Recital
Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara/MG.

ADAPTAÇÃO E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DA BORDERLINE PATTERN SCALE (BPS)

Adaptation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Borderline Pattern Scale (BPS)

Sérgio Eduardo Silva de OLIVEIRA
Universidade de Brasília
sesoliveira@unb.br

Neidsonei Pereira de OLIVEIRA
Universidade de Brasília
neidsonei@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.46636/recital.v5i3.490

Resumo

A 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) apresenta um modelo dimensional de transtornos da personalidade (TP), o qual manteve as diretrizes diagnósticas para o transtorno da personalidade *borderline* (TBP) como um especificador de manifestação dessa patologia. O objetivo desta pesquisa foi adaptar a *Borderline Pattern Scale* (BPS) ao contexto brasileiro e investigar suas propriedades psicométricas. A BPS consiste em 12 itens respondidos em uma escala de cinco pontos de concordância. Participaram desta pesquisa, de coleta de dados online, um total de 2.224 pessoas de uma amostra comunitária brasileira. Os resultados mostraram que a escala apresentou uma estrutura unidimensional com bons indicadores de fidedignidade tanto de consistência interna (α e ω = 0,90) como de estabilidade temporal (ICC = 0,90). Correlações com medidas de funcionamento da personalidade e de traços patológicos da personalidade indicaram adequadas evidências de validade convergente. Evidências de validade concorrente foram investigadas por meio da comparação das médias da BPS entre grupos de participantes com e sem indicadores de problemas mentais, tendo as maiores médias sido observadas entre os participantes que autodeclararam ter o diagnóstico de TPB. A versão brasileira da BPS possui robustos indicadores de validade e fidedignidade.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline, BPS, CID-11, Validade, Fidedignidade

Abstract

The 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11) presents a dimensional model of personality disorders (PD), which maintained the diagnostic guidelines for borderline personality disorder (BPD) as a specifier of the manifestation of this pathology. The objective of this research was to adapt the Borderline Pattern Scale (BPS) to the Brazilian context and investigate its psychometric properties. The BPS consists of 12 items rated on a five-point agreement scale. A total of 2,224 people from a community-dwelling Brazilian sample participated in this online data collection survey. The results showed that the scale presented a unidimensional structure with good reliability indicators of both internal consistency (α and ω = .90) and temporal stability (ICC = .90). Correlations with measures of personality functioning and pathological personality traits indicated adequate evidence of convergent validity. Evidence of concurrent validity was investigated by comparing BPS means between groups of participants with and without indicators of mental problems, with the highest means being observed among participants who self-declared to have a diagnosis of BPD. The Brazilian version of the BPS has robust validity and reliability indicators.

Keywords: Borderline Personality Disorder, BPS, ICD-11, Validity, Reliability

INTRODUÇÃO

O transtorno da personalidade *borderline* (TPB) é um dos tipos de transtornos da personalidade mais estudados (BLASHFIELD; INTOCCIA, 2000; FONAGY et al., 2011; TYRER et al., 2019). Em muitos países, é o único diagnóstico de transtorno da personalidade (TP) que possibilita o reembolso ou pagamento do custo de tratamento pelos seguros de saúde (TYRER et al., 2019). Esses fatos foram alguns dos decisivos argumentos para a inclusão do "qualificador padrão *borderline*" no modelo dimensional de TP adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Doenças, em sua 11ª edição (CID-11; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

O novo modelo de TP da CID-11 é de abordagem dimensional e inclui três elementos: 1) uma dimensão da gravidade da disfunção da personalidade, que é a essência do diagnóstico; 2) um modelo multidimensional de traços patológicos da personalidade com cinco domínios, quais sejam, afetividade negativa, desinibição, distanciamento, dissociabilidade e anancastia; e 3) um qualificador de padrão *borderline* (BACH; FIRST, 2018; OLIVEIRA et al., 2023; WHO, 2019). Esse modelo de TP visa a substituição do então vigente modelo categórico da CID-10, abandonando a classificação em categorias nosológicas distintas, como por exemplo o TP paranoide, histriônico, esquizoide e dependente.

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

1 REFERENCIAL TEÓRICO

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

Para a avaliação da personalidade quanto à caracterização do qualificador padrão *borderline*, Oltmanns e Widiger (2019) elaboraram a *Borderline Pattern Scale* (BPS), composta por 12 itens que representam os quatro componentes da definição do qualificador. Segundo a CID-11, o qualificador padrão *borderline* é caracterizado por um padrão generalizado de instabilidade de relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos, bem como impulsividade acentuada. A caracterização dessa definição é indicada pelos quatro componentes da BPS, os quais são relacionados com o texto da CID-11: a) Instabilidade Afetiva (instabilidade emocional devido à reatividade acentuada do humor; sentimentos crônicos de vazio; raiva intensa inadequada ou dificuldade em controlar a raiva); b) Funcionamento Mal Adaptativo do *Self* (perturbação da identidade, manifestada em autoimagem ou sentido do *self* acentuada e persistentemente instável); c) Funcionamento Interpessoal Mal Adaptativo (esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado; um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis); d) Estratégias Mal Adaptativas de Regulação (uma tendência a agir precipitadamente em estados de forte afeto negativo, levando a comportamentos potencialmente autodestrutivos; episódios recorrentes de automutilação).

Durante a elaboração deste estudo não foram encontrados, na literatura científica, estudos que reportam adaptações e investigações psicométricas da BPS para culturas diferentes da norte-americana. Apesar disso, foram identificados estudos usando a BPS em amostras espanholas (GUTIÉRREZ et al., 2022; 2023). Gutiérrez et al. (2022) encontraram um excelente indicador de confiabilidade para a BPS (ômega de McDonald: $\omega = 0{,}90$) e correlações consistentemente teóricas com os traços patológicos da personalidade do modelo da CID-11 (Afetividade Negativa = 0,77, Desinibição = 0,51, Distanciamento = 0,39 e Dissociabilidade = 0,37). Gutiérrez et al. (2023) também observaram excelentes coeficientes de confiabilidade para amostras clínica ($\omega = 0{,}95$) e não clínica ($\omega = 0{,}90$). Em ambos esses estudos é discutida a indiferenciação psicométrica do padrão *borderline* com as outras dimensões do modelo de TP

da CID-11. Esses estudos não reportaram evidências de validade baseadas na estrutura interna da BPS e nem apresentaram os procedimentos de adaptação cultural do instrumento.

1.1 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

É crucial que os métodos de mensuração do modelo de TP da CID-11 sejam cientificamente testados antes de sua utilização no Brasil, a fim de assegurar a qualidade técnica das medidas para os propósitos pretendidos. Diante disso, o objetivo deste estudo consiste em examinar as propriedades psicométricas da BPS no contexto linguístico e cultural brasileiro. São objetivos específicos deste estudo: (1) analisar a estrutura fatorial da versão brasileira da BPS (BPS-Br; validade da estrutura interna); (2) avaliar os níveis de confiabilidade por consistência interna e estabilidade temporal (evidências de fidedignidade); (3) analisar os graus de convergência e discriminação (validade convergente) com outras medidas que avaliam a gravidade da patologia da personalidade e os traços patológicos da personalidade conforme o modelo da CID-11; e (4) investigar a capacidade dos escores da BPS-Br em discriminar participantes com indicadores clínicos dos que não têm indicadores clínicos, bem como daqueles com diagnóstico de TPB em relação aos que possuem outros diagnósticos psiquiátricos ou nenhum diagnóstico (validade concorrente).

