III	≥40.00

Fonte: World Health Organization (WHO), 2016.

A obesidade está relacionada a uma série de problemas de saúde física, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças articulares e neoplasias, gerando elevados custos em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Mudanças no estilo de vida e tratamentos farmacológicos disponíveis para a obesidade apresentam elevados índices de falha (O'BRIEN; BROWN; DIXON, 2005). A cirurgia bariátrica mostra-se altamente efetiva no tratamento dos pacientes com obesidades grau II e III. A técnica mais comumente utilizada é a derivação gástrica em "Y de Roux" (*by-pass* gástrico), técnica considerada mista por reunir características restritivas e desabsortivas (ADAMS et al., 2007; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016). Constitui-se da criação de uma bolsa gástrica junto à pequena curvatura (com exclusão do restante do estômago) e reconstrução do trânsito em "Y de Roux" (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016). Esta técnica atinge perdas ponderais importantes (até 70% do excesso de peso) e de forma mais duradoura que os tratamentos não-cirúrgicos. A cirurgia bariátrica mostrou-se mais eficaz tanto na redução da mortalidade geral dos pacientes quanto na melhoria de diversos parâmetros de saúde dos pacientes como remissão

da diabetes tipo II, dores articulares e apnéia do sono por exemplo (SJÖSTRÖM, 2013; WOLFE; BELLE, 2014; RIBARIC; BUCHWALD; MCGLENNON, 2014; ADAMS et al., 2007).

Apesar dos evidentes benefícios trazidos pela cirurgia bariátrica, ela apresenta riscos e complicações (mortalidade de aproximadamente 0,5%, complicações mais comuns incluem infecções, deficiências vitamínicas, distúrbios eletrolíticos, osteoporose, hérnias incisionais, *dumping*, entre outras) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016). Além disso, uma minoria dos pacientes (em torno de 20% a 30%) não consegue atingir a perda de peso esperada ou mantê-la após dois anos da cirurgia. A má-aderência às orientações e eventos relacionados a comportamentos alimentares inadequados podem estar envolvidos nesta taxa de insucesso. Assim, fatores psicológicos podem ter um papel importante nos desfechos pós-operatórios dos pacientes bariátricos, porém possíveis preditores de desfecho clínico-cirúrgico não estão bem elucidados (LIVHITS et al., 2012; WIMMELMANN; DELA; MORTENSEN, 2014a; WIMMELMANN; DELA; MORTENSEN, 2014b).

1.2 OBESIDADE E PERSONALIDADE

Para além das comorbidades com doenças cardiovasculares e metabólicas, a obesidade está associada a altas prevalências de transtornos psiquiátricos ao longo da vida (em torno de 60%), principalmente transtornos de humor e de ansiedade. Os pacientes com obesidade grave, como os pacientes candidatos a cirurgia bariátrica, apresentam as maiores prevalências (SIMON et al., 2006; KALARCHIAN et al., 2007; DUARTE-GUERRA et al., 2015; SARWER et al., 2004). A comorbidade entre obesidade e transtornos de personalidade é um importante foco de estudo, porém existe grande variabilidade de achados a este respeito. Obesos compõe um grupo clínico de interesse para o estudo da personalidade, tanto para entender a influência desta na gênese da obesidade quanto para determinar se características funcionais da personalidade podem ter alguma influência sobre os desfechos dos tratamentos, como a cirurgia bariátrica.

Um estudo revisou amplamente as associações entre transtornos de personalidade e obesidade. Pacientes com transtorno de personalidade apresentaram maior risco para desenvolver obesidade e esta por sua vez, parece predizer

prognósticos mais severos para pacientes com transtornos de personalidade. Os transtornos mais prevalentes verificados entre os obesos graves são os do cluster C, especialmente o transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo. Entretanto, esta associação pareceu ser amplamente mediada por sintomas depressivos, uma vez que quando controlada para outros transtornos psiquiátricos, não foi mantida. Os estudos divergiram à respeito da existência de uma associação entre transtorno de personalidade borderline e obesidade, novamente foram apontados possíveis mediadores para esta relação, especialmente a presença de transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) e sintomas de impulsividade (GERLACH; LOEBER; HERPERTZ, 2016). Outro estudo realizado com pacientes candidatos a cirurgia bariátrica mostrou que apesar de mais de um terço dos pacientes terem apresentado diagnósticos de transtornos de personalidade, a maior parte destes foi classificados como “transtorno de personalidade sem outra especificação” (GLINSKI; WETZLER; GOODMAN, 2001). Isto sugere que pacientes obesos apresentam determinadas alterações na personalidade que impactam negativamente em seu funcionamento social e ocupacional, mas que estas não se enquadram nas categorias clássicas delineadas pelos atuais manuais, geralmente refletindo uma mistura de traços.

A partir destas pesquisas, parece haver uma relação entre a patologia da personalidade e obesidade. Entretanto, os diagnósticos categoriais parecem não ser o caminho para o estudo destas relações, uma vez que apresentam grande heterogeneidade sintomatológica dentro de uma mesma classificação diagnóstica (TRULL; DURRETT, 2005). Dentre os vários modelos teóricos sobre a personalidade, a teoria sobre traços de personalidade é a que tem encontrado mais consistência experimental. O conceito de traço refere-se à consistência de resposta individual a uma variedade de situações. O pressuposto básico desse modelo refere-se a uma predisposição ampla para responder de maneira específica a determinadas situações ou vivências, através de comportamentos, sentimentos e pensamentos (PERVIN; JOHN, 2004).

1.3 OBESIDADE E TRAÇO DE PERSONALIDADE

Os modelos mais utilizados para estudar os traços de personalidade e obesidade até o momento foram o modelo psicobiológico de Cloninger (CLONINGER;

SVRAKIC; PRZYBECK, 1993) e o modelo dos cinco grandes fatores (COSTA; MCCRAE, 1992).

O modelo psicobiológico de Robert Cloninger (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993), propõe a existência quatro dimensões de temperamento (Busca de Novidade, Evitação de Dano, Dependência de Recompensa e Persistência) e três dimensões do caráter (Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência). Temperamentos dizem respeito a respostas emocionais e são estáveis ao longo do tempo, enquanto que o caráter expressa o estilo do indivíduo de auto governar-se e pode amadurecer ao longo do tempo. O instrumento criado para mensurar estes traços foi o *Temperament & Character Inventory* (TCI) e sua versão mais recente é o *Temperament & Character Inventory- Revised* (TCI-R). O instrumento é considerado bastante adequado por prover uma verificação reprodutível de variações normais da personalidade (CLONINGER et al., 1994; CLONINGER et al., 1999).

Em uma amostra comunitária, foram comparados traços de personalidade de indivíduos obesos e eutróficos (SULLIVAN et al., 2007). Os obesos atingiram maiores escores de Busca de Novidade, e menores de Persistência e Autodirecionamento. Em uma segunda análise, foram avaliados obesos que faziam parte de um programa de tratamento multidisciplinar (terapia comportamental em grupo, orientação nutricional e atividade física). Em relação aos obesos da comunidade, estes apresentavam maiores escores de Cooperatividade e Dependência de Recompensa, portanto indivíduos de personalidade mais sociável e tolerante, compreendendo um subgrupo de maior adesão aos tratamentos. Os obesos que perderam mais peso tinham menores escores de Busca de Novidade. Altos escores de Busca de Novidade estão associados a impulsividade e a indivíduos que se entediam facilmente, um perfil de personalidade que possivelmente predispõe a obesidade e dificulta o sucesso dos tratamentos.

Em estudo multicêntrico na Itália (DALLE GRAVE et al., 2013), foram avaliadas mulheres obesas que buscavam tratamento. Os traços de personalidade das pacientes obesas incluíram baixos níveis de Autodirecionamento e Cooperatividade quando comparadas a controles. As mulheres obesas com maior pontuação em escala de compulsão alimentar apresentaram escores significativamente maiores em Busca de Novidade e Evitação de Dano que os outros grupos. Já a presença de sintomas do chamado “comer noturno” foram mais associados aos traços de Evitação de Dano e baixo Autodirecionamento. Assim, neste estudo houve diferenças de traços

de personalidade entre a população geral e as obesas. Além disso, a presença de sintomas de transtornos alimentares mostrou-se associada com características específicas da personalidade entre as obesas.

Outro estudo separou pacientes de acordo com tipos de comportamentos alimentares disfuncionais (BAÑOS et al., 2014). A amostra foi constituída exclusivamente por mulheres com obesidade, anorexia nervosa e controles saudáveis. Foi significativa a associação de baixos escores de Autodirecionamento com o “comer emocional” (uma tendência a comer em resposta a emoções negativas), estilo mais presente nos grupos de pacientes obesas e com transtornos alimentares. O traço de temperamento de Busca de Novidade foi associado ao “comer por estímulos externos” (comer mais em resposta a estímulos como a visualização da comida, o cheiro, etc).

López-Pantoja et al. (2012) utilizaram diferentes inventários para avaliar traços de personalidade e patologia psiquiátrica em pacientes obesos comparados a controles. O grupo com obesidade mostrou escores mais baixos em Persistência e Autotranscendência, e escores mais altos em Evitação de dano. Quando controlados para gênero, apenas o grupo feminino apresentou diferenças quanto ao traço de Persistência. Este estudo também utilizou o *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*, um instrumento baseado em uma teoria bio-psico-social de personalidade composto por diversas escalas que investigam patologia psiquiátrica, desde padrões de personalidade a síndromes clínicas. Com esta escala, que capta mais traços patológicos que traços normais da personalidade, as diferenças no grupo de obesos foram mais evidentes principalmente entre as mulheres. O grupo de obesas apresentou escores significativamente maiores de sintomas depressivos, dependência de álcool e principalmente sintomas somatoformes e ansiosos. Com relação a questão de gênero, os autores discutem que não é possível determinar o quanto a obesidade está envolvida na gênese de alguns traços de personalidade, e assim, a condição poderia ter maior impacto psíquico entre as mulheres, lembrando que a imagem física tem importante papel na vida feminina.

Com objetivo de investigar fatores preditores de desfechos favoráveis para cirurgia bariátrica, foi realizado o acompanhamento de pacientes obesos graves submetidos a cirurgia. Como esperado, traço de caráter Cooperatividade foi associado a melhores desfechos (e perda de peso) após dois anos do procedimento. Os autores discutem que este traço costuma estar relacionado a comportamentos de melhor

interação social e busca de suporte, o que explicaria o sucesso destes pacientes (AGÜERA et al., 2015).

Um dos mais consistentes modelos de personalidade é também o mais utilizado para avaliar traços nos estudos em obesidade: o modelo dos Cinco Grandes Fatores (*the Big Five*). Este modelo é baseado em inúmeras pesquisas e análises fatoriais que ao longo de décadas chegaram a identificação de cinco traços de personalidade globais: Neuroticismo, Extroversão, Abertura a Experiências (ou simplesmente Abertura), Amabilidade e Conscienciosidade (COSTA; MCCRAE, 1992). Estes traços resumizam facetas mais específicas da personalidade conforme indicado no Quadro 2.

Quadro 2 - Modelo dos Cinco Grandes Fatores

Fatores	Neuroticismo	Extroversão	Abertura	Amabilidade	Conscienciosidade
Facetas	Ansiedade	Acolhimento	Fantasia	Confiança	Competência
	Hostilidade	Gregarismo	Estética	Franqueza	Ordem
	Depressão	Assertividade	Sentimentos	Altruísmo	Senso de dever
	Autoconsciência	Atividade	Ações	Aquiescência	Direcionamento
	Impulsividade	Busca de sensações	Idéias	Modéstia	Autodisciplina
	Vulnerabilidade	Emoções positivas	Valores	Sensibilidade	Deliberação

Fonte: Adaptado de COSTA; MCCRAE (1992).

Existem diversos instrumentos baseados neste modelo, sendo o mais comumente utilizado o NEO-PI. Algumas versões já foram desenvolvidas e a mais recente é a NEO PI –R (COSTA; MCCRAE, 1992).

Em recente metanálise, foram analisados dados de coortes de diferentes países para verificar associação dos traços de personalidade do modelo dos cinco grandes fatores com obesidade (JOKELA et al., 2013). Altos escores em Conscienciosidade foram associados com baixo risco para obesidade ([OR] = 0.84; 95% , IC= 0.80–0.88). Além disso, em análise longitudinal, Conscienciosidade foi traço

preditor de menor risco para obesidade em indivíduos inicialmente não obesos (OR = 0.88, IC 95% = 0.85–0.92) e também foi associada com maior probabilidade de reversão para não obesidade entre indivíduos inicialmente obesos (OR = 1.08, IC 95% = 1.01–1.14). Outros traços de personalidade foram relacionados a obesidade nos estudos individualmente, entretanto, nesta análise não foram identificadas outras associações significativas. Os autores concluíram que Conscienciosidade pode ser o único traço dos cinco grandes fatores consistentemente associado com a obesidade.

Entretanto, em uma extensa revisão sistemática realizada por Gerlach e colaboradores (GERLACH; HERPERTZ; LOEBER, 2015), reunindo artigos que utilizavam diferentes modelos, o traço Neuroticismo, em especial a faceta Impulsividade, tiveram escores significativamente mais altos entre obesos e pessoas com sobrepeso em diversos estudos selecionados. A revisão segue apontando o traço da Conscienciosidade como frequentemente associado a obesidade (de forma negativa); ainda assim, concluíram que os resultados são conflitantes e não conclusivos quanto a associação com os traços correspondentes no modelo psicobiológico de Cloninger de Autodirecionamento e Persistência.

À semelhança de estudo de BAÑOS et al., (2014) realizado com o TCI (CLONINGER et al., 1999), outro grupo relacionou comportamentos alimentares de pacientes obesos aos traços de personalidade, porém baseado no modelo dos cinco grandes fatores (ELFHAG; MOREY, 2008). O domínio Neuroticismo foi claramente associado ao “comer emocional”, de forma mais importante através da faceta Impulsividade. Como esperado, “comer emocional” também foi negativamente relacionado ao fator Conscienciosidade, particularmente à faceta Autodisciplina. O padrão de traços de personalidade para o “comer por estímulos externos ” foi semelhante ao padrão do “comer emocional”, entretanto com menor força de associação. O “comer restritivo” (esforço em restringir ingesta de comida e calorias para perda de peso) foi relacionado a Conscienciosidade, baixo Neuroticismo e mais Extroversão e Abertura a Experiências - um padrão bastante diferente dos outros comportamentos alimentares. Os autores pontuam a importância de se estudar os instrumentos de forma particular para cada população, pois estas diferenças ocorrem possivelmente nesta amostra específica constituída de pacientes obesos, lembrando que o “comer restritivo” pode ser um comportamento alimentar extremamente problemático em algumas populações (entre adolescentes, por exemplo), inclusive associado a altos escores de Neuroticismo.

Na tentativa de prever a resposta a diferentes fármacos anti-obesidade através de características de personalidade dos pacientes, foi conduzida uma análise buscando a associação entre a perda de peso com sibutramina e orlistat e traços de personalidade (ELFHAG; FINER; RÖSSNER, 2008). Como controle foi utilizado um grupo dos vigilantes do peso. Com a sibutramina, houve maior perda de peso entre os pacientes com altos escores em Neuroticismo, em particular medidas de Ansiedade e Depressão. Os autores acreditam que esta medicação poderia ter efeito central na regulação do humor, além dos efeitos na saciedade. Com orlistat, a maior perda foi associada com aspectos de Conscienciosidade, especificamente com ser mais ordenado e apresentar maiores escores em Deliberação e Autodisciplina. Os autores discutem que estes traços parecem ser adaptativos à posologia do orlistat de três doses ao dia e restrição de gorduras para melhor adesão e resposta.

