UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO

ANA LUISA MAGALDI SUGUIHURA

Personalidade tipo D e doenças cardiovasculares: adaptação de uma escala

Ribeirão Preto
2014

ANA LUISA MAGALDI SUGUIHURA

Personalidade tipo D e doenças cardiovasculares: adaptação de uma escala

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Ribeirão Preto
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Suguihura, Ana Luisa Magaldi.

Personalidade tipo D e doenças cardiovasculares: adaptação de uma escala / Ana Luisa Magaldi Suguihura; orientador Ricardo Gorayeb – Ribeirão Preto, 2014.

122 f. : il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

1. Personalidade. 2. Doenças cardiovasculares. 3. DS-14. 4. Escalas. 5. Validade. 6. Fidedignidade.

Nome: Suguihura, Ana Luisa Magaldi

Título: Personalidade tipo D e doenças cardiovasculares: adaptação de uma escala

Dissertação apresentada à Faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Tive a sorte de poder contar com muitas pessoas ao longo do período em que desenvolvi este trabalho, o que tornou minha caminhada mais tranquila. Ficam aqui registrados todo meu carinho e minha gratidão.

A meus pais, Monica e Roberto, pelo amor incondicional, por todas as formas de apoio com que eu sei que posso contar. Pela persistência em caminhar ao meu lado e por não me deixarem desistir. Tenho orgulho da nossa história e da relação que construímos.

A meus irmãos, Maurício, Felipe e André, e a meu primo Henrique, que é mais um irmão, meus companheiros pra vida: vocês me ajudam a mantê-la em perspectiva e com bom humor. A minhas cunhadas, Marcela, Marta e Bruna, e a meus sobrinhos Pedro e Rafaela, que tornam tudo mais leve e divertido.

A meus tios e tias, pelo incentivo constante, especialmente Ana Martha e Venina, minha torcida organizada: a atitude positiva de vocês sempre me (re)anima.

A minhas avós, Hanako e Heloísa, pela presença amorosa e pela amizade que vai além da relação avó-neta. A meus saudosos avôs, João Carlos e Luis, cuja presença ainda se faz sentir.

À família Kamada, por me apoiar e estimular desde a minha primeira infância. Pelo enorme afeto, ainda que à distância, especialmente tia Cecília, Bete e Márcia.

A meus amigos queridos, que me ajudaram a focar no trabalho, mas também a desopilar quando necessário: Caroline Pavan-Cândido, Flávia Marucci, Renata Nakao, Ana Paula Casagrande, Tatiane Lopes, Melina Del'Arco, Sérgio Alécio Filho, Iara Giraldi, Gláucia Mendes e Renata Mussolini.

Àqueles que estiveram ao meu lado para além dos cuidados técnicos, em especial Maira Baptistussi, Alice França, Rafael Sanches, Leonardo Marchetti, Marinêz Mendes e Luis Carlos Toledo.

De longe, mas sempre presentes através de suas palavras carinhosas e inúmeras demonstrações de afeto, Nelma Burjaili, Fátima Mello e Marci Bonadio. Muito especialmente à minha madrinha, Mary Enokibara, com quem sempre estarei em dívida.

A todos que aceitaram participar deste estudo, dedicando seu tempo e atenção para a realização das avaliações, compartilhando comigo tanto de si mesmos. Em especial aos pacientes da Cardiologia, com quem venho aprendendo a cada dia.

A Maria Angela Gorayeb, Fabio Panico e Maira Giroto, que colaboraram com paciência e disponibilidade no processo de tradução e adaptação da escala.

A todos os amigos do Serviço de Psicologia, em especial Danilo Pinto, Marilene Alves, Rachel Fogaça e Leandro Yokoyama, não só pela ajuda operacional, mas também pela força e pelos bons momentos na hora do café.

Às colaboradoras de pesquisa, que muito me ajudaram na exaustiva busca por participantes, especialmente Marcella Bianca Neves e Mariluci Pereira. O auxílio de vocês foi fundamental.