1.2 HIPÓTESES

O presente estudo tem por finalidade a busca de evidências de validade e fidedignidade da BPS-Br. Para tanto, serão investigadas três fontes de evidências de validade, a saber, baseada na estrutura interna e baseada na relação com variáveis externas a partir dos subtipos de validade convergente e validade concorrente. Ademais, as evidências de fidedignidade serão examinadas a partir da consistência interna e da estabilidade temporal. Desse modo, são descritas as hipóteses que fundamentam as evidências de validade e fidedignidade do presente estudo.

Hipótese 1: Os sintomas do padrão *borderline* são explicados por uma dimensão de instabilidade global (evidência de validade baseada na estrutura interna).

Apesar da BPS ter sido desenvolvida de modo a cobrir quatro componentes do funcionamento *borderline* (OLTMANNS; WIDIGER, 2019), a saber, Instabilidade Afetiva, Funcionamento Mal Adaptativo do *Self*, Funcionamento Interpessoal Mal Adaptativo e Estratégias Mal Adaptativas de Regulação, os autores observaram fortes intercorrelações entre esses quatro componentes. Desse modo, apesar de não terem sido encontrados na literatura científica estudos que investigaram a estrutura da BPS, nossa hipótese é que os 12 itens da medida formarão uma estrutura unidimensional, representando o padrão de instabilidade que perpassa os quatro componentes do construto (a instabilidade emocional, a instabilidade do *self*, a instabilidade interpessoal e a instabilidade do comportamento).

Hipótese 2: O escore da BPS-Br é consistente e estável na estimação do padrão *borderline* (evidências de fidedignidade de consistência interna e estabilidade temporal).

Estudos mostram que o escore geral da BPS tende a apresentar excelentes coeficientes de consistência interna (GUTIÉRREZ et al., 2022; GUTIÉRREZ et al., 2023; OLTMANNS; WIDIGER, 2019). Assim, nossa hipótese é que a versão brasileira da BPS também apresentará adequados coeficientes de consistência interna (> 0,70). Ademais, apesar de não se ter encontrado estudos que apresentem indicadores de estabilidade temporal da BPS, nossa hipótese é que a medida apresentará adequados coeficientes de correlação intraclasse (ICC) entre aplicações da BPS-Br com intervalo de aproximadamente quatro a seis semanas.

Hipótese 3: O funcionamento do padrão *borderline* é fortemente associado a prejuízos no funcionamento da personalidade, a traços mal adaptativos da personalidade e a pobre organização da personalidade (evidência de validade convergente / discriminante).

A severidade da patologia da personalidade é o construto principal dos modelos dimensionais dos TP. Na CID-11 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019) a severidade da patologia da personalidade é o domínio central para o diagnóstico de TP e no DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) essa dimensão é um critério fundamental para esse diagnóstico. Ainda, a dimensão de Organização da Personalidade (OP) do modelo bidimensional de Kernberg (KERNBERG; CALIGOR, 2005), que inclui a dimensão Extroversão-Introversão ortogonal à dimensão OP, essa última caracterizada por níveis de gravidade de funcionamento da personalidade a partir de problemas na identidade, no uso de mecanismos de defesa e na falha do teste de realidade, é o fator determinante da patologia da personalidade (ver OLIVEIRA; BANDEIRA, 2013 para detalhamento do modelo de organização da personalidade). McCabe e Widiger (2020) e Oltmanns e Widiger (2019) confirmaram empiricamente a forte correlação entre as dimensões de severidade do TP (CID-11) e a dimensão de prejuízo no funcionamento da personalidade (DSM-5). Ademais, Oltmanns e Widiger (2019) observaram a forte associação entre os construtos de severidade do DSM-5, da CID-11 e da OP. Esses indicadores de severidade sinalizam prejuízos que indivíduos com TP tipicamente vivenciam em relação ao funcionamento do *self* e interpessoal. Os sintomas típicos do TPB estão fortemente associados a prejuízos globais da patologia da personalidade (MCCABE; WIDIGER, 2020; OLTMANNS; WIDIGER, 2019). Assim, nossa hipótese é observar convergência (i.e., $r > 0{,}50$) entre os escores da BPS-Br e os escores de medidas de severidade da patologia da personalidade conforme os modelos da CID-11, DSM-5 e OP. Considerando que os modelos de traços patológicos da personalidade da CID-11 e do DSM-5 são compostos por dimensões que cobrem os diferentes tipos de TP (OLIVEIRA et al., 2020), nossa hipótese é que a BPS-Br apresentará convergência (i.e., $r > 0{,}50$) com as dimensões de Afetividade Negativa, Desinibição e Dissociabilidade, as quais segundo alguns autores seriam as principais dimensões associadas ao TPB (CLARK et al., 2018; TYRER et al., 2019).

Hipótese 4: Indivíduos com diagnóstico de TPB apresentam escores mais elevados na BPS-Br do que indivíduos sem problemas de saúde mental ou com outros diagnósticos de transtornos mentais (evidência de validade concorrente).

A BPS foi desenvolvida para cobrir os principais sintomas típicos do TPB (OLTMANNS; WIDIGER, 2019). Desse modo, nossa hipótese é que indivíduos que receberam o diagnóstico de TPB irão apresentar escores mais elevados na BPS em comparação com indivíduos sem quaisquer diagnósticos e em relação a pessoas que receberam diagnóstico de outros transtornos mentais.

2 MÉTODO

2.1 PARTICIPANTES

Colaboraram com esta pesquisa um total de 2.224 indivíduos (amostra por conveniência), todos brasileiros residentes nas cinco regiões do Brasil, com média de idade de 31,86 anos (*DP* = 9,72, variando de 18 a 73 anos), sendo a maioria do gênero feminino (72,62%), com escolaridade de nível superior (91,19%) e de cor branca (55,13%) (ver detalhes na Tabela 1). Os participantes deste estudo foram classificados em dois grupos com base na presença ou ausência de indicadores clínicos. Foram incluídos no grupo "com indicadores clínicos" aqueles que reportaram uma ou mais das seguintes condições: a) ter diagnóstico psiquiátrico (*n* = 703); b) estar em tratamento com psiquiatra (*n* = 494); c) estar em tratamento psicofarmacológico (*n* = 567). A Tabela 2 apresenta os dados de saúde da amostra.