Outra questão interessante levantada por recentes estudos foi a associação entre traços de personalidade e Síndrome Metabólica (SM). Em ampla amostra da comunidade, alto Neuroticismo e baixa Amabilidade mostraram-se associadas à SM, enquanto traços de Conscienciosidade foram protetivos (SUTIN et al., 2010). Os indivíduos que tiveram os altos escores de Conscienciosidade (10% maiores escores) tiveram 40% menos chance de ter SM (OR = 0.61, IC 95% = 0.41–0.92), enquanto os de menores escores em Amabilidade tiveram 50% mais chance de ter SM (OR = 1.53, IC 95% = 1.09–2.16). As facetas mais fortemente associadas com SM foram Impulsividade e Hostilidade. Os autores concluíram que indivíduos de estruturas psicológicas mais frágeis são mais vulneráveis à SM e sugeriram inclusive que componentes psicológicos poderiam ser entendidos como fatores de risco para esta condição. Nesta mesma linha, um estudo holandês avaliou os traços de personalidade e SM em uma amostra significativa de 2755 participantes. Obtiveram um resultado interessante: baixos escores de Abertura a Experiências como correlatos de dislipidemia e obesidade abdominal. O fator Abertura à experiências constitui-se de facetas relacionadas a possibilidades criativas, bom reconhecimento de sentimentos, capacidade de representações psíquicas (VAN REEDT DORTLAND et al., 2012).

Resultados diferentes foram encontrados em estudos realizados em populações asiáticas obesas. Curiosamente, um estudo japonês utilizando o *Eysenck personality Questionnaire* (um instrumento baseado em modelo precursor dos cinco grandes fatores) demonstrou que o grupo de pacientes com sobrepeso e obesidade apresentavam menores escores de Neuroticismo (KAKIZAKI et al., 2008). Um grupo

coreano, utilizando a versão curta do NEO-FFI revelou os seguintes resultados: quando comparados a controles eutróficos, os participantes obesos e com sobrepeso homens pontuavam mais nos domínios de Abertura a Experiências e menos em Conscienciosidade. Entretanto, entre as mulheres obesas e com sobrepeso, as diferenças significativas ocorreram nas pontuações menores em Neuroticismo e Abertura a Experiências e maiores em Amabilidade. Neste grupo, o Neuroticismo foi inversamente associado ao IMC. Diferenças do meio cultural em que vivem os participantes do estudo devem estar envolvidas nesta diversidade de resultados (SHIM et al., 2014).

Em estudo longitudinal, com dados obtidos de uma grande coorte americana, altos escores em Neuroticismo e baixos em Conscienciosidade e suas facetas foram associados com maiores flutuações do peso (medidas como a variabilidade do peso ao longo do tempo). Com relação às facetas, aqueles com alta Impulsividade e tendência à Depressão tiveram mais dificuldades em manter um peso regular. Em contraste, os participantes com escores maiores em Ordem, Senso de Dever, Autodisciplina e Atividade foram mais capazes de manter o peso. Baixa Amabilidade e traços relacionados a Impulsividade foram preditores de maiores aumentos no IMC ao longo da vida adulta (SUTIN et al., 2011).

Em uma coorte britânica, foi demonstrada novamente a natureza protetiva do traço de Conscienciosidade para o desenvolvimento de obesidade na idade adulta. Foi discutida a questão da Autodisciplina, com a habilidade de postergar gratificações, como possível ligação deste traço com controle do peso e outros aspectos relacionados a saúde de uma forma geral. O traço Extroversão também se relacionou com a obesidade, porém o instrumento utilizado por eles não contemplava as facetas dos fatores, limitando o entendimento dos resultados do estudo (CHENG; FURNHAM, 2013).

Um interessante estudo examinou possíveis mecanismos envolvidos na associação entre traços de personalidade e IMC, realizando a dosagem de leptina sérica em extensa amostra na Sardenha. Sabe-se que existe um aumento da leptinemia entre pessoas obesas e com sobrepeso, ligado possivelmente a mecanismos de resistência a leptina (redução na sensibilidade aos sinais deste hormônio envolvido na saciedade). Níveis mais altos de leptina foram associados a baixa Conscienciosidade, mesmo após controlar para IMC, circunferência abdominal e marcadores inflamatórios. Contrariando a hipótese dos autores, a dimensão do

Neuroticismo mostrou-se não relacionada aos níveis de leptina séricos. Considerando as facetas, os traços mais comumente associados a obesidade também foram associados a alta leptinemia: alta Impulsividade, alta Assertividade, baixa Ordem, baixa Autodisciplina, baixa Deliberação. Em outra etapa da análise, os autores observaram que a leptina mediava a associação entre Conscienciosidade e adiposidade (avaliada através das medidas da circunferência abdominal e IMC). Os autores sugerem que a leptina poderia ser um dos mecanismos fisiológicos ligando a Conscienciosidade a obesidade (SUTIN et al., 2013).

De uma forma geral, estudos bem conduzidos demonstram haver diferenças de traços de personalidade entre indivíduos obesos e com sobrepeso e a população geral. Enquanto traços de Neuroticismo, Impulsividade e Busca de Novidades parecem ser fatores de risco para ganho de peso e obesidade, os traços de Conscienciosidade, Autodisciplina e Autodirecionamento parecem ser protetivos. Entretanto, os resultados mostram-se conflitantes. A heterogeneidade da obesidade, diferenças sócio-econômicas, culturais e demográficas e potenciais fatores mediadores contribuem para esta divergência. Além disso, questões metodológicas e características dos instrumentos mais comumente utilizados, que avaliam traços normais da personalidade, podem estar sendo insuficientes para a elucidação desta questão. Existe portanto, uma demanda por instrumentos que possam fornecer maior acurácia e aperfeiçoar o estudo da personalidade incluindo seus aspectos dimensionais e captando traços disfuncionais que podem estar envolvidos na gênese, manutenção e resistência aos tratamentos na obesidade.

1.4 O MODELO HÍBRIDO DO DSM-5

Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento e prejuízo. Atualmente o DSM traz 12 categorias diagnósticas de transtornos da personalidade (paranóide, esquizoide, esquizotípica, antissocial, borderline, histriônica, narcisista, evitativa, dependente, obsessivo-

compulsiva, mudança devido a outra condição médica e outro transtorno da personalidade especificado/não especificado).

Até o momento, os manuais diagnósticos psiquiátricos conceituam os transtornos de personalidade como construtos categóricos. O diagnóstico é feito baseado em conjunto critérios indicando a presença ou ausência de sintomas. A comunidade científica, bem como a prática clínica psiquiátrica têm apontado uma série de problemas neste sistema desde a sua concepção no DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980). Estes incluem a instabilidade no tempo dos transtornos de personalidade, excessiva heterogeneidade dentro das categorias diagnósticas, baixa especificidade, excessivas comorbidades diagnósticas (sobreposições), elevada frequência de diagnósticos de transtorno de personalidade sem outra especificação, além de validades limitadas de alguns dos 10 diagnósticos (SKODOL et al., 2011).

Desta forma, pesquisadores têm voltado sua atenção para o desenvolvimento de modelos dimensionais onde sintomas são avaliados em graus de severidade, modelos empiricamente mais consistentes. Como resultado destes esforços, o sistema diagnóstico para os Transtornos de Personalidade está em transformação. Entretanto, as mudanças esperadas ainda não foram aprovadas para a quinta edição do DSM 5, tendo sido mantido o sistema categórico e os critérios anteriores do DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Contudo, foi acrescentada uma seção contendo as medidas e modelos emergentes (Seção III) onde encontra-se, junto a outras condições de saúde mental a serem mais estudadas, o modelo alternativo para os transtornos de personalidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O grupo de trabalho de Personalidade e Transtornos de Personalidade para o DSM-5 desenvolveu um modelo diagnóstico híbrido para a caracterização da patologia de personalidade. Este modelo dimensional/categorial inclui critérios de prejuízo, um sistema dimensional de traços de personalidade e seis diagnósticos categóricos de transtornos de personalidade (realizados pela combinação do prejuízo funcional com traços para cada transtorno, que seriam os da personalidade antissocial, narcisista, borderline, evitativa, esquizotípica e obsessiva-compulsiva) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; KRUEGER et al., 2011a; KRUEGER et al., 2011b).

O prejuízo no funcionamento da personalidade (critério A do modelo) é avaliado em duas dimensões: *self* e interpessoal. Para a avaliação do *self* são investigados os níveis de funcionamento da identidade e da capacidade de autodirecionamento do indivíduo. O funcionamento interpessoal envolve a avaliação das capacidades para a empatia e intimidade. Para a avaliação destas quatro variáveis foi proposta a Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade, para cada uma delas, o clínico julga o nível de prejuízo, variando de pouco ou nenhum a extremo prejuízo. Os critérios C e D referem-se à estabilidade dos sintomas e abrangência em diversas situações vitais e os critérios E, F e G especificam que os sintomas não podem ser melhor explicados por outras condições médicas, mentais ou contextos sócio-culturais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Entretanto, a essência descritiva e diagnóstica deste modelo, que será o foco deste estudo, é a esfera dimensional dos traços mal adaptativos da personalidade (critério B do modelo). Estes, de forma análoga ao modelo dos cinco grandes fatores, são organizados em cinco dimensões: Afetividade Negativa, Distanciamento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo. Estes cinco domínios contêm 25 facetas específicas desenvolvidas a partir de uma revisão dos modelos de traços existentes e subsequentemente por pesquisas em amostras clínicas. (Quadro 3), (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Quadro 3 - Quadro 3: Definições dos domínios e facetas do modelo alternativo dimensional dos transtornos de personalidade do DSM-5

DOMÍNIOS e Facetas	Definições
AFETIVIDADE NEGATIVA	Frequentes e intensas experiências de altos níveis de uma ampla variedade de emoções negativas (ex: ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e suas manifestações comportamentais (ex: automutilação) e interpessoais (ex: dependência).
Labilidade Emocional	Instabilidade das experiências emocionais e do humor; emoções são despertadas facilmente, intensas e/ou desproporcionais em relação aos fatos e às circunstâncias.
Ansiedade	Sentimentos de nervosismo, tensão ou pânico em reação a diversas situações; preocupação frequente sobre os efeitos negativos de experiências passadas desagradáveis e possibilidades negativas futuras; sente-se temeroso e apreensivo quanto a incertezas; expectativa de que o pior vai acontecer.
Insegurança de Separação	Medo de ficar sozinho devido à rejeição por- e/ou separação de outras pessoas significativas, com base em uma falta de confiança na própria capacidade de cuidar de si mesmo, tanto física quanto emocionalmente.
Submissão	Adaptação do próprio comportamento aos interesses reais ou percebidos e desejo dos outros, mesmo quando fazer isso contraria os próprios interesses, necessidades ou desejos.
Hostilidade	Sentimentos persistentes ou frequentes de raiva; raiva ou irritabilidade em resposta a desprezo e insultos mínimos;

	comportamento maldoso, grosseiro ou vingativo. <i>Ver também</i> Antagonismo.
Perseverança	Persistência nas tarefas ou em uma forma particular de fazer as coisas muito depois que o comportamento cessou de ser funcional ou efetivo; continuação do mesmo comportamento apesar de repetidos fracassos ou de claras razões para interrompê-lo.
Tendência à Depressão	Ver Distanciamento.
Desconfiança	Ver Distanciamento.
Afetividade Restrita (ausência de)	A <i>ausência</i> dessa faceta caracteriza <i>baixos níveis</i> de Afetividade Negativa. Ver Distanciamento para definição dessa faceta.
DISTANCIAMENTO	Evitação da experiência socioemocional, incluindo retraimento das interações interpessoais (variando de interações casuais cotidianas até amizades e relacionamentos íntimos) e experiência e expressão afetiva restritas, capacidade de obtenção de prazer particularmente limitada.
Retraimento	Preferência por estar sozinho a estar com outras pessoas; reticência nas situações sociais; evitação de contatos e atividades sociais; ausência de iniciativa no contato social.
Evitação de Intimidade	Evitação de relacionamentos íntimos ou amorosos, vínculos interpessoais, e relacionamentos sexuais íntimos.
Anedonia	Falta de prazer, envolvimento ou energia para as experiências da vida; déficits na capacidade de sentir prazer e ter interesse nas coisas.

Tendência a Depressão	Sentimentos de estar desanimado, infeliz e/ou sem esperança; dificuldade de se recuperar desses humores; pessimismo quanto ao futuro; vergonha e/ou culpa difusas; sentimentos de desvalia; pensamentos de suicídio e comportamento suicida.
Afetividade Restrita	Pouca reação às situações emocionalmente estimulantes; experiência e expressão emocional restritas; indiferença e distanciamento em situações normalmente atraentes.
Desconfiança	Expectativas de – e sensibilidade a– sinais de má intenção ou danos interpessoais; dúvidas quanto à lealdade e à fidelidade dos outros; sentimentos de ser maltratado, usado, e/ou perseguido pelos outros.
ANTAGONISMO	Comportamentos que colocam o indivíduo em divergência com outras pessoas, incluindo um sentimento exagerado da própria importância e concomitante expectativa de tratamento especial, bem como uma insensível antipatia em relação aos outros, incluindo falta de consciência das necessidades e sentimentos das outras pessoas e disposição para usá-las à serviço do autocrescimento.
Manipulação	Uso de subterfúgios para influenciar ou controlar os outros; uso de sedução, charme, loquacidade, ou comportamento insinuante para atingir seus fins.
Desonestidade	Desonestidade e fraudulência; representação deturpada de si mesmo; embelezamento ou invenção no relato de acontecimentos.
Grandiosidade	Acreditar que é superior aos outros e merece tratamento especial; egocentrismo; sentimentos de ter direitos; condescendência em relação aos outros.
Busca de Atenção	Envolvimento em comportamento concebido para atrair a atenção e para tornar-se o foco da atenção e admiração dos outros.

Insensibilidade	Ausência de preocupação pelos sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso quanto aos efeitos negativos ou prejudiciais das próprias ações sobre os outros.
Hostilidade	Ver Afetividade Negativa
DESINIBIÇÃO	Orientação para a gratificação imediata, levando a comportamento impulsivo motivado por pensamentos, sentimentos e estímulos externos atuais, sem levar em consideração o aprendizado passado ou considerar as consequências futuras.
Irresponsabilidade	Negligência com – ou falha em honrar – obrigações financeiras e outras obrigações ou compromissos; falta de respeito por – e falha de cumprimento de – combinações e promessas; negligência com a propriedades dos outros.
Impulsividade	Ação sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; agir momentaneamente sem um plano ou consideração dos resultados; dificuldade de estabelecer e seguir planos; uma sensação de urgência e comportamento de auto agressão sob angústia emocional.
Distratibilidade	Dificuldade de concentração e foco nas tarefas; atenção é facilmente desviada por estímulos externos; dificuldade na manutenção de comportamento focado nos objetivos, incluindo o planejamento e a conclusão de tarefas.
Exposição a riscos	Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas, e potencialmente prejudiciais, desnecessariamente e sem consideração quanto às consequências; falta de preocupação para com as limitações e negação da realidade de perigo pessoal; busca irresponsável dos objetivos, independentemente do nível de risco envolvido.

Perfeccionismo Rígido (ausência de)	Insistência rígida em que tudo seja impecável, perfeito, e sem erros ou faltas, inclusive o desempenho próprio e dos outros; sacrifício das oportunidade para assegurar a correção em todos os detalhes; crença de que existe apenas uma maneira certa de fazer as coisas; dificuldade de mudar ideias e/ou ponto de vista; preocupação com detalhes, organização e ordem. A <i>ausência</i> dessa faceta caracteriza <i>baixos níveis</i> de Desinibição.
PSICOTICISMO	Exibe uma ampla variedade de comportamentos e cognições estranhos, excêntricos ou incomuns culturalmente incongruentes, incluindo tanto o processo (ex: percepção, dissociação) e conteúdo (ex: crenças).
Crenças e Experiências Incomuns	Crença de ter habilidades incomuns, tais como leitura da mente, telecinesia, fusão do pensamento-ação, experiências incomuns de realidade, incluindo experiências semelhantes a alucinações.
Excentricidade	Comportamento, aparência e/ou discurso estranho, incomum, ou bizarro; ter pensamentos estranhos e imprevisíveis; dizer coisas incomuns ou inapropriadas.
Desregulação cognitiva e perceptiva	Processos de pensamentos e experiências estranhos ou incomuns, incluindo despersonalização, desrealização e experiências dissociativas; experiências em um estado misto de sono-vigília; experiências de controle do pensamento.

Fonte: American Psychiatric Association (2014, p. 779-781).