À Rosana Shuhama, que com toda sua paciência me ajudou a desbravar um pouco da área de Estatística.

Às professoras Flávia de Lima Osório e Sonia Regina Pasian, pela contribuição ao desenvolvimento da forma final deste trabalho. Pela discussão que sanou algumas dúvidas e instigou outras.

Ao professor Ricardo Gorayeb, pela oportunidade de convivência e aprendizado ao longo dos últimos dez anos. Pela amizade, acolhimento e incentivo sinceros. A flecha foi lançada!

RESUMO

Suguihura, A. L. M. (2014). *Personalidade tipo D e doenças cardiovasculares: adaptação de uma escala*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

As doenças cardiovasculares (DCVs) são as doenças não transmissíveis com maiores taxas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, tendo grande impacto socioeconômico. Dentre os fatores de risco (FRs) biopsicossociais estudados, a personalidade tipo D (PTD) destaca-se como um FR psicossocial emergente e crônico que se refere à personalidade não patológica que torna o indivíduo mais suscetível a outros FRs, aumentando as chances de estabelecimento e prognóstico desfavorável de DCVs. Caracteriza-se pela apresentação simultânea dos traços de personalidade Afetividade Negativa (AN) e Inibição Social (IS), podendo ser detectada pela *DS-14*, escala composta por 14 itens (subescalas de AN e de IS, cada uma com sete itens) cujas opções de resposta variam em escala Likert de cinco pontos, de zero (“False”) a quatro (“True”). Este trabalho teve por objetivo realizar a adaptação da *DS-14* para o Brasil, além de comparar sua manifestação em pessoas com e sem DCV. O processo de tradução e adequação cultural baseou-se nas recomendações da *American Academy of Orthopaedic Surgeons* e do *Institute of Work and Health*, e teve a participação de dois tradutores, dois retrotradutores e uma linguista. As versões elaboradas foram testadas para confirmação de adequação. Para a verificação de evidências de validade, os escores das subescalas AN e IS foram correlacionados aos escores das subescalas da Bateria Fatorial de Personalidade e foi efetuada análise fatorial exploratória. Para analisar a fidedignidade foi realizado teste-reteste e análise de consistência interna. Os dados de prevalência da PTD e comparação dos escores das subescalas foram obtidos da mesma amostra do estudo psicométrico. A *DS-14*, versão em português, foi testada com 40 sujeitos, sendo 60,0% do sexo feminino, com média de 45,2 anos de idade (DP=14,95), 72,5% sem problemas de saúde, até que se chegasse à *DS-14* versão final, utilizada no estudo psicométrico. Este teve a participação de 184 sujeitos, dos quais 54,3% eram do sexo feminino, tendo em média 47,45 anos de idade (DP=13,48), sendo que 56,5% não tinham DCV. A partir da amostra total, 140 indivíduos compuseram estratificação proporcional de acordo com os subgrupos da população cardiopata (70 sujeitos) e da população geral (70 sujeitos) de Ribeirão Preto para correlação com a BFP. Destes, 44 ainda compareceram após média de 96 dias para reaplicação da escala. Os coeficientes de correlação da AN com o traço Neuroticismo (0,63, $p<0,01$), assim como o da IS com o traço Extroversão (-0,32, $p<0,01$) correspondem aos encontrados na literatura internacional e são coerentes com suas definições teóricas. A análise fatorial exploratória encontrou dois fatores (AN e IS) que, juntos, explicam 46,58% da variância dos dados. Os itens da *DS-14* se agruparam exatamente conforme escala a original, corroborando o modelo teórico e somando-se aos dados de outros trabalhos para fortalecer as evidências de validade da *DS-14*. Foram encontrados os índices de 0,76 (AN) e 0,65 (IS) na correlação teste-reteste, e 0,79 (AN) e 0,76 (IS) na análise de consistência interna, o que, junto aos resultados acima, demonstra que a *DS-14* tem características psicométricas adequadas para uso junto à população brasileira. A prevalência de PTD na amostra total foi de 45,7%, com escore médio de 24,99 (11,60), com presença de PTD em 50% da amostra cardiopata e 42,3% da amostra sem cardiopatia. Com relação às subescalas, os escores do Grupo DCV foram maiores