2.2 INSTRUMENTOS

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

Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD; OLAJIDE et al., 2018). A SASPD é um instrumento de autorrelato com nove itens que são respondidos em uma escala de quatro pontos, variando de 0 (ausente) a 3 (forte). A SASPD tem o propósito de mensurar a gravidade dos TPs segundo as orientações da CID-11. Escores mais altos indicam maior severidade do TP. Foi usada a versão brasileira ainda não publicada. Na presente pesquisa a SASPD apresentou coeficientes de consistência interna aceitáveis (α = 0,68 e ω = 0,68).

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da Amostra

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

Fonte: Autoria própria.

Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0 (LPFS-BF-2.0; WEEKERS et al., 2019). É uma medida de autorrelato com 12 itens que são respondidos em uma escala de quatro pontos, variando de 1 (falso ou frequentemente falso) a 4 (muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro). Essa escala tem o propósito de medir o funcionamento da personalidade como descrito na Seção III do DSM-5. Foi usada a versão brasileira adaptada por Oliveira et al. (2023). No presente estudo foram obtidos adequados coeficientes de consistência interna para as dimensões da LPFS-BF-2.0 (Funcionamento da Personalidade: α = 0,88 e ω = 0,88; Funcionamento do *Self*: α = 0,87 e ω = 0,88; Identidade: α = 0,81 e ω = 0,81; Autodirecionamento: α = 0,74 e ω = 0,76; Funcionamento Interpessoal: α = 0,75 e ω = 0,75; Empatia: α = 0,66 e ω = 0,66; Intimidade: α = 0,66 e ω = 0,66).

Tabela 2 – Características de Saúde da Amostra

	Sem indicadores clínicos (n = 1.419)		Com indicadores clínicos (n = 805)		Total (n = 2.224)	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Diagnóstico Psiquiátrico						
Não	1.419	100,00	102	12,67	1.521	68,39
Sim	0	0	703	87,33	703	31,61
Tratamento Psiquiátrico						
Não	1.419	100,00	311	38,63	1.730	77,79
Sim	0	0	494	61,37	494	22,21
Tratamento Psicológico						
Não	1.151	81,11	413	51,30	1.564	70,32
Sim	268	18,89	392	48,70	660	29,68
Tratamento Psicofarmacológico						
Não	1.419	100,00	238	29,57	1.657	74,50
Sim	0	0	567	70,43	567	25,50

Fonte: Autoria própria.

Inventory of Personality Organization (IPO; LENZENWEGER et al., 2001). É uma medida de autorrelato com 83 itens que são respondidos em uma escala de cinco pontos, variando de 1 (nunca verdadeiro) a 5 (sempre verdadeiro). Esse inventário avalia o funcionamento patológico da personalidade de acordo com a teoria da organização da personalidade de Kernberg (KERNBERG, CALIGOR; 2005). Foi utilizada a versão adaptada para o Brasil (OLIVEIRA; BANDEIRA, 2012), a qual tem estudos indicando evidências de fidedignidade e validade (HESSEL et al., 2021; SILVEIRA; OLIVEIRA; BANDEIRA, 2018; SILVEIRA; OLIVEIRA; BANDEIRA, 2021). Um estudo ainda não publicado reduziu o inventário de 83 para 20 itens, com adequadas propriedades psicométricas, tendo sido essa a versão utilizada neste estudo (IPO-Br-R). Os escores do IPO-Br-R apresentaram adequados coeficientes de consistência interna (Organização da Personalidade: α = 0,90 e ω = 0,90; Instabilidade do *Self* e Outros: α = 0,79 e ω = 0,79; Instabilidade do Comportamento: α = 0,79 e ω = 0,79; Instabilidade nos Objetivos: α = 0,89 e ω = 0,89; Psicose: α = 0,73 e ω = 0,74; Agressividade Autodirigida: α = 0,81 e ω = 0,85; Distorção dos Valores Morais: α = 0,70 e ω = 0,71; Agressividade Sádica: α = 0,80 e ω = 0,81).

Personality Inventory for DSM-5-Brief Form Plus Modified – PID-5-BF+M (BACH et al., 2020). O PID-5-BF+M é uma medida de autorrelato com 36 itens que são respondidos em uma escala de quatro pontos, variando de 0 (nada) a 3 (muito). O instrumento usado é uma versão do PID-5 (KRUEGER et al., 2012) cujo algoritmo foi configurado para cobrir os domínios do modelo alternativo para os transtornos da personalidade do DSM-5 e do modelo da CID-11 (BACH et al., 2020).

Os itens utilizados foram da versão brasileira adaptada por Oliveira et al. (2021). Os dados brasileiros do PID-5-BF+M apresentaram adequadas propriedades psicométricas (BACH et al., 2020). No presente estudo, os fatores apresentaram adequados coeficientes de consistência interna (Afetividade Negativa: α = 0,76 e ω = 0,77; Distanciamento: α = 0,77 e ω = 0,77; Desinibição: α = 0,77 e ω = 0,77; Antagonismo/Dissociabilidade: α = 0,78 e ω = 0,79; Anancastia: α = 0,83 e ω = 0,83; Psicoticismo: α = 0,77 e ω = 0,78).

Borderline Pattern Scale BPS (BPS; OLTMANNS; WIDIGER, 2019). Instrumento alvo da presente pesquisa. É uma medida de autorrelato com 12 itens que são respondidos em uma escala de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os itens cobrem os componentes descritivos do qualificador padrão *borderline* do modelo diagnóstico dos TP da CID-11. Os procedimentos empregados para a adaptação da BPS ao Brasil seguiram as etapas propostas por Beaton et al. (2000) e as Diretrizes da *International Test Commission* (ITC) para Tradução e Adaptação de Testes (INTERNATIONAL TEST COMISSION, 2017). A autorização dos autores da BPS (OLTMANNS; WIDIGER, 2019) precedeu o início do estudo para sua adaptação ao Brasil. Após, adotou-se os seguintes procedimentos de adaptação estabelecidos em seis etapas: (1) quatro traduções independentes para o português brasileiro realizada por quatro doutores em psicologia, brasileiros e fluentes nos dois idiomas (português e inglês); (2) síntese das traduções por dois pesquisadores; (3) validação semântica de compreensão com uma amostra da comunidade (n = 8, sendo cinco homens e três mulheres, com idades entre 18 e 46 anos, e com a escolaridade máxima de ensino médio completo, residentes nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil); (4) avaliação de juízes especialistas (três), todos qualificados como doutores em psicologia e especialistas em avaliação psicológica, além de fluência nos dois idiomas; (5) retrotradução para o inglês por dois tradutores, um norte-americano, residente no Brasil, fluente no português, e uma brasileira com formação superior em Letras (Inglês) e Tradutor e Interprete, e com vivência em país de língua inglesa; e (6) avaliação dos autores originais da BPS. Todos esses procedimentos foram realizados de forma *online*. Com a aplicação desses procedimentos, a BPS foi adaptada para a cultura e idioma do Brasil resultando na *Borderline Pattern Scale – Brazil* (BPS-Br). A BPS-Br se revelou compreensível para pessoas com nível médio de escolaridade, não havendo expressões idiomáticas regionalizadas que dificultassem a compreensão do conteúdo por brasileiros residentes em qualquer região do país.