O modelo alternativo do DSM-5 tem sido testado empiricamente. (KRUEGER et al., 2011a; KRUEGER et al., 2011b; HOPWOOD et al., 2012; HOPWOOD et al., 2013). Verificou-se que a hipótese híbrida deste modelo tem evidência empírica e houve um incremento na explicação dos transtornos de personalidade quando foram integrados traços e elementos sintomáticos deste (HOPWOOD et al., 2012; HOPWOOD et al., 2013).

1.5 O PID-5

Para testar o novo modelo dimensional do entendimento da personalidade em seus domínios e facetas, o grupo de trabalho desenvolveu o Inventário de Personalidade para o DSM-5 (*Personality Inventory for DSM-5, PID-5*) (KRUEGER, et al., 2012), instrumento cujas propriedades psicométricas vem sendo avaliadas em populações clínicas e não clínicas em várias localidades (KRUEGER; MARKON, 2014, AL-DAJANI, N.; GRALNICK, T. M.; BAGBY, 2016).

Os estudos publicados até o momento em amostras universitárias e da comunidade têm demonstrado boas propriedades psicométricas além de fornecerem evidências para validade de construto do instrumento. Além disso, os traços do PID-5 têm sido associados aos traços de modelos proeminentes de personalidade demonstrando validade convergente e discriminante dos escores das escalas (THOMAS et al., 2013; ANDERSON et al., 2013).

Em amostras clínicas de pacientes psiquiátricos, foi demonstrada a fidedignidade do instrumento bem como a convergência entre os domínios do PID-5 e do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2 Restructured Form* (MMPI-2-RF) (ANDERSON, et al., 2015).

Os resultados de um estudo feito com a amostra teste do DSM-5 apoiaram de a estrutura unidimensional das facetas e a convergência com o instrumento NEO-PI-R, com correlações moderadas a fortes entre os domínios esperados como correspondentes, à exceção do domínio Psicoticismo que não foi relacionado ao fator Abertura a Experiências (QUILTY et al., 2013). Krueger e Markon (2014), analisam que apesar das correspondências entre traços normais e patológicos, o PID-5 é um instrumento de valências negativas que aponta para os polos mal adaptativos das dimensões da personalidade. Esta perspectiva pode ajudar a entender os caminhos pelos quais o Psicoticismo e a Abertura a Experiências podem tanto sobrepor-se como distinguir-se.

O modelo dos cinco fatores é o mais próximo em estrutura do modelo dimensional proposto pelo DSM-5 (KRUEGER, et al. 2012). Thomas et.al também verificam a correspondência dos dois modelos e apontam para as importantes implicações desta sobreposição: isto demonstra o conteúdo compartilhado entre traços normais e patológicos. Achados assim, indicam que domínios amplos de traços de personalidade capturam aspectos salientes de funcionamentos tanto adaptativos

quanto patológicos e que estes podem ser medidos dentro de um mesmo espaço conceitual (THOMAS et al., 2013).

O PID-5 manteve suas características psicométricas em uma amostra de universitários na Bélgica, encorajando grupos de língua não inglesa a examinar o instrumento. Além disso foi reforçada também a validade de construto e convergência com o NEO-PI-R, com correlações significativas entre as dimensões (DE FRUYT et al., 2013). O PID-5 já foi traduzido para o francês e espanhol, replicando a estrutura pentafatorial (ROSKAM, 2015; GUTIÉRREZ et al., 2015), para o italiano (FOSSATI et al., 2013), com adequada fidedignidade e habilidade em recuperar os diagnósticos de transtorno de personalidade do DSM –IV e também para o alemão (ZIMMERMANN et al., 2014), novamente demonstrando validade convergente com o modelo dos cinco grandes fatores, à exceção do domínio Psicoticismo. No Brasil a tradução e propriedades psicométricas do PID-5 foram investigadas na tese de doutorado de Oliveira (2016), (OLIVEIRA, 2016; OLIVEIRA; KRUEGER, 2015). Os dados foram coletados via plataforma *online* e 1210 participantes foram classificados em dois grupos: clínico (554 participantes) e não clínico. Os resultados mostraram-se congruentes com a versão original, replicando a estrutura hierárquica do modelo. As facetas e domínios apresentaram-se com bons coeficientes de fidedignidade e evidências de unidimensionalidade. Os escores entre as amostras clínica e não clínica foram estatisticamente diferentes reforçando a validade da versão brasileira do instrumento. Normas preliminares de interpretação sugeriram a adequabilidade do uso do PID-5 no Brasil.

A despeito dos resultados promissores dos estudos nas amostras americanas e europeias e de já ser um instrumento considerado na DSM-5, até o presente momento o instrumento não foi avaliado psicometricamente em outras populações clínicas onde o construto “personalidade” pode ter um impacto importante (em termos etiológicos e prognósticos), como a constituída por obesos candidatos a cirurgia bariátrica.

2 JUSTIFICATIVA

Para que o PID-5 possa ser considerado um instrumento adequado para populações clínicas específicas, como a com obesidade grave, é necessário esclarecer se suas propriedades psicométricas são satisfatórias para a população em estudo. Assim, a presente pesquisa se situa como uma etapa fundamental na verificação da manutenção das características técnicas originais do instrumento viabilizando seu uso e correta interpretação.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL:

Investigar as propriedades psicométricas do PID-5 na avaliação dos traços patológicos da personalidade propostos pelo DSM-5 em pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) investigar a replicabilidade da estrutura fatorial do instrumento na amostra estudada, comparando os fatores definidos a priori com os fatores extraídos por meio de modelagem de equação estrutural exploratória;
- b) verificar o nível de fidedignidade da estimação dos traços (facetar e domínios) da personalidade, por meio da análise da consistência interna das escalas;
- c) avaliar a validade convergente do PID-5 com medidas que abrangem quatro construtos correlatos: transtornos psiquiátricos (sintomas de ansiedade e depressão), personalidade (estilos defensivos), indicadores de obesidade (imc e compulsão alimentar) e qualidade de vida.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO E AMOSTRA

Estudo observacional transversal exploratório. A amostra foi composta por prontuários de pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica que procuraram atendimento no Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (COM-HSL/PUCRS).

Foram incluídos todos os prontuários de pacientes que se candidataram a cirurgia bariátrica no Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica da PUCRS entre junho de 2015 e julho de 2016 e que chegaram à etapa de avaliação psiquiátrica preenchendo os instrumentos do protocolo clínico psiquiátrico pré-cirúrgico.

Foram excluídos os prontuários dos pacientes que não preencheram o instrumento PID-5 de forma minimamente adequada, isto é, com 10% ou mais de dados faltantes.

4.2 PROTOCOLO DO ESTUDO/ PROCEDIMENTOS

Na rotina de avaliação clínica psiquiátrica dos pacientes candidatos a cirurgia bariátrica são aplicados instrumentos de avaliação complementares às entrevistas clínicas. Para esta pesquisa, foram coletados dados clínicos e demográficos (sexo, idade, IMC, idade de início da obesidade, estado civil e grau de instrução) e os escores obtidos nos instrumentos listados a seguir:

4.2.1 Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) - Versão Brasileira

Instrumento autoaplicável, com 220 itens, respondidos em escala tipo *Likert* de 4 pontos, variando de 0 “não tem nada a ver comigo, falso” a 3 “tudo a ver comigo, totalmente verdadeiro”. Os itens do instrumento avaliam os traços patológicos de personalidade (critério B) do modelo híbrido proposto pelo DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), compreendendo as 25 facetas e 5 grandes domínios (ver Quadro 3). A versão brasileira utilizada para este estudo foi traduzida e adaptada e validada (OLIVEIRA, 2016; OLIVEIRA; KRUEGER, 2015).

4.2.2 Inventário de depressão de Beck (BDI)

Escala autoaplicável para avaliação da intensidade dos sintomas depressivos composta por 21 itens em que o participante assinala a afirmativa que melhor descreve como se sentiu na última semana, variando em intensidade de 0 a 3 (soma dos itens pode variar de 0 a 63 pontos). Foi amplamente adaptada e validada em todo mundo desde sua concepção em 1961 (BECK et al., 1961; BECK et al., 1988). Foi traduzida e validada para o português com propriedades psicométricas semelhantes às da versão original (CUNHA, 2001; GORENSTEIN; ANDRADE, 1998). A consistência interna, estimada pelo alpha de Cronbach, no presente estudo foi de 0,86.

4.2.3 Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

Instrumento autoaplicável que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. Consiste 21 itens respondidos em escala tipo Likert variando de 0 a 3 (sintoma ausente a “severo quase não consigo suportar”). O resultado é constituído da soma dos escores de cada item (variando de 0 a 63 pontos) (BECK; AARON, 1988). Traduzida e validada para o português. (CUNHA, 2001). A consistência interna (alpha de Cronbach) deste instrumento no presente estudo foi de 0,89.

4.2.4 World Health Organization Quality of Life Instrument – Short Version (WHOQOL BREF) - Versão Brasileira

Instrumento autoaplicável desenvolvido pela OMS para avaliação da qualidade de vida (SKEVINGTON et al., 2004). O WHOQOL-bref é uma versão reduzida que consta de 26 questões respondidas em escala do tipo *Likert* com cinco graus de intensidade, sendo duas delas relacionadas com a qualidade de vida e o status de saúde globais e as demais 24 representando cada um dos 4 domínios de qualidade de vida, a saber: Saúde Física, Domínio Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (FLECK et al., 2000). Os coeficientes de alpha de Cronbach no presente estudo foram de 0,85 para Saúde Física, 0,78 para o Domínio Psicológico, 0,70 para Relações Sociais e 0,79 para Meio Ambiente.

4.2.5 Defense Style Questionnaire 40 (DSQ-40) - Versão Brasileira

Instrumento autoaplicável com 40 perguntas respondidas em uma escala de nove pontos, na qual 1 indica “discordo totalmente” e 9 “concordo totalmente”. O DSQ-40 fornece medidas para 20 tipos de defesas do ego, sendo 4 delas relacionadas ao estilo defensivo maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); 4 relacionadas ao estilo neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e 12 ao estilo imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autista, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização) (ANDREWS; SINGH; BOND, 1993). O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para o português. (BLAYA, et al.). Os coeficientes do alpha de Cronbach no presente estudo, foram de 0,82 para as defesas imaturas, 0,63 para as defesas maduras e 0,53 para as defesas neuróticas

4.2.6 Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) – Versão Brasileira

Instrumento auto aplicável criado para quantificar a intensidade dos sintomas compulsivos alimentares (GORMALLY et al., 1982). A tradução e Adaptação para o Português realizada por Freitas et al. (2001). É uma escala composta por 62 afirmativas distribuídas em 16 itens. Em cada item, o participante escolhe a afirmativa que o representa melhor, gerando um escore ao final. Este instrumento foi estudado em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica para avaliar sua função como rastreamento para o diagnóstico de TCAP, admitindo-se um possível ponto de corte para esta amostra de 17 pontos (GRUPSKI et al., 2013). A consistência interna avaliada pelo alpha de Cronbach deste instrumento no presente estudo foi de 0,89.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados, organizados e tabelados em planilha no programa Excel e posteriormente exportados para análise para o programa SPSS versão 21. Os dados faltantes foram substituídos pelo valor médio arredondado, sem casas decimais, da respectiva escala, por caso/participante. Estatísticas descritivas foram utilizadas para caracterização da amostra e para verificação da distribuição do instrumento PID-5.

4.3.1 Estrutura Fatorial

A estrutura fatorial foi investigada de acordo com os padrões encontrados na literatura de investigações psicométricas do PID-5. Inicialmente, foi testada a unidimensionalidade das 25 facetas individualmente por meio de análises fatoriais exploratórias (AFEs). Considerando que as variáveis são ordinais e que estudos prévios indicam distribuição não normal das variáveis, foram conduzidas AFEs robustas baseadas em matrizes de correlação policórica (HOLGADO-TELLO et al., 2010; MUTHÉN; KAPLAN, 1985; MUTHÉN; KAPLAN, 1992). O método de extração foi o *Minimum Rank Factor Analysis* (SHAPIRO; BERGE, 2002), uma vez que ele minimiza a variância comum residual durante a extração do fator e permite interpretar a proporção da variância comum explicada pelos fatores retidos. A retenção dos fatores foi feita baseada nos métodos *Minimum Average Partial* (MAP) (VELICER, 1976), *Parallel Analysis* (PA) (HORN, 1965), e método *Hull* (LORENZO-SEVA; TIMMERMAN; KIERS, 2011). Nos casos em que houve indicação para mais de um fator, a natureza multidimensional foi explorada. Para tanto, o método oblíquo de rotação Promin foi utilizado (LORENZO-SEVA, 1999). Nestes casos também foram aplicados modelos bifatores exploratórios, de modo a verificar a pertinência de um fator geral (REISE; MORIZOT; HAYES, 2007). As AFEs foram realizadas pelo software Factor (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2006).

O teste da estrutura de ordem superior, isto é, da estrutura pentafatorial em relação às facetas, foi feito por meio do modelo de equações estruturais exploratórias (*Exploratory Structural Equation Modeling – ESEM*) (ASPAROUHOV; MUTHÉN, 2009). Esse modelo exploratório é preferido em relação ao modelo confirmatório, devido ao elevado número de cargas cruzadas apresentadas no modelo original. Os parâmetros foram estimados com o Maximum Likelihood (MLR) com erros padronizados. O ajuste dos dados ao modelo foi verificado por meio de três índices: o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), o índice de Ajuste Comparativo (CFI) e o Índice de Tucker–Lewis (TLI). Foram considerados adequados índices de RMSEA <0,10, CFI e TLI < 0,90 (HU; BENTLER, 1998). O ESEM será realizado pelo software Mplus (MUTHÉN; MUTHÉN, 2012).

4.3.2 Fidedignidade

A consistência interna das facetas foi avaliada pelos índices alpha de Cronbach, ômega hierárquico de McDonald e lambda 6 de Guttman (CRONBACH, 1951; MCDONALD, 1970; GUTTMAN, 1945). A consistência interna dos domínios foi avaliada pelo alpha de Cronbach, bem como a consistência interna dos demais instrumentos e escalas utilizados neste estudo.

4.3.3 Validade Convergente

Para a investigação da validade convergente foram calculadas correlações de Pearson entre os escores das escalas citadas anteriormente, os domínios e as facetas do PID-5.

4.3.4 Cálculo do Tamanho Amostral

O tamanho amostral seguiu a recomendação de Pasquali (2004) que propõe uma razão de 10 casos por variável. Considerando que o maior número de variáveis do PID-5 são as 25 facetas para a análise da estrutura pentafatorial, estimou-se a participação mínima de 250 indivíduos. Este número atende também ao mínimo requerido por Cattell para as análises empregadas no presente estudo (CATTELL, 1978).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Lucas da PUCRS (parecer consubstanciado número 1.443.874).

O estudo não interferiu na rotina de atendimento e no tratamento dos indivíduos. Os dados coletados dos prontuários dos pacientes tiveram total confidencialidade e sigilo conforme previsto pelo Termo De Compromisso para Utilização de Dados (TCUD).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta de 329 prontuários de pacientes que chegaram a etapa da avaliação psiquiátrica ao candidatarem-se a cirurgia bariátrica entre junho de 2015 e julho de 2016. Foram excluídos 17 prontuários por não apresentarem dados minimamente adequados ao estudo (falhas de preenchimento de mais de 10% dos itens do PID-5).

Os 312 pacientes incluídos eram predominantemente mulheres (78,20%), brancos (83,33%), de idade média de 37,89 anos (DP= 10,76), com IMC médio de 44,21 (DP=7,46). A média da idade de início da obesidade foi de 17,88 (DP= 11,42) anos. A maioria dos pacientes estava realizando a avaliação para cirurgia pelo plano de saúde privado (74,70%) e a renda familiar média foi de 5420,32 (DP=5366,08) reais mensais. Os dados sócio-demográficos encontram-se descritos na Tabela1.

Tabela 1 - Dados Demográficos

Variável; medida (válidos)	Número (%) ou Média (DP)
Idade; anos (n=312)	37,9 (10,8)
Gênero feminino (n=312)	244 (78,2)
Cor (n=296)	
Branca	260 (87,8)
Preta	12 (4,1)
Parda	24 (8,1)
Estado Civil (n=308)	
Solteiros	80 (26,0)
Casados / em união estável	204 (66,2)
Divorciados / Separados	18 (5,8)
Viúvos	6 (1,9)
IMC; kg/m ² (n=312)	44,2 (7,5)
Idade de início da obesidade; anos (n=312)	17,9 (11,4)
Escolaridade (n=307)	
Até 8 anos	48 (15,6)
De 9 a 12 anos	113 (36,7)
Acima de 12 anos	146 (47,6)
Renda familiar; reais (n=280)	5420,3 (5366,1)
Convênios (n=309)	
SUS	74 (23,9)
Planos de Saúde Privados	233 (75,4)
Particulares	2 (0,6)

Fonte: a autora, 2017.

5.2 ANÁLISES PSICOMÉTRICAS

5.2.1 Unidimensionalidade das Facetas

Foram utilizados três testes para a avaliação da unidimensionalidade das 25 facetas: *Minimum Average Partial* (MAP), *Parallel Analyses* (PA) e o Método *Hull*. Os resultados encontram-se na Tabela 2.

Para a realização destas análises, em algumas facetas fez-se necessária a exclusão de itens por razão de invariabilidade: itens 178 (faceta Tendência a Depressão), 129 (faceta Irresponsabilidade) e 219 (faceta Manipulação). Por questões de convergência, nas análises das facetas Perfeccionismo Rígido e Insegurança de Separação a rotação foi alterada para *Unweighted Least Squares* (ULS).

Quase todas facetas apresentaram-se de forma unidimensional, à exceção da faceta Exposição a Riscos. As facetas Busca de atenção, Insensibilidade, Excentricidade, Labilidade Emocional e Perseverança apresentaram-se inicialmente com dois fatores sobretudo quando analisadas pelo método Hull. Entretanto, após investigação complementar através de modelos exploratórios bi-fatores, observou-se que os fatores gerais dos modelos explicaram a maior parte da variância, sendo assim estas facetas foram consideradas unidimensionais nas demais análises. A faceta Exposição a Riscos foi a única que apresentou maior evidência de bidimensionalidade, contudo optou-se por examinar se um cômputo geral para essa faceta permitiria a replicabilidade do modelo pentafatorial dos estudos originais. Deste modo, nas análises subsequentes utilizou-se um único escore para a faceta Exposição a Riscos. A investigação da possível multidimensionalidade das facetas encontra-se nas Tabelas 1S a 6S do Material Suplementar.

Tabela 2 - Unidimensionalidade e Confiabilidade das Facetas

FACETAS	MAP	PA	HULL	Média cargas fatorias	Amplitude Comunalidade	α	Ω	Λ
Anedonia	1	1	1	0,65	0,51-0,81	0,84	0,76	0,85
Ansiedade	1	1	1	0,63	0,17-0,98	0,81	0,64	0,82
Busca de atenção	1	1	2	0,70	0,41-0,94	0,82	0,64	0,82
Insensibilidade	1	2	2	0,66	0,54-1,00	0,75	0,55	0,77
Desonestidade	1	1	1	0,82	0,52-0,98	0,75	0,52	0,75
Tendência a Depressão	1	1	1	0,76	0,46-1,00	0,72	0,65	0,72
Distratibilidade	1	1	1	0,68	0,35-0,74	0,83	0,70	0,83
Excentricidade	1	1	2	0,79	0,70-0,97	0,89	0,74	0,90
Labilidade Emocional	1	1	2	0,71	0,62-0,81	0,83	0,63	0,84
Grandiosidade	1	1	1	0,63	0,32-0,62	0,61	0,55	0,58
Hostilidade	1	1	1	0,67	0,45-0,91	0,83	0,72	0,84
Impulsividade	1	1	1	0,76	0,39-0,89	0,85	0,82	0,83
Evitação de Intimidade	1	1	1	0,70	0,28-0,75	0,74	0,77	0,72
Irresponsabilidade	1	1	1	0,59	0,40-0,62	0,46	0,30	0,44
Manipulação	1	1	1	0,76	0,56-0,71	0,70	0,48	0,69
Desregulação Cognitiva e Perceptiva	1	1	1	0,69	0,39-1,00	0,77	0,58	0,79
Perseverança	1	1	2	0,65	0,40-0,89	0,78	0,55	0,78
Afetividade Restrita	1	1	1	0,63	0,24-0,67	0,74	0,58	0,72
Perfeccionismo Rígido	1	1	1	0,69	0,33-0,59	0,87	0,79	0,86
Exposição a Riscos	2	2	2	0,45	0,53-0,77	0,68	0,30	0,72
Insegurança de Separação	1	1	1	0,69	0,35-0,61	0,79	0,69	0,77
Submissão	1	1	1	0,77	0,44-0,76	0,77	0,74	0,74
Desconfiança	1	1	1	0,42	0,39-0,65	0,56	0,60	0,58
Crenças e Experiências Incomuns	1	1	1	0,70	0,55-0,72	0,71	0,62	0,70
Retraimento	1	1	1	0,67	0,42-0,85	0,82	0,70	0,82

Notas: MAP= Minimum Average Partial; PA= Parallel Analyses; Hull= método Hull; α =alpha de cronbach; ω =omega hierárquico de Mcdonald; λ = Lambda 6 de Guttman
Fonte: a autora, 2017.

5.2.2 Fidedignidade das Facetas

Para verificar a consistência interna das facetas, foram mensurados os índices Alfa de Cronbach, Ômega de McDonald hierárquico e Lambda 6 de Guttman. Os resultados apresentam-se na Tabela 2.

Quase todas as facetas apresentaram índices adequados de consistência interna mensurados pelo alfa de Cronbach, à exceção de Exposição a Riscos (0,68), Grandiosidade (0,61), Desconfiança (0,56) e Irresponsabilidade (0,46). A confiabilidade através do Lambda 6 de Guttman também apresentou bons índices, exceto para as facetas Manipulação (0,69), Grandiosidade (0,58), Desconfiança (0,58) e Irresponsabilidade (0,44).

Já através do Ômega Hierárquico, as facetas que apresentaram adequada consistência interna (índices acima de 0,70), foram Anedonia, Distratibilidade, Excentricidade, Hostilidade, Impulsividade, Evitação da Intimidade, Perfeccionismo Rígido, Submissão e Retraimento.

5.2.3 Estrutura de Ordem Superior

A estrutura de ordem superior do modelo com cinco fatores foi replicada na amostra de obesos, através da análise ESEM realizada com rotação oblíqua-alvo (CFI= 0,92; TLI = 0,87; RMSEA = 0,07 [IC90% 0,06 a 0,07]). Os coeficientes de congruência de Tucker entre a amostra deste estudo e do estudo original de Krueger et al. (2012) foram satisfatórios para todos os domínios. Os resultados encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 - Estrutura Fatorial por meio de Modelagem de Equação Estrutural Exploratória (ESEM) com rotação oblíqua-alvo baseada na matriz fatorial de Krueger

	Afetividade de Negativa	Distanci- amento	Antago- nismo	Desinibi- ção	Psicoti- cismo
Labilidade Emocional	0,61	0,11	0,06	0,10	0,09
Ansiedade	0,63	0,11	0,02	0,19	0,16
Afetividade Restrita	-0,24	0,41	0,24	0,15	0,23
Insegurança de Separação	0,42	0,02	0,07	0,23	0,20
Hostilidade	0,44	0,17	0,33	0,21	-0,04
Perseverança	0,31	0,22	0,25	0,05	0,29
Submissão	0,30	0,19	0,13	0,19	0,04
Retraimento	0,01	0,66	-0,01	0,21	0,20
Anedonia	0,07	0,68	-0,08	0,32	0,08
Tendência a Depressão	0,27	0,50	-0,06	0,34	0,14
Evitação de Intimidade	-0,18	0,53	0,01	0,13	0,07
Desconfiança	0,28	0,20	0,16	0,20	0,08
Manipulação	-0,07	-0,22	0,72	0,17	-0,06
Desonestidade	-0,15	0,03	0,52	0,33	0,14
Grandiosidade	-0,04	0,01	0,52	0,08	0,20
Busca de Atenção	0,26	-0,20	0,58	0,11	0,10
Insensibilidade	-0,28	0,35	0,39	0,18	0,09
Irresponsabilidade	0,02	0,02	0,14	0,42	0,33
Impulsividade	0,41	0,10	0,12	0,38	0,01
Perfeccionismo rígido	0,32	0,38	0,39	-0,68	0,34
Distratibilidade	0,34	0,25	0,04	0,34	0,19
Exposição a Riscos	-0,28	-0,15	0,40	0,14	0,08
Crenças e Experiências Incomuns	0,09	-0,09	0,05	0,11	0,60
Excentricidade	-0,01	0,15	0,10	0,20	0,66
Desregulação Cognitiva e Perceptiva	0,09	0,05	0,00	0,21	0,78
TCC	0,93	0,94	0,96	0,86	0,91

Notas: Áreas em cinza indicam as facetas que pertencem aos respectivos domínios de acordo com Krueger et al. (2012). Valores iguais ou maiores que |0,30| estão em negrito. TCC: Coeficiente de congruência de Tucker entre os domínios do estudo e os domínios no estudo original de Krueger et al. (2012).

Algumas particularidades foram observadas, como a ausência de cargas significativas das facetas Tendência a Depressão no domínio da Afetividade Negativa e Exposição a Riscos no domínio Desinibição (carregaram de forma significativa para Distanciamento e Antagonismo respectivamente). A faceta Desconfiança não carregou significativamente para nenhum domínio e a faceta Impulsividade apresentou carga significativa maior para o domínio da Afetividade Negativa.

Como a amostra replicou os cinco domínios do modelo de Krueger et al. (2012), calculamos a consistência interna dos domínios através do índice Alpha de Cronbach de acordo com o algoritmo proposto no estudo original: Afetividade Negativa: 0,93; Distanciamento: 0,92; Antagonismo: 0,90; Desinibição: 0,74 e Psicoticismo: 0,91.

5.2.4 Validade Convergente

Foram realizadas correlações lineares entre os escores das facetas e domínios do PID-5 e os escores dos instrumentos que mensuram sintomas depressivos (BDI), sintomas ansiosos (BAI), níveis dos mecanismos de defesa (DSQ-40) e os domínios da qualidade de vida (WHOQOL-bref). Além disso, pela característica da amostra, também correlacionamos os domínios e as facetas do PID-5 com o IMC, com a idade de início da obesidade e com o escore de sintomas compulsivos alimentares obtidos pela ECAP. Os resultados encontram-se nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 - Correlações Domínios, Sintomas Afetivos, Estilos Defensivos, Idade de início da Obesidade, IMC, Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida

DOMÍNIO	BDI	BAI	Mec M	Mec N	Mec I	IMC	Início Obes	ECAP	SF	Dom P	RS	MA
Afetividade Negativa	0,64**	0,45**	-0,09	0,26**	0,60**	-0,06	0,09	0,55**	-0,24**	-0,55**	-0,40**	-0,33**
Distanciamento	0,67**	0,40**	-0,05	0,27**	0,64**	-0,02	0,08	0,49**	-0,32**	-0,60**	-0,50**	-0,41**
Antagonismo	0,38**	0,27**	0,01	0,23**	0,58*	-0,06	0,09	0,41**	-0,13*	-0,33**	-0,28**	-0,17**
Desinibição	0,20**	0,08	-0,14*	0,07	0,30*	-0,11*	0,05	0,28**	-0,09	-0,28**	-0,21**	-0,12*
Psicotismo	0,42**	0,34**	0,06	0,37**	0,57**	0,11*	0,04	0,36**	-0,22**	-0,33**	-0,21**	-0,24**

Notas: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. BDI: escore do BDI, BAI: escore do BAI, Mec M: escores dos mecanismos de defesa maduros do DSQ-40, Mec N: Mecanismos de defesa Neuróticos, Mec I: mecanismos de defesa imaturos, Início Obes: idade relatada de início da obesidade, IMC: índice de massa corporal, ECAP: escore dos sintomas compulsivos alimentares da ECAP; SF: Saúde Física da qualidade de vida do Whoqol-bref, Dom P: Domínio Psicológico, RS: Relações Sociais, MA: Meio Ambiente.
Fonte: a autora, 2017.

Tabela 5 - Correlações entre Facetas, Sintomas Afetivos, Estilos Defensivos, IMC, Início da Obesidade, Sintomas Compulsivos e Domínios da Qualidade de Vida

Facetas	BDI	BAI	Mec M	Mec N	Mec I	IMC	Início Obes	ECAP	S F	Dom P	R S	M A
ANED	0,63**	0,39**	-0,11	0,23**	0,50**	-0,04	0,05	0,49**	-0,37**	-0,64**	-0,54**	-0,42**
ANSI	0,53**	0,44**	-0,06	0,25**	0,51**	-0,05	0,14*	0,45**	-0,22**	-0,45**	-0,28**	-0,27**
B-ATE	0,26**	0,21**	0,09	0,27**	0,36**	-0,13*	0,02	0,30**	-0,06	-0,16**	-0,16**	-0,04
INSE	0,22**	0,16**	-0,02	0,07	0,41**	0,06	0,14*	0,19**	-0,13*	-0,17**	-0,14*	-0,15**
DESO	0,21**	0,16**	-0,04	0,16**	0,44**	-0,01	0,08	0,32**	-0,06	-0,23**	-0,24**	-0,21**
T-DEP	0,69**	0,44**	-0,13*	0,22**	0,56**	-0,06	0,07	0,53**	-0,27**	-0,58**	-0,45**	-0,39**
DIST	0,47**	0,32**	0,04	0,29**	0,49**	-0,05	0,03	0,47**	-0,28**	-0,45**	-0,29**	-0,22**
EXCE	0,38**	0,29**	0,04	0,33**	0,55**	0,11*	0,05	0,35**	-0,19**	-0,33**	-0,23**	-0,24**
L-EMO	0,46**	0,29**	-0,01	0,22**	0,39**	-0,00	-0,01	0,39**	-0,19**	-0,41**	-0,27**	-0,19**
GRAN	0,18**	0,13*	0,15**	0,28**	0,38**	0,00	0,08	0,21**	-0,06	-0,16**	-0,12*	-0,02
HOST	0,46**	0,30**	-0,12*	0,12*	0,48**	-0,10	0,07	0,43**	-0,15**	-0,44**	-0,34**	-0,20**
IMPU	0,39**	0,23**	-0,15**	0,16**	0,46**	-0,08	0,03	0,37**	-0,15**	-0,38**	-0,26**	-0,18**
E-INT	0,32**	0,20**	0,00	0,14*	0,28**	-0,01	0,11	0,23**	-0,20**	-0,30**	-0,25**	-0,23**
IRRE	0,29**	0,18**	-0,06	0,19**	0,47**	0,00	0,01	0,35**	-0,17**	-0,31**	-0,20**	-0,22**
MANI	0,08	0,04	0,14*	0,10	0,24**	-0,08	0,02	0,13*	0,04	-0,04	-0,05	0,06
D-PER	0,43**	0,36**	0,04	0,38**	0,56**	0,08	0,05	0,35**	-0,28**	-0,32**	-0,20**	-0,25**
PERS	0,43**	0,33**	0,04	0,38**	0,56**	-0,02	0,08	0,39**	-0,22**	-0,37**	-0,29**	-0,27**
A-RES	0,23**	0,02	0,10	0,23**	0,47**	0,03	0,01	0,15**	-0,14*	-0,20**	-0,19**	-0,20**
P-RIG	0,28**	0,26**	0,13*	0,24**	0,39**	0,02	0,05	0,21**	-0,10	-0,17**	-0,14*	-0,12*
E-RIS	-0,08	-0,06	-0,04	-0,04	0,10	-0,10	0,10	-0,01	0,13*	0,04	-0,06	0,03
I-SEP	0,40**	0,28**	-0,01	0,32**	0,47**	0,02	0,06	0,38**	-0,16**	-0,36**	-0,20**	-0,24**
SUBM	0,30**	0,13*	0,01	0,17**	0,34**	-0,10	0,01	0,30**	-0,02	-0,26**	-0,21**	-0,16**
DESC	0,41**	0,25**	-0,08	0,18**	0,46**	0,05	0,12*	0,29**	-0,15*	-0,34**	-0,31**	-0,31**
C-E-I	0,26**	0,21**	0,07	0,26**	0,34**	0,10	-0,04	0,20**	-0,09	-0,17**	-0,10	-0,09
RETR	0,48**	0,34**	0,04	0,20**	0,50**	-0,01	0,02	0,34**	-0,21**	-0,44**	-0,38**	-0,23**

Notas: *p <0,05; **p < 0,01. ANED = Anedonia; ANSI = Ansiedade; B-ATE = Busca de Atenção; INSE

= Insensibilidade; DESO = Desonestidade; T-DEP = Tendência a Depressão; DIST = Distratibilidade; EXCE = Excentricidade; L-EMO= Labilidade Emocional; GRAN = Grandiosidade; HOST = Hostilidade; IMPU = Impulsividade; E-INT= Evitação de Intimidade IRRE = Irresponsabilidade; MANI = Manipulação; D-PER=- Desregulação Cognitiva e Perceptiva; PERS = Perseverança; A-RES= Afetividade Restrita; P-RIG= Perfeccionismo Rígido; E-RIS = Exposição a Riscos; I-SEP = Insegurança de Separação; SUBM = Submissão; DESCO= Desconfiança; C-E-I: Crenças e Experiências Incomuns; RETR: Retraimento. BDI: escore do BDI, BAI: escore do BAI, Mec M: escores dos Mecanismos de defesa maduros do DSQ-40, Mec N: Mecanismos de defesa Neuróticos, Mec I: Mecanismos de defesa Imaturos, Início Obes: idade relatada de início da obesidade, IMC: índice de massa corporal, ECAP: escore de compulsão alimentar da ECAP, S F: Saúde Física da qualidade de vida do Whoqol-bref, Dom P: Domínio Psicológico, RS: relações sociais, MA: Meio Ambiente.