2.3 PROCEDIMENTOS

Um *survey online* foi elaborado na plataforma formr (ARSLAN et al., 2019), com o link posteriormente divulgado em redes sociais, especialmente em diversas comunidades do Facebook, tais quais de universidades no Brasil, de grupos de apoio a pessoas com transtornos mentais, de pesquisa científica, de pessoas com diferentes afinidades (música, leitura, religião etc.). Também houve publicações do convite para pesquisa por meios de *stories* e publicações no Instagram. Ao acessar o *survey online*, os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a concordância ao TCLE, o respondente era direcionado à página da pesquisa com os instrumentos na seguinte ordem:

QDSS, BPS, SASPD, PID-5-BF+M, LPFS-BF-2.0 e IPO-Br-R. Os três primeiros instrumentos (QDSS, BPS e SASPD) foram respondidos por todos os participantes. Após completar esse bloco de questionários, os participantes foram randomizados de forma automática a dois possíveis grupos, um em que eles deveriam responder ao PID-5-BF+M e à LPFS-BF-2.0, ou em outro no qual responderiam ao IPO-Br-R. Esse procedimento foi empregado visando reduzir o tempo em que os participantes responderiam todo o protocolo de pesquisa.

Para verificação da atenção contínua do participante ao longo do protocolo de pesquisa foram incluídos itens de validação de conteúdo entre os itens dos instrumentos da pesquisa (ex.: "mostre que está respondendo com atenção marcando o número três"). Participantes que fizeram marcações diferentes das requeridas nesses itens de controle foram excluídos das análises. Para motivar a participação no estudo até o final, no convite para participar da pesquisa, os participantes foram informados que teriam acesso a um relatório descritivo de sua personalidade, fundamentado em suas respostas relativas aos instrumentos já validados no Brasil. Por consequência o *survey online* foi aplicado a uma amostra inicial de 2.330 participantes. Considerando o não atendimento ao critério de idade mínima (18 anos), 28 participantes foram excluídos e outros 78 participantes foram excluídos por dar respostas não baseadas em conteúdo, totalizando 106 pessoas eliminadas das análises e remanescendo 2.224 participantes na amostra.

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

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise da estrutura fatorial da BPS foi realizada em duas etapas. A amostra de 2.224 participantes foi randomizada em duas subamostras de igual tamanho (n = 1.112) com o fim de proceder a Análise Fatorial Exploratória (AFE) e a Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Para analisar a estrutura fatorial da BPS (OLTMANNS; WIDIGER, 2019) foi processada uma AFE com o uso da uma matriz de correlação policórica e método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS; ASPAROUHOV e MUTHEN, 2010). O número de fatores a ser retido foi avaliado por meio da técnica da Análise Paralela com permutação dos dados observados (TIMMERMAN; LORENZO-SEVA, 2011) e uso da rotação *Robust Promin* (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019) para caso o modelo ser multidimensional. A adequação do modelo foi analisada pelos índices de ajuste *Root Mean Square Error of Aproximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI). Os critérios de ajuste adotados foram: valores de RMSEA menores que 0,08, e valores de CFI e TLI acima de 0,90, ou, preferencialmente, 0,95 (BROWN, 2006). Por último, nessa etapa foram utilizados os seguintes indicadores de Unidimensionalidade: *Unidimensional Congruence* (UniCo), *Explained Common Variance* (ECV) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings* (MIREAL). Segundo Ferrando e Lorenzo-Seva (2017) valores de UniCo > 0,95, de ECV > 0,85, e de MIREAL < 0,30 sugerem que os dados podem ser tratados como essencialmente unidimensionais. Para AFC foi testado o modelo resultante da AFE e foi utilizado o estimador

RDWLS e o cálculo do erro pelo método robusto e padronização total das estimações. O ajuste do modelo foi analisado pelos mesmos índices e parâmetros utilizados na AFE, a saber, CFI, TLI e RMSEA.

A consistência interna da BPS-Br foi analisada por meio dos coeficientes alfa de Cronbach (α) e ômega de McDonald (ω). Para avaliar a estabilidade temporal da BPS-Br (teste-reteste) foi utilizado o teste *t* de Student para amostras pareadas e calculado o coeficiente de correlação intraclasse (*intraclass correlation coefficient* – ICC) com definição absoluta de concordância. Valores dos coeficientes ≥ 0,70 indicam adequadas evidências de fidedignidade.

A validade convergente/discriminante da BPS-Br foi avaliada mediante correlações de Pearson dos seus escores com os do PID-5-BF+M, da SASPD, da LPFS-BF-2.0 e do IPO-Br-R. Para essa análise, de modo a obter informações específicas, foram utilizados os escore total e dos componentes específicos dos instrumentos. A SASPD é uma medida unidimensional em sua origem, contudo, foi utilizada também a codificação apresentada por Oltmanns e Widiger (2019). Nela, os itens da SASPD representam os cinco domínios da CID-11: Afetividade Negativa (itens 4, 6 e 9); Desinibição (item 5); Distanciamento (itens 1 e 3); Dissociabilidade (itens 2 e 8); Anancastia (ítem 7).

A análise de evidências de validade concorrente foi realizada mediante o teste *t* de Welsh para comparar as médias dos escores da BPS-Br entre os grupos de participantes categorizados como tendo indicadores clínicos (n = 805) e sem indicadores clínicos (n = 1.414), conforme critérios apresentados na descrição dos participantes. Uma segunda classificação, com base no autorrelato dos participantes no QDSS, identificou 133 indivíduos que reportaram ter o diagnóstico de TPB. A média do escore da BPS-Br desse grupo foi comparada com a média obtida com o grupo de participantes que declarou não ter qualquer diagnóstico (n = 1.509) e com a do grupo de participantes que declarou ter outro tipo de diagnóstico psiquiátrico (n = 582). Foi mensurando o tamanho de efeito pelo método do *g* de Hedges. Foram utilizados os seguintes *softwares* estatísticos para análise dos dados: Factor, versão 11.05.01 for Windows 64-bits (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2017) para os procedimentos de AFE; JASP, versão 0.15 (JASP Team, 2021) para a AFC e os coeficientes de consistência interna e os testes *t* de Welch; *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23 (SPSS Inc., Chicago, IL) para as análises de correlação.