Fonte: a autora, 2017.

Foram encontradas correlações significativas entre todos os domínios do PID-5 e os escores dos inventários de depressão (BDI) e ansiedade (BAI), à exceção do domínio Desinibição com escores de ansiedade (BAI). Os domínios que tiveram correlações mais fortes com ambos escores de sintomas depressivos e ansiosos foram Afetividade Negativa e Distanciamento. No nível das facetas, as maiores correlações ocorreram entre sintomas depressivos e a faceta Tendência a Depressão e entre sintomas ansiosos e as facetas Ansiedade e Tendência a Depressão.

Todos os domínios apresentaram correlações significativas com mecanismos de defesa neuróticos (à exceção do domínio Desinibição) e, de forma mais intensa, com os mecanismos imaturos do DSQ- 40. Apenas o domínio Desinibição apresentou correlação negativa significativa com os mecanismos de defesa maduros, ainda que fraca. A correlação mais importante deu-se entre Distanciamento e mecanismos imaturos. Entre as facetas, Tendência a Depressão apresentou a correlação mais forte com os mecanismos de defesa imaturos.

Houve correlações negativas entre os traços patológicos e os quatro domínios de qualidade de vida (Saúde Física, Domínio Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) do WHOQOL-bref (à exceção de Desinibição e Saúde Física). Como poderia esperar-se, a maior correlação dos traços de personalidade foi com o domínio psicológico de qualidade de vida. O traço que relacionou-se mais fortemente com todos os domínios de qualidade de vida foi o Distanciamento, especialmente através da faceta Anedonia.

Todos os domínios apresentaram correlações significativas com os escores de compulsão alimentar. As correlações mais relevantes deram-se com o domínio Afetividade Negativa e com a faceta Tendência a Depressão.

As únicas correlações significativas com o IMC foram com os domínios Psicoticismo e Desinibição, e de forma negativa com a faceta Busca de Atenção, ainda que bastante fracas.

5.2.5 Estatística Descritiva

As médias do escores de cada faceta e domínio na amostra de pacientes obesos encontram-se na Tabela 6 de estatística descritiva.

Tabela 6 - Estatística Descritiva da Amostra

FACETAS / DOMÍNIOS	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Curtose	Assimetria
Anedonia	0,00	2,75	0,92	0,57	0,16	0,59
Ansiedade	0,22	3,00	1,10	0,58	0,61	0,92
Busca de atenção	0,00	2,50	0,65	0,55	0,87	1,07
Insensibilidade	0,00	1,86	0,36	0,36	2,95	1,65
Desonestidade	0,00	1,90	0,22	0,28	7,45	2,32
Tendência a Depressão	0,00	2,79	0,41	0,44	5,13	2,00
Distratibilidade	0,00	2,89	0,71	0,54	1,17	0,95
Excentricidade	0,00	2,00	0,26	0,40	4,80	2,13
Labilidade Emocional	0,00	3,00	1,05	0,67	0,24	0,76
Grandiosidade	0,00	1,83	0,44	0,40	0,86	1,13
Hostilidade	0,00	2,60	0,73	0,54	0,72	0,96
Impulsividade	0,00	3,00	0,71	0,64	1,64	1,28
Evitação de Intimidade	0,00	3,00	0,48	0,52	4,16	1,81
Irresponsabilidade	0,00	1,43	0,28	0,31	1,34	1,24
Manipulação	0,00	1,80	0,32	0,38	1,90	1,44
Desregulação Cognitiva e Perceptiva	0,00	2,08	0,27	0,33	5,78	2,13
Perseverança	0,00	2,44	0,52	0,47	0,89	1,09
Afetividade Restrita	0,00	2,86	0,70	0,55	0,77	0,88
Perfeccionismo Rígido	0,00	2,90	0,85	0,62	0,22	0,77
Exposição a Riscos	0,00	2,14	0,98	0,40	-0,22	-0,05
Insegurança de Separação	0,00	3,00	0,58	0,58	2,18	1,42
Submissão	0,00	3,00	0,60	0,61	1,42	1,22
Desconfiança	0,00	2,14	0,88	0,39	0,81	0,68
Crenças e Experiências Incomuns	0,00	2,38	0,26	0,36	7,59	2,32
Retraimento	0,00	2,80	0,67	0,54	1,38	1,12
AFETIVIDADE NEGATIVA	0,26	2,19	0,86	0,34	1,16	1,57
DISTANCIAMENTO	0,06	2,13	0,65	0,37	1,16	1,78
ANTAGONISMO	0,00	1,79	0,45	0,29	1,31	2,20
DESINIBIÇÃO	0,24	2,09	1,04	0,24	0,47	1,77
PSICOTICISMO	0,00	1,91	0,26	0,32	2,05	4,90

Fonte: A autora, 2017.

As únicas correlações positivas com a idade foram Distanciamento ($r=0,15$ com $p=0,007$) e Psicoticismo ($r=0,14$ com $p=0,013$). A única diferença significativa entre as médias dos escores entre homens e mulheres deu-se no domínio Antagonismo (média dos homens: 0,54 (DP=0,33) e média das mulheres: 0,43 (DP=0,28); $t(95.108)=2.485$, $p=0,015$).

6 DISCUSSÃO

Este foi o primeiro estudo conduzido com o PID-5 em uma amostra exclusivamente de pacientes obesos. De forma geral, as propriedades psicométricas do instrumento PID-5 apresentaram-se bastante satisfatórias com estrutura fatorial adequada ao modelo original, fidedignidade aceitável e evidências de validade convergente com construtos correlatos. Discutiremos alguns pontos que julgamos ser relevantes a seguir.

Recente revisão sobre as propriedades do PID-5 considerou indicadores de forte consistência interna, índices de alpha de Cronbach entre 0,80 e 0,95, pontuando que valores próximos a 0,95 poderiam significar redundância (AL-DAJANI; GRALNICK; BAGBY, 2016). No presente estudo, os índices alpha de Cronbach calculados para os 5 domínios foram semelhantes aos encontrados na literatura até o momento, bem como aos do estudo original de desenvolvimento da amostra (KRUEGER et al., 2012). O domínio Desinibição demonstrou consistência interna moderada, porém aceitável. A faceta Irresponsabilidade (faceta pertencente ao domínio Desinibição) apresentou a menor consistência interna medida pelo alpha de Cronbach (0,46). Os pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica podem apresentar certo viés de resposta ao se depararem com alguns itens desta escala. Uma vez que encontram-se em processo de avaliação e estão sendo observados quanto ao grau de comprometimento (responsabilidade) com a adesão aos tratamentos e orientações, podem ter suas respostas influenciadas pelo temor de reprovação para a realização da cirurgia. Em outros estudos com pacientes candidatos ao procedimento, esta limitação foi avaliada ao ser verificado baixíssimo reporte de TCAP, apenas 10%. Os autores também discutem a influência do caráter de avaliação no momento em que os pacientes respondem aos inventários (GLINSKI; WETZLER; GOODMAN, 2001). A tendência de alguns pacientes em responder de forma não representativa sobre seus traços em determinados contextos foi estudada por Mcgee NG et al. (2016). com resultados indicando que o chamado “viés de resposta” pode influenciar os escores do PID-5, instrumento que não apresenta escalas específicas de validade.

No nível das facetas, a consistência interna foi considerada adequada na maioria delas pelos diferentes métodos empregados. Os alfas de Cronbach variaram de 0,46 para Irresponsabilidade a 0,89 para Excentricidade. Em estudos realizados

anteriormente, a faceta que costuma apresentar maior consistência interna é mesmo a Excentricidade, enquanto a faceta Desconfiança costuma apresentar os menores índices de confiabilidade (AL-DAJANI; GRALNICK; BAGBY, 2016). Em algumas facetas como Exposição a Riscos e Manipulação, métodos mais robustos como o ômega de McDonald indicaram fragilidades de consistência interna não apresentadas por outros métodos mais comumente utilizados na literatura.

A unidimensionalidade foi confirmada para a grande maioria das facetas, com exceção da faceta Exposição a Riscos. Isto também ocorreu em alguns estudos anteriores (QUILTY et al., 2013; FOSSATI et al., 2013). Na mesma linha destes investigadores, podemos identificar dois fatores constituindo esta faceta: um composto de itens reversos que medem características positivas relacionadas a cuidado e outro, composto de itens com maior valência negativa medindo comportamentos imprudentes. Durante o processo de construção do modelo, as facetas originalmente “*recklessness* (imprudência) and “*risk aversion*” (aversão a riscos, de escores reversos) foram condensadas em um único fator por apresentarem assim melhor adequação (KRUEGER, et al. 2012). Isto não ocorreu no presente estudo, assim como em outras amostras, indicando a necessidade de uma melhor investigação deste aspecto do instrumento.

A estrutura de ordem superior do modelo de Krueger (2012) foi replicada no presente estudo com adequados coeficientes de congruência. Entretanto, da mesma forma que em estudos anteriores, foram verificadas algumas particularidades e cargas cruzadas entre as facetas e domínios. Isto possivelmente está relacionado a complexidade estrutural do modelo. Krueger e Markon (2014), pontuam que um aspecto central para o entendimento das diferenças individuais da personalidade é que traços não se organizam em estruturas simples, apesar de classicamente alguns modelos os apresentarem desta forma. Em nossa amostra, a faceta Afetividade Restrita carregou significativamente apenas para o domínio Distanciamento e não para a Afetividade Negativa, em linha com alguns estudos de validação para o francês e alemão (ROSKAM, 2015; ZIMMERMANN et al., 2014). A faceta Desconfiança não apresentou cargas significativas em nenhum domínio, o que também ocorreu no estudo de tradução e validação brasileiro (OLIVEIRA, 2016; OLIVEIRA; KRUEGER, 2015). Apesar de carregar para Desinibição (0,38), a faceta Impulsividade carregou mais intensamente para a Afetividade Negativa (0,41). Exposição a Riscos carregou para Antagonismo e não para Desinibição, o que poderia ser entendido a partir da

predominância de itens relacionados à comportamentos inconsequentes e perigosos nesta faceta. Além disto, em nossa amostra, o domínio Desinibição apresentou cargas mais limítrofes o que também ocorreu no estudo original de Krueger et al. (2012).

A literatura apresenta resultados consistentes no que se refere às relações entre os traços patológicos da personalidade e sintomas psiquiátricos (ZIMMERMANN et al., 2014; HOPWOOD et al., 2012; HOPWOOD et al., 2013). Bem como na amostra de validação brasileira (OLIVEIRA, 2016; OLIVEIRA; KRUEGER, 2015), em nossa amostra de obesos graves, também encontramos associações significativas entre os traços de personalidade disfuncionais e sintomas ansiosos e depressivos. Os domínios Distanciamento e Afetividade Negativa e as facetas Tendência a depressão e Ansiedade mostraram-se mais fortemente associados com sintomas ansiosos e depressivos, reforçando a estreita relação entre sintomas psiquiátricos e a patologia da personalidade.

A patologia da personalidade inclui uma alteração no funcionamento mental, limitando as formas do indivíduo em enfrentar situações estressantes ou de desconforto psicológico. Essa alteração foi evidenciada no presente estudo por meio das correlações entre os traços patológicos da personalidade e os estilos defensivos. As correlações mais importantes ocorreram com os mecanismos imaturos, como esperado. Houve correlações significativas com os mecanismos neuróticos, porém fracas. As facetas que apresentaram as maiores correlações foram as pertencentes aos domínios Distanciamento (Tendência a Depressão, Retraimento) Afetividade Negativa (Ansiedade e Perseverança) e Psicoticismo (Excentricidade e Desregulação Perceptiva). Nota-se que o domínio Psicoticismo, parece captar um funcionamento mais patológico da personalidade, pois em geral correlaciona-se pouco ou não tem correlação com os fatores correspondentes de outros modelos de traços normais da personalidade, como Abertura a Experiências. Psicoticismo foi fortemente relacionado à disfunção geral da personalidade medida pelo instrumento Inventário de Organização da Personalidade (IPO) (ZIMMERMANN et al., 2014).

Como esperado, os traços do PID-5 apresentaram correlações negativas com o constructo qualidade de vida. O Domínio Psicológico do WHOQOL-bref foi o que apresentou maior correlação com os traços de personalidade patológicos. Nossos resultados verificaram também que o domínio Distanciamento, principalmente através da faceta Anedonia, que indicaria falta de prazer e interesse nas experiências da vida, foi o que apresentou maiores associações com todos os domínios da qualidade de

vida. Isto sugere que estas características funcionais apresentam um impacto particularmente importante na qualidade de vida dos pacientes obesos.

Sintomas compulsivos alimentares já foram relacionados a traços de personalidade de outros modelos (GRUCZA; PRZYBECK; CLONINGER, 2007; DALLE GRAVE et al., 2013; GERLACH; HERPERTZ; LOEBER, 2015), como Busca de Novidade, Evitação de Dano e Neuroticismo. Até onde temos conhecimento, este foi o primeiro estudo a correlacionar os traços do PID-5 com compulsão alimentar. Todos os domínios e facetas (à única exceção de Exposição a Riscos) tiveram correlações significativas com os escores da ECAP. A vivência de afetos negativos é o traço mais associado. Entre as facetas, Tendência a Depressão e Anedonia apresentaram maiores correlações. Para validação convergente, um estudo alemão em amostras clínicas e de estudantes, utilizou um instrumento de rastreamento para transtornos mentais incluindo os alimentares, não encontrando correlações relevantes (ZIMMERMANN et al., 2014). Dada a característica de nossa amostra, entendemos que este é um construto interessante para a validade dos traços patológicos da personalidade.

7 LIMITAÇÕES

A amostra foi composta de apenas um centro de cirurgia bariátrica, podendo refletir características locais, reduzindo sua validade externa. Sugere-se que estudos com a mesma população em outros centros sejam realizados de forma a se verificar a replicabilidade dos achados.

Entende-se ainda que o PID-5 é um instrumento auto-aplicável e que pacientes com transtornos de personalidade ou instáveis psiquiatricamente por exemplo, podem não ter uma percepção adequada de seus traços de personalidade. Dessa forma, ressalta-se que os dados possuem esse viés autoavaliativo. Além disso, como discutido anteriormente, os pacientes encontram-se em processo de avaliação para a realização do procedimento cirúrgico, o que pode influenciar na honestidade de suas respostas.

8 CONCLUSÃO

Este estudo encontrou evidências de propriedades psicométricas adequadas do PID-5 para uma amostra de obesos graves candidatos a cirurgia bariátrica. Nossos resultados indicam que o instrumento é apropriado para ser aplicado nesta população, avaliando coerentemente os domínios e facetas da personalidade do modelo DSM-5. Mais estudos em outros centros são necessários para replicar e reforçar nossos achados.

REFERÊNCIAS

ADAMS, T. D. et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. **New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 8, p.753-761, 2007.

AGÜERA, Z. et al. Psychological and personality predictors of weight loss and comorbid metabolic changes after bariatric surgery. **Eur. Eat. Disord. Rev.**, Chichester, v. 23, n. 6, p. 509-516, 2015.

AL-DAJANI, N.; GRALNICK, T. M.; BAGBY, R. M. A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): current status and future directions. **J. Pers. Assess.**, Burbank, v. 98, n. 1, p. 62-81, 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM III**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM IV-TR**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDERSON, J. L. et al. On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets: implications for assessment of DSM-5 personality traits. **Assessment**, Odessa, v. 20, n. 3, p. 286-294, 2013.

ANDERSON, J. L. et al. Associations Between DSM-5 Section III Personality Traits and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2-Restructured Form (MMPI-2-RF) Scales in a Psychiatric Patient Sample. **Psychol. Assess.**, Arlington, v. 27, n. 3, p. 801-815, 2015.

ANDREWS, G.; SINGH, M.; BOND, M. The Defense Style Questionnaire. **J. Nerv. Ment. Dis.**, Baltimore, v. 181, n. 4, p. 246-256, 1993.

ASPAROUHOV, T.; MUTHÉN, B. Exploratory structural equation modeling. **Structural Equation Modeling**, Hillsdale v. 16, p. 397-438, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

BAÑOS, R. M. et al. Relationship between eating styles and temperament in an Anorexia Nervosa, Healthy Control, and Morbid Obesity female sample. **Appetite**, London, v. 76, p. 76-83, 2014.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 4, p. 561-571, 1961.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **J. Consult. Clin. Psychol.**, Washington, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.

- BECK, R. A.; AARON, T. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, New York, v. 8, n. 1, p. 77-100, 1988.
- BLAYA, C. et al. Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 255-258, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br> . Acesso em: 26 dez. 2016.
- CATTELL, R. B. **The scientific use of factor analysis**. New York: Plenum, 1978.
- CHENG, H; FURNHAM, A. Personality traits, education, physical exercise, and childhood neurological function as independent predictors of adult obesity. **PLoS One**, San Francisco, v. 8, n. 11, p. e79586, 2013.
- CLONINGER, C. R. et al. **The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use**. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, 1994.
- CLONINGER, C. R. et al. **The Temperament and Character Inventory – Revised**. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, 1999.
- CLONINGER, C. R.; SVRAKIC, D. M.; PRZYBECK, T. R. A psychobiological model of temperament and character. **Arch. of Gen. Psych.**, Chicago, v. 50, p. 975-990, 1993.
- COSTA, P. T.; MCCRAE, R. R. The Five-Factor Model of Personality and its relevance to Personality Disorders. **Journal of Personality Disorders**, New York, v. 6 (4), p. 343-359, 1992.
- COSTA, P. T.; MCCRAE, R. R. **Revised NEO Personality Inventory and Five-Factor Inventory professional manual**. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1992.
- CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, Research Triangle Park, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DALLE GRAVE, R. et al. Personality features of obese women in relation to binge eating and night eating. **Psychiatry Res.**, Amsterdam, v. 15, n. 1-2, p. 86-91, 2013.
- DE FRUYT, F. et al. General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. **Assessment**, Odessa, v. 20, n. 3, p. 295-307, 2013.
- DUARTE-GUERRA, L. S. et al. Psychiatric Disorders Among Obese Patients

Seeking Bariatric Surgery: Results of Structured Clinical Interviews. **Obes. Surg.**, Oxford, v. 25, n. 5, p. 830-837, 2015.

ELFHAG, K.; FINER, N.; RÖSSNER, S. Who will lose weight on sibutramine and orlistat? Psychological correlates for treatment success. **Diabetes Obes. Metab.**, Oxford, v. 10, n. 6, p. 498-505, 2008.

ELFHAG, K.; MOREY, L. C. Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. **Eat. Behav.**, New York, v. 9, n. 3, p.285-293, 2008.

FLECK, M. P. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FOSSATI, A. et al. Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. **Assessment**, Odessa, v. 20, n. 6, p. 689-708, 2013.

FREITAS, S. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 215-220, 2001.

GERLACH, G.; HERPERTZ, S.; LOEBER, S. Personality traits and obesity: a systematic review. **Obesity Reviews**, Oxford, UK, v. 16, n. 1, p. 32-63, 2015.

GERLACH, G.; LOEBER, S.; HERPERTZ, S. Personality disorders and obesity: a systematic review. **Obesity Reviews**, Oxford, UK, v. 17, n. 8, p. 691-723, 2016.

GLINSKI, J.; WETZLER, S.; GOODMAN, E. The psychology of gastric bypass surgery. **Obes. Surg.**, Oxford, v. 11, p. 581-588, 2001.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 25, p.245-250, 1998.

GORMALLY, J. et al. The assessment of binge eating severity among obese persons. **Addict. Behav.**, Oxford, v. 7, n. 1, p. 47-55, 1982.

GRUCZA, R. A.; PRZYBECK, T. R.; CLONINGER, C. R. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. **Compr. Psychiatry**, New York, v. 48, n. 2, p. 124-131, 2007.

GRUPSKI, A. E. et al. Examining the Binge Eating Scale in screening for binge eating disorder in bariatric surgery candidates. **Obes. Surg.**, Oxford, v. 23, n. 1, p. 1-6, 2013.

GUTIÉRREZ, F. et al. Psychometric properties of the spanish PID-5 in a clinical and a community sample. **Assessment**, Odessa, 21 Sep. 2015. [Epub ahead of print].

GUTTMAN, L. A basis for test-retest reliability. **Psychometrika**, Research Triangle Park, v. 10, p. 255–282, 1945.

- HOLGADO-TELLO, F. et al. Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. **Quality and Quantity**, Padova, v. 44, n. 1, p. 153–166, 2010.
- HOPWOOD, C. J. et al. DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. **J. Abnorm. Psychol.**, Washington, v. 121, n. 2, p. 424-432, 2012.
- HOPWOOD, C. J. et al. DSM-5 pathological personality traits and the personality assessment inventory. 2013. **Assessment**, Odessa, v. 20, n. 3, p. 269-285, 2013.
- HORN, J. L. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. **Psychometrika**, Research Triangle Park, v. 30, p. 179-185, 1965.
- HU, L. T.; BENTLER, P. M. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. **Psychological Methods**, Washington, v. 3, n. 4, p. 424, 1998.
- JOKELA, M. et al. Association of personality with the development and persistence of obesity: A meta-analysis based on individual-participant data. **Obesity Reviews**, Oxford, UK, v. 14, n. 4, 315–323, 2013.
- KAKIZAKI, M. et al. Personality and body mass index: a cross-sectional analysis from the Miyagi Cohort Study. **J. Psychosom. Res.**, London, v. 64, n. 1, p. 71-80, 2008.
- KALARCHIAN, M. A. et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 164, v. 2, p. 328-334, 2007.
- KRUEGER, R. F. et al. Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. **J. Pers. Disord.**, New York, v. 25, n. 2, p. 170-191, 2011a.
- KRUEGER, R. F. et al. Personality in DSM-5: helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. **J. Pers. Assess.**, Burbank, v. 93, n. 4, p. 325-331, 2011b.
- KRUEGER, R. F. et al. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. **Psychol. Med.**, London, v. 42, n. 9, p. 1879-1890, 2012.
- KRUEGER, R. F.; MARKON, K. E. The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, Palo Alto, v. 10, p. 477-501, 2014.
- LIVHITS, M. et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. **Obes. Surg.**, Oxford, v. 22, n. 1, p. 70-89, 2012.
- LÓPEZ-PANTOJA, J. L. et al. Personality profiles between obese and control subjects assessed with five standardized personality scales. **Actas Esp. Psiquiatr.**, Madrid, v. 40, n. 5, p. 266-274, 2012.
- LORENZO-SEVA, U. Promin: a method for oblique factor rotation. **Multivariate**

Behavioral Research, Fort Worth, v. 34, n. 3, p. 347-356, 1999.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. Factor: a computer program to fit the exploratory factor analysis model. **Behavior Research Methods**, Austin, v. 38, n.1, p. 88-91, 2006.

LORENZO-SEVA, U.; TIMMERMAN, M. E.; KIERS, H. A. The Hull method for selecting the number of common factors. **Multivariate Behavioral Research**, Fort Worth, v. 46, n. 2, p. 340–364, 2011.

MCDONALD, R. P. The theoretical foundations of principal factor analysis, canonical factor analysis, and alpha factor analysis. **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, London, v. 23, p. 1-21, 1970.

MCGEE NG, S. A. et al. The Effect of Response Bias on the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). **J. Pers. Assess.**, Burbank, v. 98, n. 1, p. 51-61, 2016.

MUTHÉN, B.; KAPLAN, D. A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, London, v. 38, p. 171-189, 1985.

MUTHÉN, B.; KAPLAN, D. A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, London, v. 45, p. 19-30, 1992.

MUTHÉN, L. K.; MUTHÉN, B O. **Mplus User's Guide**. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén, 2012.

O'BRIEN, P. E; BROWN, W. A.; DIXON, J. B. Obesity, weight loss and bariatric surgery. **Med. J. Aust.**, Sydney, v. 183, n. 6, p. 310-314, 2005.

OLIVEIRA, S. E. S. **Avaliação estrutural e dimensional da personalidade: estudos psicométricos e de aplicação clínica**. 2016. 331 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre, 2016.

OLIVEIRA, S. E. S.; KRUEGER, R. F. Validity of the DSM-5 alternative personality disorder model in brazilian clinic and non-clinic samples. In: ANNUAL MEETING OF THE SOCIETY FOR RESEARCH IN PSYCHOPATHOLOGY, 29., 2015. **[Proceedings]**. New Orleans: Society for Research in Psychopathology, 2015.

PASQUALI, L. **Análise fatorial para pesquisadores**. Petrópolis: Vozes, 2004.

PERVIN, L. A.; JOHN, O. P. **Personalidade: teoria e pesquisa (Personality: Theory and research)**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUILTY, L. C. et al. The psychometric properties of the personality inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. **Assessment**, Odessa, v. 20, n. 3, p. 362-369, 2013.

REISE, S. P.; MORIZOT, J.; HAYES, R. D. The role of bifactor model in resolving dimensionality issues in health outcomes measures. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 16,

p. 19-31, 2007.

RIBARIC, G.; BUCHWALD, J. N.; MCGLENNON, T. W. Diabetes and weight in comparative studies of bariatric surgery vs conventional medical therapy: a systematic review and meta-analysis. **Obes. Surg.**, Oxford, v. 24, n. 3, p. 437-455, 2014.

ROSKAM, I. The Psychometric properties of the french version of the personality inventory for DSM-5. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 7, p. e0133413, 2015.

SARWER, D. B. et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. **Obes. Surg.**, Oxford, v. 14, n. 9, p. 1148-56, 2004.

SHAPIRO, A.; BERGE, J. F. Statistical inference of minimum rank factor analysis. **Psychometrika**, Research Triangle Park, v. 67, n. 1, p. 79-94, 2002.

SHIM, U. et al. Personality traits and body mass index in a Korean population. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 3, p. e90516, 2014.

SIMON, G. E. et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 63, p. 824-830, 2006.

SJÖSTRÖM, L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. **Journal of Internal Medicine**, Oxford, v. 273, n. 3, p. 219-234, 2013.

SKEVINGTON, S. M. et al. The World Health Organization's WHOQOL -BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 13, p. 299-310, 2004.

SKODOL, A. E. et al. Personality disorder types proposed for DSM-5. **J. Pers. Disord.**, New York, v. 25, n. 2, p. 136-169, 2011.

SULLIVAN, S. et al. Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. **Int. J. Obes.**, London, v. 32, n. 4, p.669-674, 2007.

SUTIN, A. R. et al. Personality and metabolic syndrome. **Age (Dordr)**, Dordrecht, v. 32, n. 4, p. 513-519, 2010.

SUTIN, A. R. et al. Personality and obesity across the adult life span. **J. Pers. Soc. Psychol.**, Washington, v. 101, n. 3, p. 579-592, 2011.

SUTIN, A. R. et al. Personality traits and leptin. **Psychosom. Med.**, Baltimore, v. 75, n. 5, p. 505-509, 2013.

THOMAS, K. M. et al. The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and Five Factor Model trait domains. **Assessment**, Odessa, v. 20, n. 3, p. 308-311, 2013.

TRULL, T. J.; DURRETT, C. A. Categorical and dimensional models of personality disorder. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, Palo Alto, v. 1, p. 355-380, 2005.

VAN REEDT DORTLAND A. K. et al. Personality traits and childhood trauma as correlates of metabolic risk factors: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). **Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry**, Oxford, v. 36, n. 1, p. 85-91, 2012.

VELICER, W. F. Determining the number of components from the matrix of partial correlations. **Psychometrika**, Research Triangle Park, v. 41, p. 321-327, 1976.

WIMMELMANN, C. L.; DELA, F.; MORTENSEN, E. L. Psychological predictors of weight loss after bariatric surgery: a review of the recent research. **Obes. Res. Clin. Pract.**, Amsterdam, v. 8, n. 4, p. e299-313, 2014a.

WIMMELMANN, C. L.; DELA, F.; MORTENSEN, E. L. Psychological predictors of mental health and health-related quality of life after bariatric surgery: a review of the recent research. **Obes. Res. Clin. Pract.**, Amsterdam, v. 8, n. 4, p. e314-324, 2014.b

WOLFE, B. M; BELLE, S. H. Long-term risks and benefits of bariatric surgery: a research challenge. **JAMA**, Chicago, v. 312, n. 17, p. 1792-1793, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 26 dez. 2016.

ZIMMERMANN, J. et al. The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples **Journal of Personality Disorders**, New York, v. 28, n. 4, p. 518-540, 2014.