2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

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

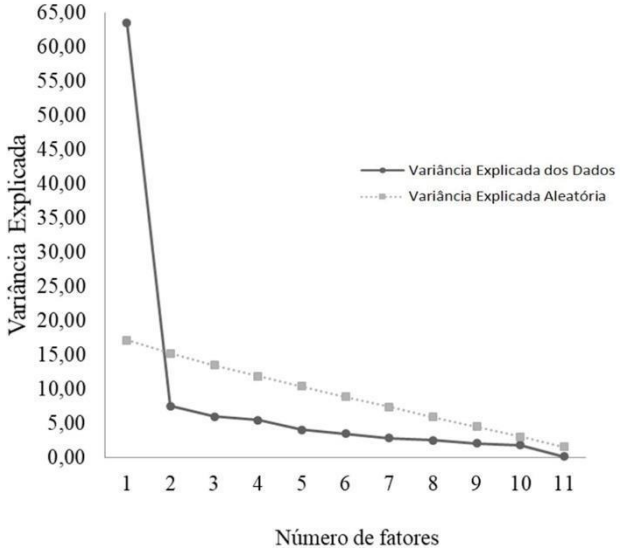
3 RESULTADOS

3.1 HIPÓTESE 1: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE BASEADA NA ESTRUTURA INTERNA

Os resultados dos testes de esfericidade de Bartlett (7377,7 gl = 66, p < 0,001) e de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,95) indicaram adequada interpretabilidade da matriz de correlação dos itens. A análise de retenção de fatores por meio da análise paralela indicou a unidimensionalidade da medida (ver Figura 1). A unidimensionalidade foi reafirmada pelos resultados do indicador UniCo = 0,99, ECV = 0,94, MIREAL = 0,14 (FERRANDO;

LORENZO-SEVA, 2018). A AFE apresentou coeficientes adequados de ajuste: RMSEA = 0,02 (IC95% = 0,02; 0,02), CFI = 1,00, TLI = 1,00. Com base nesses resultados foi realizada uma AFC, considerando a estrutura unidimensional da BPS-Br, obtendo-se as cargas fatoriais e variâncias residuais conforme apresentadas na Tabela 3. Os coeficientes de ajuste da AFC também se apresentaram adequados: RMSEA = 0,03 (IC90% = 0,02; 0,03), CFI = 1,00, TLI = 1,00. Esses resultados confirmam a hipótese de que os sintomas do TPB são explicados por uma dimensão global de instabilidade típica desse tipo de funcionamento psicopatológico.

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



Fonte: Autoria própria.

Tabela 3 – Cargas Fatoriais das Análises Fatoriais Exploratória e Confirmatória e Coeficientes de Consistência Interna da BPS-Br

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

Nota: h^2 = comunalidade; VR = Variância Residual.
Fonte: Autoria própria.

3.2 HIPÓTESE 2: EVIDÊNCIAS DE FIDEDIGNIDADE DE CONSISTÊNCIA INTERNA E ESTABILIDADE TEMPORAL

Verificada a unidimensionalidade da BPS-Br, a análise dos coeficientes de consistência interna apresentou resultados adequados (≥ 0,90), sugerindo que os itens estimam as características do qualificador padrão *borderline* com excelente precisão (ver parte inferior da Tabela 3). A BPS-Br também apresentou adequados coeficientes de estabilidade temporal, considerando um intervalo entre quatro e seis semanas (ver Tabela 4). O ICC foi de 0,90 para o escore da BPS-Br e considerando os componentes específicos, três apresentaram resultados satisfatórios com valores > 0,80 e ICC = 0,79 para o componente EMR. Analisando o teste *t* para amostras pareadas, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas, indicando que os componentes não sofreram influências situacionais no intervalo de tempo entre as duas aplicações do teste. Os resultados obtidos confirmam a hipótese de que a versão brasileira da BPS é capaz de estimar com consistência interna e temporal as características do funcionamento *borderline*.

Tabela 4 – Análise de Estabilidade Temporal da BPS-Br

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

Nota. n = 68; * Coeficiente de Correlação Intraclasse usando uma definição absoluta de concordância e medidas únicas; BPS-Br = *Borderline Pattern Scale – Brazilian Version*; IA = Instabilidade Afetiva; FMS = Funcionamento Mal Adaptativo do *Self*; FIM = Funcionamento Interpessoal Mal Adaptativo; EMR = Estratégias Mal Adaptativas de Regulação.
Fonte: Autoria própria.

3.3 HIPÓTESE 3: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE CONVERGENTE / DISCRIMINANTE

A Tabela 5 apresenta as correlações entre a BPS-Br e as medidas PID-5-BF+M, SASPD, LPFS-BF-2.0 e IPO-Br-R. De modo geral, os resultados mostraram que a BPS-Br se correlacionou positivamente com todas as medidas do estudo. O padrão *borderline*, operacionalizado pela BPS-Br, está associado com os traços patológicos da personalidade (PID-5-BF+M), com prejuízos no funcionamento da personalidade (LPFS-BF-2.0), com o grau de severidade da patologia da personalidade (SASPD) e com pobre nível de OP (IPO-Br-R). As hipóteses foram em sua maioria confirmadas. A BPS-Br apresentou convergência (r > 0,50) com a severidade de TP da CID-11 (SASPD: r = 0,71), com prejuízos no funcionamento da personalidade conforme o modelo do DSM-5 (LPFS-BF-2.0: r = 0,81) e com pobre OP (IPO-Br-R: r = 0,80). Com relação aos traços patológicos da personalidade, as esperadas convergências entre a BPS-Br e os traços de Afetividade Negativa (PID-5-BF+M: r = 0,70) e Desinibição (PID-5-BF+M: r = 0,60) foram observadas. Contudo, a correlação com a dimensão Antagonismo / Dissociabilidade (PID-5-BF+M: r = 0,35), apesar de estatisticamente significativa, apresentou magnitude inferior à estipulada para o nível de convergência.

3.4 HIPÓTESE 4: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE CONCORRENTE

A Tabela 6 apresenta as comparações das médias da BPS-Br entre os grupos de participantes com e sem indicadores clínicos. A hipótese de que o grupo de participantes que reportaram ter o diagnóstico de TPB apresentaria a maior média foi confirmada, mesmo quando comparado com o grupo de participantes que reportaram ter diagnóstico de outros transtornos mentais. Dentre os 582 casos que tinham algum outro diagnóstico psiquiátrico, 41,2% indicaram ter transtornos de ansiedade, 18,9% transtornos depressivos, 12,9% transtorno afetivo bipolar, 3,1% com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, 3,3% com outros transtornos (como estresse pós-traumático, obsessivo-compulsivo, dislexia, *burnout*, esquizofrenia, transtorno alimentar), e 20,6% com transtornos não especificados. Esses resultados confirmam a hipótese de que a BPS-Br seria capaz de diferenciar o grupo de pessoas com diagnóstico de TPB.

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

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

Nota. [a] A correlação é significativa no nível 0,001 (unicaldau); BPS = *Borderline Pattern Scale*; IA = Instabilidade Afetiva; FMS = Funcionamento Mal Adaptativo do Self; FIM = Funcionamento Interpessoal Mal Adaptativo; EMR = Estratégias Mal Adaptativas de Regulação; LPFS-BF-2.0 = *Level of Personality Functioning Scale – Brief Form* – 2.0; SASPD = *Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder*; IPO-Br-R = *Inventory of Personality Organization* – versão brasileira e reduzida.