MATERIAL SUPLEMENTAR

Tabela 1S. Análises fatoriais comparando o modelo de dois fatores e o modelo bi-fator **Busca de Atenção**

Itens	Análise fatorial Exploratória		Modelo Bi-fator		
	F1	F2	G	F1	F2
14	-0,08	0,89	0,75	-0,06	0,37
43	-0,10	0,90	0,75	-0,07	0,37
74	0,30	0,46	0,64	0,21	0,19
111	1,05	-0,17	0,61	0,73	-0,07
113	0,59	-0,06	0,37	0,41	-0,02
173	0,75	0,12	0,65	0,51	0,05
191	-0,07	0,80	0,68	-0,05	0,33
211	0,56	0,22	0,61	0,39	0,09

F1: cargas para o primeiro fator; F2: cargas para o segundo fator; G: cargas para o fator geral

Tabela 2S. Análises fatoriais comparando o modelo de dois fatores e o modelo bi-fator **Insensibilidade**

Itens	Análise Fatorial Exploratória		Modelo Bi-fator		
	F1	F2	G	F1	F2
11	-0,13	0,93	0,74	-0,10	0,42
13	-0,08	0,49	0,39	-0,06	0,22
19	0,64	0,19	0,60	0,48	0,09
54	0,86	-0,12	0,48	0,64	-0,05
72	0,86	-0,09	0,50	0,64	-0,04
73	0,07	0,86	0,81	0,05	0,38
90 (r)	0,58	-0,26	0,15	0,43	-0,12
153	0,76	0,16	0,65	0,56	0,07
166	0,68	0,23	0,66	0,51	0,10
183	0,69	0,06	0,51	0,51	0,03
198	0,07	0,82	0,78	0,05	0,37
200	-0,24	0,87	0,61	-0,18	0,39
207	0,64	0,02	0,45	0,47	0,01
208	0,37	0,36	0,57	0,27	0,16

F1: cargas para o primeiro fator; F2: cargas para o segundo fator; G: cargas para o fator geral

Tabela 3S. Análises fatoriais comparando o modelo de dois fatores e o modelo bi-fator
Excentricidade

Itens	EFA		Modelo Bi-fator		
	F1	F2	G	F1	F2
5	0,15	0,61	0,71	0,08	0,19
21	0,75	0,15	0,78	0,40	0,05
24	0,49	0,37	0,77	0,26	0,12
25	0,62	0,25	0,75	0,33	0,08
33	0,03	0,75	0,73	0,02	0,24
52	0,07	0,79	0,81	0,04	0,25
55	1,19	-0,40	0,62	0,64	-0,13
70	0,58	0,25	0,73	0,31	0,08
71	-0,07	0,94	0,83	-0,04	0,30
152	-0,09	0,94	0,81	-0,05	0,30
172	0,13	0,70	0,77	0,07	0,22
185	0,06	0,66	0,68	0,03	0,21
205	-0,06	0,90	0,81	-0,03	0,29

F1: cargas para o primeiro fator; F2: cargas para o segundo fator; G: cargas para o fator geral

Tabela 4S. Análises fatoriais comparando o modelo de dois fatores e o modelo bi-fator
Labilidade Emocional

Itens	EFA		Modelo Bi-fator		
	F1	F2	G	F1	F2
18	-0,05	0,83	0,70	-0,04	0,39
62	0,21	0,65	0,70	0,17	0,31
102	0,82	-0,03	0,48	0,64	-0,01
122	0,85	0,08	0,60	0,66	0,04
138	-0,18	0,91	0,69	-0,14	0,43
165	0,88	-0,07	0,49	0,69	-0,04
181	0,03	0,73	0,67	0,03	0,35

F1: cargas para o primeiro fator; F2: cargas para o segundo fator; G: cargas para o fator geral

Tabela 5S. Análises fatoriais comparando o modelo de dois fatores e o modelo bi-fator **Perseverança**

Itens	EFA		Modelo Bi-fator		
	F1	F2	G	F1	F2
46	-0,05	0,80	0,68	-0,04	0,35
51	-0,14	0,79	0,61	-0,10	0,34
60	0,66	-0,01	0,45	0,48	0,00
78	0,60	-0,04	0,38	0,43	-0,02
80	1,03	-0,22	0,52	0,74	-0,09
100	0,03	0,66	0,61	0,02	0,28
121	0,14	0,65	0,68	0,10	0,28
128	0,64	0,22	0,64	0,46	0,10
137	0,55	0,20	0,56	0,39	0,09

F1: cargas para o primeiro fator; F2: cargas para o segundo fator; G: cargas para o fator geral

Tabela 6S. Análises fatoriais comparando o modelo de dois fatores e o modelo bi-fator **Exposição a Riscos**

Itens	EFA		Modelo Bi-fator		
	F1	F2	G	F1	F2
3	-0,28	0,44	0,26	-0,27	0,28
7 (r)	0,56	0,08	0,22	0,54	0,05
35 (r)	0,70	-0,12	0,09	0,67	-0,08
39	-0,04	0,64	0,49	-0,04	0,41
48	0,04	0,74	0,58	0,04	0,46
67	0,20	0,67	0,58	0,19	0,42
69	-0,04	0,59	0,45	-0,04	0,37
87 (r)	0,69	-0,11	0,10	0,67	-0,07
98 (r)	0,40	0,17	0,24	0,39	0,11
112	0,06	0,57	0,46	0,05	0,36
159	-0,10	0,71	0,52	-0,10	0,44
164 (r)	0,67	-0,13	0,08	0,65	-0,08
195	-0,13	0,59	0,42	-0,13	0,37
215 (r)	0,68	0,07	0,23	0,65	0,04

F1: cargas para o primeiro fator; F2: cargas para o segundo fator; G: cargas para o fator geral

ANEXO A - Instrumentos

Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5)

Nome: _____ **Data:** ___ / ___ / ___

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	Não tenho tanto prazer com as coisas como as pessoas parecem ter.				0	0	0	0
002	Existem muitas pessoas querendo me pegar.				0	0	0	0
003	As pessoas me descrevem como imprudente.				0	0	0	0
004	Sinto que ajo totalmente por impulso.				0	0	0	0
005	Eu frequentemente tenho ideias que são muito incomuns para explicar para alguém.				0	0	0	0
006	Perco o fio da meada das conversas porque outras coisas chamam a minha atenção.				0	0	0	0
007	Eu evito situações arriscadas.				0	0	0	0
008	Quando se trata das minhas emoções, as pessoas dizem que sou frio.				0	0	0	0
009	Eu mudo o que faço dependendo do que os outros querem.				0	0	0	0
010	Eu prefiro não me envolver muito com as pessoas.				0	0	0	0
011	Frequentemente me envolvo em brigas físicas.				0	0	0	0
012	Tenho pavor de ficar sem alguém que me ame.				0	0	0	0
013	Ser grosso e rude simplesmente faz parte de quem eu sou.				0	0	0	0
Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1	2	3	4
014	Eu faço coisas para me certificar que as pessoas irão me notar.				0	0	0	0
015	Costumo fazer o que os outros acham que eu deveria fazer.				0	0	0	0

016	Geralmente faço coisas de maneira impulsiva sem pensar no que pode acontecer.	0	0	0	0
017	Não consigo parar de tomar decisões precipitadas, mesmo sabendo que sou assim.	0	0	0	0
018	Minhas emoções às vezes mudam sem uma boa razão.	0	0	0	0
019	Realmente não me importo se faço os outros sofrerem.	0	0	0	0
020	Eu guardo as coisas para mim mesmo.	0	0	0	0
021	Eu frequentemente digo coisas que os outros consideram esquisitas ou estranhas.	0	0	0	0
022	Eu sempre faço coisas no calor do momento.	0	0	0	0
023	Nada parece me interessar muito.	0	0	0	0
024	As pessoas parecem achar que meus comportamentos são esquisitos.	0	0	0	0
025	Pessoas já me disseram que eu penso sobre as coisas de um modo realmente estranho.	0	0	0	0
026	Eu quase nunca aproveito a vida.	0	0	0	0
027	Frequentemente sinto que nada do que faço tem importância.	0	0	0	0
028	Eu estouro com as pessoas quando elas fazem pequenas coisas que me irritam.	0	0	0	0
029	Não consigo me concentrar em coisa alguma.	0	0	0	0
030	Sou uma pessoa cheia de energia.	0	0	0	0
031	Os outros me vêem como irresponsável.	0	0	0	0
032	Consigo ser cruel quando preciso.	0	0	0	0
033	Meus pensamentos geralmente vão para direções esquisitas ou incomuns.	0	0	0	0
034	Já me disseram que perco muito tempo me assegurando que as coisas estão no seu devido lugar.	0	0	0	0
035	Eu evito esportes e atividades arriscadas.	0	0	0	0
036	Posso ter dificuldades em dizer a diferença entre sonho e realidade.	0	0	0	0
037	Às vezes tenho essa estranha sensação de que partes do meu corpo estão como mortas ou não fazem parte	0	0	0	0
Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1 2 3 4
038	Eu fico irritado facilmente.	0	0	0	0
039	Não tenho limites quando se trata de fazer coisas perigosas.	0	0	0	0

040	Para ser honesto, eu sou mais importante do que as outras pessoas.	0	0	0	0
041	Invento histórias sobre coisas que aconteceram que são totalmente falsas.	0	0	0	0
042	As pessoas frequentemente falam sobre coisas que faço das quais realmente não me lembro.	0	0	0	0
043	Faço coisas só para que as pessoas me admirem.	0	0	0	0
044	É estranho, mas algumas vezes objetos comuns parecem ter uma forma diferente do que a usual.	0	0	0	0
045	Eu não reajo emocionalmente às coisas por muito tempo.	0	0	0	0
046	É difícil para mim parar uma atividade, mesmo quando é hora de parar.	0	0	0	0
047	Não sou bom em fazer planos futuros.	0	0	0	0
048	Eu faço muitas coisas que os outros consideram arriscadas.	0	0	0	0
049	As pessoas me dizem que me foco demais nos pequenos detalhes.	0	0	0	0
050	Eu me preocupo muito em ficar sozinho.	0	0	0	0
051	Deixei de fazer coisas porque estava muito ocupado tentando alcançar algo que eu estava fazendo perfeitamente.	0	0	0	0
052	Meus pensamentos geralmente não fazem sentido para as pessoas.	0	0	0	0
053	Frequentemente invento coisas sobre mim mesmo para conseguir o que quero.	0	0	0	0
054	Realmente não me incomoda ver outras pessoas se machucarem.	0	0	0	0
055	As pessoas frequentemente olham para mim como se eu tivesse dito algo realmente esquisito.	0	0	0	0
056	As pessoas não percebem que eu as elogio somente para conseguir o que quero.	0	0	0	0
057	Prefiro estar em um relacionamento ruim do que estar sozinho.	0	0	0	0
058	Eu geralmente penso antes de agir.	0	0	0	0
059	Eu frequentemente vejo imagens nítidas de sonhos quando estou começando a dormir ou acordando.	0	0	0	0
060	Continuo fazendo as coisas da mesma maneira, mesmo quando não está funcionando.	0	0	0	0
061	Eu sou muito insatisfeito comigo mesmo.	0	0	0	0
Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1 2 3 4
062	Tenho reações emocionais muito mais fortes do que a maioria das pessoas.	0	0	0	0
063	Faço o que os outros me dizem para fazer.	0	0	0	0

064	Não suporto ser deixado sozinho, mesmo que por algumas horas.	0	0	0	0
065	Eu tenho excelentes qualidades que poucas pessoas possuem.	0	0	0	0
066	Eu realmente não vejo esperança no futuro.	0	0	0	0
067	Eu gosto de me arriscar.	0	0	0	0
068	Não consigo atingir meus objetivos porque outras coisas chamam a minha atenção.	0	0	0	0
069	Quando quero fazer algo, não deixo que o fato de ser arriscado me impeça.	0	0	0	0
070	As pessoas parecem pensar que eu sou muito diferente ou estranho.	0	0	0	0
071	Meus pensamentos são estranhos e imprevisíveis.	0	0	0	0
072	Eu não me importo com os sentimentos dos outros.	0	0	0	0
073	Você precisa pisar em algumas pessoas para conseguir o que quer na vida.	0	0	0	0
074	Eu adoro ter a atenção das outras pessoas.	0	0	0	0
075	Eu me esforço para evitar qualquer tipo de atividade em grupo.	0	0	0	0
076	Posso ser sorrateiro se isso significar que vou conseguir o que quero.	0	0	0	0
077	Às vezes eu olho para um objeto familiar e é como se eu o estivesse vendo pela primeira vez.	0	0	0	0
078	É difícil para mim mudar de uma atividade para outra.	0	0	0	0
079	Eu me preocupo muito com coisas terríveis que podem acontecer.	0	0	0	0
080	Tenho dificuldade de mudar o modo de fazer as coisas mesmo quando ele não funciona bem.	0	0	0	0
081	O mundo seria melhor se eu estivesse morto.	0	0	0	0
082	Eu mantenho distância das pessoas.	0	0	0	0
083	Eu frequentemente não posso controlar o que estou pensando.	0	0	0	0
084	Não sou de me emocionar.	0	0	0	0
085	Fico ofendido quando me dizem o que fazer, mesmo que seja um superior.	0	0	0	0
Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1 2 3 4
086	Sou muito envergonhado do quanto decepciono as pessoas de diversas maneiras.	0	0	0	0
087	Evito qualquer coisa que possa ser minimamente perigosa.	0	0	0	0

088	Tenho dificuldade em atingir objetivos específicos mesmo por curtos períodos de tempo.	0	0	0	0
089	Prefiro manter relacionamentos amorosos longe de mim	0	0	0	0
090	Eu nunca machucaria ninguém.	0	0	0	0
091	Eu não demonstro muito minhas emoções	0	0	0	0
092	Tenho um pavio muito curto.	0	0	0	0
093	Muitas vezes temo que algo ruim vai acontecer devido aos erros que cometi no passado.	0	0	0	0
094	Tenho algumas habilidades incomuns, como às vezes saber exatamente o que alguém está pensando.	0	0	0	0
095	Eu fico muito nervoso quando penso sobre o futuro.	0	0	0	0
096	Raramente me preocupo com as coisas.	0	0	0	0
097	Eu gosto de estar apaixonado.	0	0	0	0
098	Prefiro agir de modo seguro a correr riscos desnecessários.	0	0	0	0
099	Algumas vezes ouço coisas que as pessoas não conseguem ouvir.	0	0	0	0
100	Fico obcecado em algumas coisas e não consigo parar.	0	0	0	0
101	As pessoas dizem que é difícil saber o que estou sentido.	0	0	0	0
102	Sou uma pessoa extremamente emotiva.	0	0	0	0
103	As pessoas se aproveitariam de mim se pudessem.	0	0	0	0
104	Frequentemente sinto que sou um fracasso.	0	0	0	0
105	É simplesmente inaceitável que eu faça algo que não está absolutamente perfeito.	0	0	0	0
106	Frequentemente tenho experiências incomuns, como sentir a presença de alguém que de fato não está presente.	0	0	0	0
107	Sou bom em fazer com que as pessoas façam aquilo que quero.	0	0	0	0
108	Eu termino meus relacionamentos se eles começarem a ficar muito íntimos.	0	0	0	0
109	Estou sempre me preocupando com alguma coisa.	0	0	0	0
Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1 2 3 4
110	Eu me preocupo com quase tudo.	0	0	0	0
111	Eu gosto de me destacar numa multidão.	0	0	0	0

112	Eu não me importo de me arriscar de vez em quando.	0	0	0	0
113	Meus comportamentos são muitas vezes marcantes e atraem a atenção das pessoas.	0	0	0	0
114	Sou melhor que quase todo mundo.	0	0	0	0
115	As pessoas reclamam sobre minha necessidade de ter tudo planejado.	0	0	0	0
116	Eu sempre esforço-me para me vingar de pessoas que me prejudicaram.	0	0	0	0
117	Estou sempre alerta para ver se alguém está tentando me enganar ou prejudicar.	0	0	0	0
118	Tenho dificuldade em me focar no que precisa ser feito.	0	0	0	0
119	Eu falo muito sobre suicídio.	0	0	0	0
120	Eu simplesmente não estou muito interessado em ter relações sexuais.	0	0	0	0
121	Fico muito preso às coisas.	0	0	0	0
122	Eu me emociono com facilidade, muitas vezes por uma razão muito pequena.	0	0	0	0
123	Insisto em fazer tudo com total perfeição, mesmo deixando as pessoas loucas com isso.	0	0	0	0
124	Eu quase nunca me sinto feliz com as atividades do meu dia a dia.	0	0	0	0
125	Minha lábia ajuda-me a conseguir o que quero.	0	0	0	0
126	Às vezes é preciso cometer exageros para chegar à frente dos outros.	0	0	0	0
127	Eu temo ficar sozinho na vida mais do que qualquer outra coisa.	0	0	0	0
128	Eu fico preso em uma maneira de fazer as coisas, mesmo quando esta claro que não vai funcionar.	0	0	0	0
129	Geralmente sou bastante descuidado com minhas coisas e com as dos outros.	0	0	0	0
130	Sou uma pessoa muito ansiosa.	0	0	0	0
131	As pessoas são, no geral, confiáveis.	0	0	0	0
132	Eu facilmente me distraio.	0	0	0	0
133	Parece que estou sempre recebendo um "tratamento injusto" dos outros.	0	0	0	0
Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1 2 3 4
134	Não penso duas vezes em trapacear se isso me fizer chegar à frente dos outros.	0	0	0	0
135	Verifico as coisas várias vezes para ter certeza que elas estão perfeitas.	0	0	0	0