Fonte: Dados da pesquisa.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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

A BPS foi originalmente elaborada para cobrir os quatro componentes que compõem a definição do qualificador de padrão *borderline*, a saber: (1) Instabilidade Afetiva (IA), caracterizada por flutuações na emoção, por emoções intensas e hipersensibilidade emocional; (2) Funcionamento Mal Adaptativo do *Self* (FMS), caracterizado por distúrbios do *self*, sentimentos de alienação e vazio; (3) Funcionamento Interpessoal Mal Adaptativo (FIM), caracterizado pelo medo de abandono, instabilidade em relacionamentos, hipersensibilidade à rejeição; e (4) Estratégias Mal Adaptativas de Regulação (EMR), caracterizadas por autolesões e tentativas de suicídio (OLTMANNS; WIDIGER, 2019). No presente estudo, observou-se que a BPS apresenta uma estrutura unidimensional bem definida, de modo que esses quatro componentes não se diferenciam psicometricamente a ponto de se configurarem em fatores específicos. Desse modo, quanto maiores os escores na BPS, maiores são as caraterísticas típicas de um funcionamento *borderline.* Apesar da clara unidimensionalidade da BPS-Br, pesquisadores e clínicos podem decidir analisar os níveis desses quatro componentes em separado, por isso, eles foram distinguidos nas análises deste estudo, assim como no estudo de (OLTMANNS; WIDIGER, 2019). As correlações desses componentes com outros instrumentos se mostraram, em geral, apenas moderadas, com exceções específicas no caso da Instabilidade Afetiva (que é a essência do TPB; KRUEGER; MARKON, 2014). Por sua vez, o escore total da BPS-Br se correlacionou fortemente com as outras medidas de patologia da personalidade. No estudo original (OLTMANNS; WIDIGER, 2019), a confiabilidade desses componentes se mostrou razoável para IA (α = 0,74) e FMS (α = 0,72), e fraca para FIM (α = 0,59) e EMR (α = 0,67). Para fins comparativos, na nossa amostra (n = 2.224) a confiabilidade foi razoável para IA (α = 0,82), FMS (α = 0,73) e EMR (α = 0,70), e fraca para FIM (α = 0,56). Para o escore total o α = 0,90. De todos os componentes, o que gera um escore menos confiável é o FIM. Com isso, reitera-se que o escore geral da BPS-Br é mais confiável e apresenta indicadores estruturais satisfatórios, sendo esse escore o mais recomendado para utilização na pesquisa e na clínica.

O qualificador de padrão *borderline* não é um domínio de traços patológicos da personalidade (TYRER et al., 2019). Em verdade, deve-se sempre ressaltar que sua inclusão no referido modelo é um resquício do modelo categórico dos TP, presente nas edições anteriores da CID, e mantida na CID-11 para apaziguar divergências sobre a utilidade clínica do novo modelo dimensional em relação aos estudos do TPB do modelo categórico, defendido, por exemplo, pela Sociedade Internacional para o Estudo de Transtornos da Personalidade (TYRER et al., 2019). Grosso modo, pode ser considerado um construto anômalo, visto que é uma categoria de TP dentro de um modelo dimensional. As dimensões existentes já seriam suficientes para descrever uma pessoa com características *borderline*, sendo esperado alta Afetividade Negativa, Desinibição e Dissociabilidade (CLARK et al., 2018; MULDER et al., 2020; TYRER et al., 2019; WRIGHT et al., 2012).

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

Tabela 6 – Diferenças Entre Grupos de Participantes Com e Sem Indicadores Clínicos (n = 2.287)

Critério		BPS-Br			IA			EMR			FMS			FIM		
	n	*M*	*DP*	*g*	*M*	*DP*	*g*	*M*	*DP*	*g*	*M*	*DP*	*g*	*M*	*DP*	*g*
Diagnóstico Psiquiátrico																
Não	1.521	2,42	0,81	0,88 [a]	2,59	1,07	0,83 [a]	1,93	0,78	0,80 [a]	2,70	1,06	0,74 [a]	2,46	0,88	0,64 [a]
Sim	703	3,18	0,90		3,49	1,10		2,68	1,07		3,47	1,00		3,06	0,99	
Tratamento Psiquiátrico																
Não	1.730	2,50	0,84	0,84 [a]	2,69	1.10	0,79 [a]	2,00	0,83	0,78 [a]	2,79	1,08	0,66 [a]	2,51	0,90	0,66 [a]
Sim	494	3,23	0,91		3,55	1.09		2,76	1,08		3,48	1,00		,3,14	1,00	
Tratamento Psicofarmacológico																
Não	1.657	2,49	0,84	0,77 [a]	2,67	1,10	0,75 [a]	2,00	0,84	0,68 [a]	2,78	1,08	0,63 [a]	2,21	0,90	0,60 [a]
Sim	567	3,17	0,92		3,49	1,11		2,66	1,08		3,44	1,01		3,0	1,01	
Indicador Clínico																
Não	1.419	2,40	0,79	0,86 [a]	2,56	1,05	0,81 [a]	1,91	0,76	0,78 [a]	2,68	1,06	0,70 [a]	2,44	0,87	0,64 [a]
Sim[b]	805	3,13	0,91		3,44	1,11		2,63	1,07		3,41	1,01		3,03	0,99	
Diagnóstico Borderline																
Não[c]	1.509	2,42	0,81	2,51 [a]	2,59	1,06	2,35 [a]	1,93	0,78	2,40 [a]	2,70	1,06	1,67 [a]	2,46	0,88	1,83 [a]
Sim	133	4,15	0,56		4,58	0,55		3,90	0,86		4,17	0,64		3,97	0,76	
Diagnóstico Borderline																
Não[d]	582	2,95	0,81	1,74 [a]	3,25	1,05	1,59 [a]	2,40	0,90	1,70 [a]	3,30	1,00	1,03 [a]	2,85	0,92	1,33 [a]
Sim	133	4,15	0,56		4,58	0,55		3,90	0,86		4,17	0,64		3,97	0,76	

Nota. [a] A diferença é significativa no nível 0,01 (unicaudal); [b] Possui indicador clinico quem atende uma ou mais das seguintes condições: ter diagnóstico psiquiátrico, estar em tratamento psiquiátrico ou psicofarmacológico; [c] Não possui diagnóstico borderline nem qualquer outro diagnóstico psiquiátrico; [d] Não possui diagnóstico *borderline* mas possui outro diagnóstico psiquiátrico diferente de *borderline*; BPS = *Borderline Pattern Scale*; IA = Instabilidade Afetiva; EMR = Estratégias Mal Adaptativas de Regulação; FMS = Funcionamento Mal Adaptativo do *Self*; FIM = Funcionamento Interpessoal Mal Adaptativo; *n* = número de participantes; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *g* = tamanho de efeito de Hedges.

Fonte: Autoria própria.

RECITAL - Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara, v. 5, n. 3, set/dez 2023.
ISSN: 2674-9270. Disponível em: http://recital.almenara.ifnmg.edu.br/index.php/recital

A caracterização da patologia da personalidade por mais de um domínio sugere maior gravidade da disfunção, de modo que o qualificador padrão *borderline* também é útil, ainda que de certa forma redundante (MULDER et al., 2020), na avaliação dessa severidade (não como um componente da gravidade, mas como um indicador; CLARK et al., 2018). Essa perspectiva de utilidade do qualificador de padrão *borderline* como indicador de gravidade está bem retratada nesse estudo, com a forte correlação do escore total da BPS-Br com os escores totais de gravidade avaliados pela SASPD, pela LPFS-BF-2.0 e pelo IPO-Br-R, mostrando satisfatória validade convergente.

Na presente pesquisa, foram observadas fortes correlações entre a BPS-Br e Afetividade Negativa e Desinibição (operacionalizada pelo SASPD e PID-5-BF+M), confirmando parcialmente a hipótese da presente pesquisa. Contrariando a expectativa, as correlações da BPS-Br com o domínio Antagonismo / Dissociabilidade foram inferiores a 0,50 (TYRER et al., 2019), enquanto com o domínio Distanciamento atingiu o critério de convergência. Pelo algoritmo do modelo híbrido de TP do DSM-5, a presença do domínio Antagonismo no diagnóstico de TPB estaria configurada na faceta Hostilidade. Essa é definida como sentimentos de raiva ou irritabilidade em resposta a ofensas e insultos mínimos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A raiva/irritabilidade como característica da Hostilidade também é bastante presente no domínio Afetividade Negativa, sendo inclusive uma de suas facetas (não prevista na CID-11, que só aborda os domínios, mas incluída no instrumento *Five-Factor Personality Inventory for ICD-11* – FFiCD; OLTMANNS; WIDIGER, 2020). Krueger e Markon (2014) descrevem que o aspecto central da patologia *borderline* é a desregulação emocional (onde pode se encontrar raiva/irritabilidade), sendo que o impulso, como uma expressão da raiva, pode ocorrer ou não em pacientes com esse TP. Por fim, na descrição do qualificador de padrão *borderline* pela CID-11, há referência a eventual presença de sintomas dissociativos transitórios ou características psicóticas quando em situações de alta excitação emocional. Conquanto os itens da BPS-Br não abordam essas nuances dissociativas/psicóticas, foi observada uma correlação quase moderada da BPS-Br com o domínio Psicoticismo do PID-5-BF+M, com valor maior que a correlação esperada para o domínio Antagonismo/Dissociabilidade.

A capacidade da BPS-Br para diferenciar grupos de indivíduos com e sem indicadores clínicos se mostrou bastante promissora. Os tamanhos de efeito variaram entre grande e muito grande em quase todas as condições para o seu escore total, à exceção da condição "tratamento psicofarmacológico" que teve efeito moderado. De igual forma, apresentou boa estabilidade temporal em todos os componentes. O componente de Instabilidade Afetiva foi o que mais se aproximou de uma diferença estatisticamente significativa no teste-reteste, com $p = 0{,}06$, sendo esse resultado coerente com a própria definição do construto.

4.1 LIMITAÇÕES E PESQUISAS FUTURAS

A presente pesquisa possui limitações que precisam ser consideradas. A primeira diz respeito ao viés de monométodo, o que pode ter inflado o tamanho das correlações. Pesquisas futuras podem investigar a qualidade psicométrica da BPS-Br com outros métodos de medidas, como entrevistas e formulários clínicos. Ainda, a amostra deste estudo apresenta importante viés, em especial, quanto à escolaridade e raça, sendo a amostra composta em sua maioria por pessoas de nível educacional superior e branca. A realidade do Brasil, de forma geral não condiz com a amostra estudada, de modo que novos estudos devem prezar pela inclusão de brasileiros sub-representados neste estudo, e assim poder analisar o grau de generalização dos resultados.
Ainda, salienta-se a falta de métodos sistemáticos de diagnóstico de transtornos mentais, os

quais podem garantir a fidedignidade do diagnóstico, uma vez que os critérios definidos neste estudo tiveram como base o autorrelato dos participantes. Com isso, falta certificação de que os diagnósticos tenham sido gerados com confiabilidade pelos profissionais de saúde mental além da não possibilidade de testar a confiabilidade do autorrelato dos participantes. Desse modo, recomenda-se novos estudos que incluam procedimentos sistemáticos para o diagnóstico do TPB e de outras psicopatologias para examinar a capacidade da BPS em discriminar participantes com diferentes grupos diagnósticos estabelecidos com fidedignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5.** 5 Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASPAROUHOV, T; MUTHEN, B. (2010). **Simple Second Order Chi-square Correction. Unpublished Manuscript**. Disponível em: https://www.statmodel.com/download/WLSMV_new_chi21.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

ARSLAN, Ruben C. *et al*. Formr: a study framework allowing for automated feedback generation and complex longitudinal experience-sampling studies using r. **Behavior Research Methods**, [S.L.], v. 52, n. 1, p. 376-387, 1 abr. 2019. Springer Science and Business Media LLC. DOI: http://dx.doi.org/10.3758/s13428-019-01236-y.

BACH, Bo *et al*. Structure of clinician-reported ICD-11 personality disorder trait qualifiers. **Psychological Assessment**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 50-59, jan. 2020. American Psychological Association (APA). DOI: http://dx.doi.org/10.1037/pas0000747.

BACH, Bo; FIRST, Michael B. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. **Bmc Psychiatry**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 351-370, 29 out. 2018. Springer Science and Business Media LLC. DOI: http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3.

BEATON, Dorcas E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine,** [S.L.], v. 25, n. 24, p. 3186-3191, dez. 2000. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). DOI: http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014.

BLASHFIELD, Roger K.; INTOCCIA, Vincent. Growth of the Literature on the Topic of Personality Disorders. **American Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 157, n. 3, p. 472-473, 1 mar. 2000. American Psychiatric Association Publishing. DOI: http://dx.doi.org/10.1 176/appi.ajp. 157.3.472.

BROWN, Timothy. A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. New York: *The Guilford Press*, 2006.

CLARK, Lee Anna et al. Manifestations of personality impairment severity: comorbidity, course/prognosis, psychosocial dysfunction, and borderline personality features. **Current Opinion In Psychology**, [S.L.], v. 21, p. 117-121, jun. 2018. Elsevier BV. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.12.004.

FERRANDO, Pere J.; LORENZO-SEVA, Urbano. Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. **Psicothema**, [S.L.], n. 292, p. 236-240, maio 2017. C.O.P. del Ppdo. de Asturias. DOI: http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2016.304.

FERRANDO, Pere J.; LORENZO-SEVA, Urbano. Assessing the Quality and Appropriateness of Factor Solutions and Factor Score Estimates in Exploratory Item Factor Analysis. **Educational And Psychological Measurement**, [S.L.], v. 78, n. 5, p. 762-780, 7 jul. 2018. SAGE Publications. DOI: http://dx.doi.org/10.1177/0013164 417719308.

FONAGY, Peter *et al.* Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. **Infant Mental Health Journal**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 47-69, jan. 2011. Wiley. DOI: http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20283.

GUTIÉRREZ, Fernando *et al*. Borderline, where are you? A psychometric approach to the personality domains in the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, 23 jun. 2022. https://doi.org/10.1037/per0000592.

GUTIÉRREZ, Fernando *et al*. Severity in the ICD-11 personality disorder model: Evaluation in a Spanish mixed sample. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 9 jan. 2023. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1015489.