136	Não gosto de passar meu tempo com os outros.	0	0	0	0
137	Sinto-me impulsionado a continuar fazendo as coisas, mesmo quando elas fazem pouco sentido.	0	0	0	0
138	Nunca sei como estarão minhas emoções de um momento para outro.	0	0	0	0
139	Eu vi coisas que não estavam de fato lá.	0	0	0	0
140	É importante para mim que as coisas sejam feitas de uma determinada maneira.	0	0	0	0
141	Sempre espero que o pior vá acontecer.	0	0	0	0
142	Eu tento dizer a verdade, mesmo quando é difícil.	0	0	0	0
143	Eu acredito que algumas pessoas são capazes de mover coisas com suas mentes.	0	0	0	0
144	Não consigo me focar em alguma coisa por muito tempo.	0	0	0	0
145	Eu evito relacionamentos românticos.	0	0	0	0
146	Não estou interessado em fazer amigos.	0	0	0	0
147	Eu falo o mínimo possível quando estou lidando com pessoas.	0	0	0	0
148	Sou uma pessoa inútil.	0	0	0	0
149	Faço qualquer coisa para evitar que alguém me abandone.	0	0	0	0
150	Às vezes eu consigo influenciar outras pessoas somente enviando meus pensamentos para elas.	0	0	0	0
151	A vida me parece muito sem cor.	0	0	0	0
152	Eu penso sobre as coisas de uma maneira esquisita que não faz sentido para maioria das pessoas.	0	0	0	0
153	Não me importo se minhas ações machucam os outros.	0	0	0	0
154	Às vezes me sinto "controlado" por pensamentos que pertencem a outras pessoas.	0	0	0	0
155	Eu realmente aproveito o máximo da vida.	0	0	0	0
156	Faço promessas que realmente não pretendo cumprir.	0	0	0	0
157	Parece que nada me faz sentir bem.	0	0	0	0
Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1 2 3 4
158	Fico facilmente irritado com todo o tipo de coisas.	0	0	0	0
159	Eu faço o que quero sem pensar o quanto isso pode ser perigoso.	0	0	0	0

160	Muitas vezes esqueço de pagar minhas contas.	0	0	0	0
161	Não gosto de me aproximar muito das pessoas.	0	0	0	0
162	Eu sou bom em enganar as pessoas.	0	0	0	0
163	Tudo parece sem sentido para mim.	0	0	0	0
164	Nunca me arrisco.	0	0	0	0
165	Fico emocionado até mesmo com pequenas coisas.	0	0	0	0
166	Não é um grande problema eu ferir os sentimentos de alguém.	0	0	0	0
167	Nunca demonstro emoções aos outros.	0	0	0	0
168	Eu frequentemente me sinto infeliz.	0	0	0	0
169	Sou uma pessoa sem valor.	0	0	0	0
170	Costumo ser muito agressivo .	0	0	0	0
171	Já “sumi do mapa” para evitar responsabilidades.	0	0	0	0
172	Já me disseram mais de uma vez que tenho diversos hábitos e modos esquisitos.	0	0	0	0
173	Eu gosto de ser uma pessoa notada pelas outras.	0	0	0	0
174	Estou sempre com muito medo sobre coisas ruins que podem acontecer.	0	0	0	0
175	Nunca quero ficar sozinho.	0	0	0	0
176	Continuo tentando melhorar as coisas que faço, mesmo quando elas já estão perfeitas.	0	0	0	0
177	Eu raramente sinto que as pessoas que eu conheço estão tentando tirar vantagem de mim.	0	0	0	0
178	Sei que mais cedo ou mais tarde vou cometer suicídio.	0	0	0	0
179	Tenho ido mais além do que a maioria das pessoas que conheço.	0	0	0	0
180	Com certeza posso utilizar meu charme para que as coisas sejam do meu modo	0	0	0	0
181	Minhas emoções são imprevisíveis.	0	0	0	0
Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1 2 3 4
182	Não lido com pessoas, a menos que eu precise.	0	0	0	0
183	Não me importo com os problemas dos outros.	0	0	0	0

184	Não reajo muito a coisas que parecem emocionar os outros.	0	0	0	0
185	Eu tenho vários hábitos que os outros acham que são excêntricos ou estranhos.	0	0	0	0
186	Eu evito eventos sociais.	0	0	0	0
187	Eu mereço tratamento especial.	0	0	0	0
188	Fico realmente irritado quando alguém me insulta ainda que não seja nada demais.	0	0	0	0
189	Raramente fico entusiasmado com alguma coisa.	0	0	0	0
190	Suspeito que até as pessoas que se dizem meus "amigos" me traem com frequência.	0	0	0	0
191	Eu necessito muito de atenção.	0	0	0	0
192	Às vezes eu penso que alguém está roubando pensamentos da minha cabeça.	0	0	0	0
193	Tenho períodos em que me sinto desconectado do mundo ou de mim mesmo.	0	0	0	0
194	Eu geralmente percebo relações incomuns entre coisas que a maioria das pessoas não percebe.	0	0	0	0
195	Não penso que posso me machucar quando faço coisas que podem ser perigosas.	0	0	0	0
196	Eu simplesmente não tolero ver as coisas fora de seus devidos lugares.	0	0	0	0
197	Eu frequentemente preciso lidar com pessoas que são menos importantes que eu.	0	0	0	0
198	Às vezes bato nas pessoas para lembrá-las de quem está no comando.	0	0	0	0
199	Eu me perco na tarefa que estou realizando mesmo com pequenas distrações.	0	0	0	0
200	Divirto-me em fazer as pessoas que estão no controle parecerem estúpidas.	0	0	0	0
201	Eu simplesmente fujo de compromissos e reuniões se eu não estiver a fim.	0	0	0	0
202	Tento fazer o que os outros querem que eu faça.	0	0	0	0
203	Prefiro ficar sozinho a ter um parceiro amoroso íntimo.	0	0	0	0
204	Sou muito impulsivo.	0	0	0	0
205	Frequentemente tenho pensamentos que fazem sentido pra mim, mas que os outros dizem ser estranhos.	0	0	0	0
Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1 2 3 4
206	Eu uso as pessoas para conseguir o que quero.	0	0	0	0
207	Não vejo motivo em me sentir culpado sobre coisas que fiz e que machucaram outras pessoas.	0	0	0	0

208	Na maioria das vezes eu não vejo razão em ser amigável.	0 0 0 0
209	Eu já tive algumas experiências realmente esquisitas que são difíceis de se explicar.	0 0 0 0
210	Eu cumpro meus compromissos.	0 0 0 0
211	Eu gosto de chamar atenção para mim mesmo.	0 0 0 0
212	Sinto-me culpado a maior parte do tempo.	0 0 0 0
213	Frequentemente fico “fora do ar” e de repente volto e percebo que muito tempo se passou.	0 0 0 0
214	Mentir é fácil para mim.	0 0 0 0
215	Odeio me arriscar.	0 0 0 0
216	Eu sou "curto e grosso" com quem merece.	0 0 0 0
217	As coisas ao meu redor parecem irreais, ou mais reais que o normal.	0 0 0 0
218	Eu exagero a verdade se isso me trazer vantagens.	0 0 0 0
219	É fácil, para mim, tirar vantagem dos outros.	0 0 0 0
220	Eu tenho um modo rigoroso de fazer as coisas.	0 0 0 0

Inventário de Depressão de Beck (copyrights)

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.
 - 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.
2.
 - 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3.
 - 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que como pessoa sou um completo fracasso.
4.
 - 0 Eu tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo.
5.
 - 0 Não me sinto especialmente culpado(a).
 - 1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo.
 - 2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado(a).
6.
 - 0 Não acho que esteja a sendo punido(a).
 - 1 Acho que posso ser punido(a).
 - 2 Creio que seriei punido(a).
 - 3 Acho que estou a sendo punido(a).
7.
 - 0 Não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a).
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo(a).
 - 2 Estou enjoado de mim.
 - 3 Eu me odeio.
8.
 - 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
 - 1 Sou criticado em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.

- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9.
0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade.
10.
0 Não choro mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora choro o tempo todo.
3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que queira.
11.
0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente, sinto-me irritado(a) o tempo todo.
3 Não me irrita mais com as coisas que costumava me irritar.
12.
0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado nas pessoas do que costumava ser.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13.
0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades para tomar decisões.
3 Não consigo tomar decisões.
14.
0 Não acho que a minha aparência esteja pior do que costumava ser.
1 Estou preocupado por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Acredito que pareço feio(a).
15.
0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
16.
0 Consigo dormir tão bem quanto o habitual.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas antes do horário habitual e tenho dificuldade em voltar a dormir.
3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

- 17.
- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
 - 1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.
 - 2 Sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa.
 - 3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.
- 18.
- 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
 - 1 Meu apetite não está bom como costumava ser.
 - 2 O meu apetite está muito pior agora.
 - 3 Não tenho mais apetite.
- 19.
- 0 Não tenho perdido peso, se é que perdi algum recentemente.
 - 1 Perdi mais de 2,5 kg.
 - 2 Perdi mais de 5 kg.
 - 3 Perdi mais de 7,5 kg.
- Estou propositadamente tentando perder peso, comendo menos. Sim ____ Não ____
-
- 20.
- 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
 - 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores e indisposição do estômago ou prisão de ventre.
 - 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
 - 3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21.
- 0 Não notei nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.
 - 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar
 - 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo atualmente.
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Escala de ansiedade de Beck (BAI) (copyrights)

Indique agora sintomas que você apresentou durante a ULTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma:

	0 Não	1 Suave, não me incomoda muito	2 Moderado, é desagradável, mas consigo suportar	3 Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro				
9. Apavorado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Tremulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto				
19. Desmaios				
20. Rubor (vermelhidão) facial				
21. Sudorese (suor, não devido ao calor)				

Escala de qualidade de vida versão breve - WHOQOL – BREF**WHOQOL breve**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua	1	2	3	4	5

	capacidade para o trabalho?					
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre	
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Escala de compulsão alimentar periódica – ECAP (*binge eating scale/BES*)

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e **marque apenas uma em cada afirmação**, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar. **Todas devem ser respondidas.**

Afirmação 1

- 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

Afirmação 2

- 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastiga-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

Afirmação 3

- 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

Afirmação 4

- 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
- 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

Afirmação 5

- 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.

() 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.

() 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso

Afirmção 6

() 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

Afirmção 7

() 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

() 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.

() 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.

() 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

Afirmção 8

() 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.

() 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).

() 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

() 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

Afirmção 9

() 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

() 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.

() 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

Afirmção 10

() 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.

() 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.

- 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

Afirmação 11

- 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

Afirmação 12

- 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

Afirmação 13

- 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

Afirmação 14

- 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

Afirmação 15

- 1. Eu não penso muito sobre comida.
- 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

Afirmação 16

- 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.

Escala para Avaliação dos Mecanismos de Defesa- *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40)

DSQ-40

Nome: _____

Idade: _____

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alívio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura e marcenaria.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

- 9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 13. Eu sou uma pessoa muito inibida.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 18. Eu não tenho medo de nada.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 20. Eu fico francamente agressivo quando sou magoado.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
- 23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.**
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

24. Eu conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial em qualquer coisa que faça.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

34. Freqüentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

35. Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

37. Freqüentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

ANEXO B - Aprovação CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) em amostra de pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica

Pesquisador: CLÁUDIO CORÁ MOTTIN

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51969515.2.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.443.874

Apresentação do Projeto:

Apesar de manter o sistema diagnóstico categorial anterior dos transtornos de Personalidade, a nova edição do Manual Estatístico Diagnóstico dos Transtornos Psiquiátricos (DSM-5) propôs em uma seção especial para estudo o novo modelo híbrido categórico-dimensional para estes transtornos. Este modelo une a avaliação dimensional dos traços de personalidade com o prejuízo na vida do indivíduo para a formação dos diagnósticos. Para a investigação dos traços de personalidade, o grupo da DSM-5 propôs o Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), instrumento cujas propriedades psicométricas vem sendo avaliadas em amostras clínicas e não-clínicas. Pacientes com obesidade grave, como a dos pacientes candidatos a cirurgia bariátrica, compõe um grupo clínico de interesse para o estudo da personalidade, tanto para entender a influência desta na gênese da obesidade quanto para determinar se características funcionais da personalidade podem ter influência sobre os desfechos da cirurgia bariátrica. O objetivo deste estudo é avaliar as propriedades psicométricas (a estrutura fatorial, a confiabilidade e a validade convergente) do PID-5 em uma amostra de pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica. Esta análise é uma etapa metodológica de investigação fundamental para avaliar se o instrumento mantém as características técnicas originais que viabilizem seu uso nessa população.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.443.874

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

Estudar as propriedades psicométricas do instrumento PID-5 para avaliação dos traços patológicos da personalidade proposto pela DSM-5 em pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica

Específicos:

*Avaliar a estrutura fatorial do instrumento na amostra estudada, comparando os fatores definidos a priori com os fatores encontrados na análise fatorial exploratória (AFE)

*Avaliar a consistência interna do instrumento e de suas dimensões através do coeficiente alpha de Cronbach

*Avaliar a validade convergente do PID-5 através da correlação de seus escores com os escores de instrumentos para avaliação de sintomas depressivos, ansiosos, qualidade de vida e estilos defensivos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos deste projeto são mínimos. O projeto não interfere na rotina de atendimento e no tratamento dos indivíduos. Os dados coletados dos prontuários dos pacientes terão total confidencialidade e sigilo conforme previsto pelo Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD).

Benefícios:

O estudo da personalidade em pacientes com obesidade grave é bastante relevante, tanto para entender a influência desta na gênese da obesidade quanto para determinar se características funcionais da personalidade podem ter influência sobre os desfechos da cirurgia bariátrica, sendo o entendimento destas questões o principal benefício oferecido aos pacientes candidatos a cirurgia bariátrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo pretende incluir dados obtidos de 250 indivíduos que estiveram em atendimento no Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica da PUCRS entre junho de 2015 e junho de 2016 com idade entre 18 e 65 anos e que preencheram as escalas e instrumentos de avaliação do protocolo clínico psiquiátrico pré-cirúrgico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e o TCUD foi incluído como recomendado. O pesquisador

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.443.874

encaminhou ao CEP-PUCRS justificativa para dispensa o TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, todas as sugestões e documentos obrigatórios foram incluídos na Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_620800.pdf	04/03/2016 16:17:26		Aceito
Outros	CartaoCEP.docx	04/03/2016 16:09:34	Livia Nora Brandalise	Aceito
Cronograma	Cronograma2.docx	04/03/2016 15:50:16	Livia Nora Brandalise	Aceito
Outros	AprovacaoSIPESQ2.pdf	03/03/2016 21:46:29	Livia Nora Brandalise	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO2.pdf	03/03/2016 21:38:02	Livia Nora Brandalise	Aceito
Outros	TCUD.pdf	03/03/2016 21:30:41	Livia Nora Brandalise	Aceito
Outros	autorizacaodirecao.pdf	03/03/2016 21:28:10	Livia Nora Brandalise	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativadispenstaTCLE.docx	03/03/2016 21:11:02	Livia Nora Brandalise	Aceito
Outros	DOC_unificadoSIPESQ2.pdf	01/03/2016 18:21:44	Livia Nora Brandalise	Aceito
Outros	aprovacao_orcamento_CPC.pdf	11/12/2015 16:19:41	Livia Nora Brandalise	Aceito
Outros	lattespesquisadores.pdf	08/12/2015 20:18:37	Livia Nora Brandalise	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	08/12/2015	Livia Nora	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.443.874

Outros	Instrumentos.pdf	15:55:56	Brandalise	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/12/2015 15:00:08	Livia Nora Brandalise	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/11/2015 14:11:11	Livia Nora Brandalise	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Março de 2016

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pu.rs.br

ANEXO C - Termo de Compromisso para Utilização de Dados



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

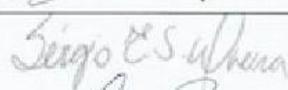
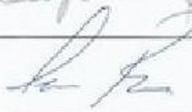
Título do Projeto/Relato de Caso

Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5) em amostra de pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica

Os autores do projeto de pesquisa/relato de caso se comprometem a manter o sigilo dos dados coletados em prontuários e/ou em bases de dados referentes aos participantes da pesquisa intitulada Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5) em amostra de pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica. Os pesquisadores concordam, igualmente, que tais informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos participantes.

Porto Alegre, 04 de fevereiro de 2016

Autores do Projeto/ Relato de Caso	
Nome	Assinatura
Livia Nora Brandalise	
Luciano Billodre Luiz	
Karin Mombach	
Juliana Tainski Azevedo	
Luiza Schimidt Heberle	

Lucas Spanemberg	
Sergio Eduardo de Oliveira	
Prof. César Luis de Souza Brito	
Prof. Claudio Corá Mottin	