HERPERTZ, Sabine C. *et al*. The Challenge of Transforming the Diagnostic System of Personality Disorders. **Journal Of Personality Disorders**, [S.L.], v. 31, n. 5, p. 577-589, out. 2017. Guilford Publications. DOI: http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2017_31_338.

HESSEL, Carolina. R., *et al.* Personality structure evaliation: diferences between clinical and non-clinical samples using the Inventory of Personality Organization (IPO). **Arquives of Clinical Psychiatry**, *48*(1), 45-50. 2021. DOI: 10.1590/0101-60830000000277.

IBM SPSS Statistics 21. IBM. 2012. Software. Disponível em: http://www-01.ibm.com/ software/analytics/spss/products/statistics/

INTERNATIONAL TEST COMISSION (2017). **The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes (Second edition)**. https://www.intestcom.org/. Translation authorized by Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP). Disponível em: https://www.ibapnet.org.br/ docs/Brazilian_translation_ITC_guidelines_for_translating_and_adapting_tests.pdf

JASP Team. JASP (versão 0.15). 2021. Computer software]. Disponível em: https://jasp-stats.org/download/

KERNBERG, O. F.; CALIGOR, E.. A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In: LENZENWEGER, M. K.; CLARKIN, J. F. (ed.). **Major theories of personality disorder**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2005. p. 200-248.

KRUEGER, R. F. *et al*. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. **Psychological Medicine**, [S.L.], v. 42, n. 9, p. 1879-1890, 8 dez. 2011. Cambridge University Press (CUP). DOI: http://dx.doi.org/10.1017/s0033291711002674.

KRUEGER, Robert F.; MARKON, Kristian E.. The Role of the DSM-5 Personality Trait Model in Moving Toward a Quantitative and Empirically Based Approach to Classifying Personality and Psychopathology. **Annual Review Of Clinical Psychology**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 477-501, 28 mar. 2014. Annual Reviews. DOI: http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732.

LENZENWEGER, Mark F. *et al*. The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample.. **Psychological Assessment**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 577-591, dez. 2001. American Psychological Association (APA). DOI: http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577.

LORENZO-SEVA, Urbano; FERRANDO, Pere J.. Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. **Liberabit**: Revista Peruana de Psicología, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 99-106, 27 jun. 2019. Universidad de San Martin de Porres. DOI: http://dx.doi.org/10.24265/lib era bit.2019.v25n1.08.

MCCABE, G. A.; WIDIGER, T. A. A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM–5 section III personality disorder models. **Psychological Assessment**, v. 32, n. 1, p. 72–84, jan. 2020. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pas0000772.

MULDER, Roger T. *et al*. Validating the proposed ICD-11 domains. **Personality And Mental Health**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 84-95, 27 abr. 2016. Wiley. DOI: http://dx.doi.org/10.1002/ pmh.1336.

OLAJIDE, Kike *et al*. Development and Psychometric Properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). **Journal Of Personality Disorders**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 44-56, fev. 2018. Guilford Publications. DOI: http://dx.doi.org/10.1521/ pedi_2017_31_285.

OLIVEIRA, Neidsonei P. et al. "O Novo Modelo Diagnóstico de Transtornos Da Personalidade Da CID-11 E a Sua Aplicação." **Revista Brasileira de Psicoterapia**, vol. 23, no. 1, 1 Jan. 2023, https://doi.org/10.5935/2318-0404.20230006.

OLIVEIRA, Sérgio Eduardo Silva de; BANDEIRA, Denise Ruschel. Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. **Journal Of Depression & Anxiety**, [S.L.], v. 01, n. 01, p. 1-7, 2012. OMICS Publishing Group. DOI: http://dx.doi.org/10.4172/2167-1044.1000105.

OLIVEIRA, S. E. S.; BANDEIRA, D. R. O diagnóstico estrutural da personalidade segundo o modelo de Otto F. Kernberg. In: **Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade: implicações teóricas e práticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 239–263.

OLIVEIRA, Sérgio E. S. *et al*. Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in Brazilian Samples. **Psico-Usf**, [S.L.], v. 26, n., p. 109-124, 2021. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-8271202126nesp11.

OLIVEIRA, Sérgio E. S. et al. Brazilian Version of the Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: evidence of reliability and validity. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S.L.], v. 39, n. , p. 110-130, 2023. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10. 1590/0 102.3772e3 9nspe 05.en.

OLTMANNS, Joshua R.; WIDIGER, Thomas A.. Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. **Psychological Assessment**, [S.L.], v. 31, n. 5, p. 674-684, maio 2019. American Psychological Association (APA). DOI: http://dx.doi.org/10.1037/pas0000693.

OLTMANNS, Joshua R.; WIDIGER, Thomas A.. The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11: a facet-level assessment of the icd-11 trait model.. **Psychological Assessment**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 60-71, jan. 2020. American Psychological Association (APA). DOI: http://dx.doi.org/10.1037/pas0000763.

SILVEIRA, Liége B.; OLIVEIRA, Sérgio E. S.; BANDEIRA, Denise R.. Evidências de validade do inventário de organização da personalidade - Brasil (IPO-Br): relação com o modelo dos cinco grandes fatores da personalidade. **Temas em Psicologia**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 1875-1889, 2018. Associacao Brasileira de Psicologia. DOI: http://dx.doi.org/10.978 8/tp2018.4-07pt.

SILVEIRA, Liége B.; OLIVEIRA, Sérgio E. S.; BANDEIRA, Denise R.. Inventário de Organização da Personalidade – Brasil: evidências de validade baseadas em critérios externos. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 29, 27 jan. 2021. Universidade Federal do Triangulo Minero. DOI: http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v9i1.5204.

TIMMERMAN, Marieke E.; LORENZO-SEVA, Urbano. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. **Psychological Methods**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 209-220, jun. 2011. American Psychological Association (APA). DOI: http://dx.doi.org/10.1037/a0023353.

TYRER, Peter. Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. **Personality And Mental Health**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 86-95, 14 abr. 2009. Wiley. DOI: http://dx.doi.org/10.1002/pmh.78.

TYRER, Peter *et al*. The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: an amalgam of science, pragmatism, and politics. **Annual Review Of Clinical Psychology**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 481-502, 7 maio 2019. Annual Reviews. DOI: http://dx.doi.org/10.1146/ann urev-clin psy-050718-095736.

WEEKERS, Laura C. *et al*. The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. **Personality And Mental Health**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 3-14, 19 set. 2018. Wiley. DOI: http://dx.doi.org/10.1002/pmh.1434.

World Health Organization (WHO). **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version 05/2021**. 2019. Disponível em: https://icd.who.int/browse11/l-m/en.

WRIGHT, Aidan G. C. *et al*. The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. **Journal Of Abnormal Psychology**, [S.L.], v. 121, n. 4, p. 951-957, nov. 2012. American Psychological Association (APA). http://dx.doi.org/10.1037/a0027669.

Recebido em: *06 de dezembro 2023*

Aceito em: *24 de janeiro 2024*