do que os escores do Grupo sem DCV, com diferença estatisticamente significativa no traço AN. A DS-14 é de aplicação rápida e adequada à língua portuguesa usada no Brasil. Os resultados do estudo psicométrico apresentaram evidências consistentes de validade e de fidedignidade, o que a torna um instrumento seguro para uso em pesquisas brasileiras. A tendência da PTD ser mais intensa em indivíduos cardiopatas deve ser melhor estudada.

Palavras-chave: Personalidade. Doenças cardiovasculares. DS-14. Escalas. Validade. Fidedignidade.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estratificação do Grupo DCV a partir do número de pessoas internadas em Ribeirão Preto, em julho de 2012, por doenças do aparelho circulatório (n=70).	53
Tabela 2 - Estratificação do Grupo SDCV a partir da população total residente em Ribeirão Preto (n=70)	54
Tabela 3 - Características sociodemográficas dos participantes do teste piloto da DS-14 (n=40).....	63
Tabela 4 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo psicométrico da DS-14 (n=184).....	68
Tabela 5 - Correlações entre as subescalas da DS-14 e da BFP (n=140).....	70
Tabela 6 - Solução inicial após extração de fatores por máxima verossimilhança	73
Tabela 7 - Matriz de padrão após extração por máxima verossimilhança e rotação <i>direct oblimin</i>	76
Tabela 8 - Matriz de correlação entre os fatores 1 e 2 após extração por máxima verossimilhança e rotação <i>direct oblimin</i>	77
Tabela 9 - Matriz de estrutura após extração por máxima verossimilhança e rotação <i>direct oblimin</i>	78
Tabela 10 - Valores relativos à estabilidade temporal (n=44) e consistência interna (n=184) da DS-14.....	80
Tabela 11 - Características sociodemográficas do Grupo DCV (n=80).....	82
Tabela 12 - Características sociodemográficas do Grupo SDCV (n=104)	84
Tabela 13 - Comparação de características sociodemográficas entre os grupos DCV (n=80) e SDCV (n=104)	85
Tabela 14 - Comparação dos escores obtidos nas subescalas AN e IS da DS-14 entre os grupos DCV e SDCV	88

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Representação do modelo teórico da personalidade tipo D	21
<i>Figura 2.</i> Exemplo de slide elaborado para aplicação da Bateria Fatorial de Personalidade.....	45
<i>Figura 3.</i> Exemplo do processo da Fase 1	49
<i>Figura 4.</i> Distribuição dos participantes da Fase 2 de acordo com o aspecto analisado (n=184).....	55
<i>Figura 5.</i> Frequência de problemas de saúde relatados pelos participantes do teste piloto da DS-14 (n=40).....	64
<i>Figura 6.</i> Frequência com que palavras e expressões geraram dúvidas nos participantes do primeiro teste piloto da DS-14 (n=30).....	65
<i>Figura 7.</i> Frequência de dúvidas apresentadas pelos participantes do segundo teste piloto da DS-14 (n=10).....	66
<i>Figura 8.</i> Distribuição dos participantes do estudo psicométrico da DS-14 quanto à presença de cardiopatia (n=184)	69
<i>Figura 9.</i> Scree plot gerado na extração de fatores por máxima verossimilhança....	74
<i>Figura 10.</i> Frequência de detecção de personalidade tipo D entre os participantes da Fase 2.....	86

LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1.</i> Síntese de estudos de adaptação da <i>DS-14</i>	30
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN	Afetividade Negativa
BFP	Bateria Fatorial de Personalidade
CGF	Cinco Grandes Fatores
DCV	Doença cardiovascular
DP	Desvio padrão
DS-14	Escala de Personalidade Tipo D
<i>DS-14</i>	<i>Type D Personality Scale-14</i>
DS-16	<i>Type-D Scale-16</i>
EPQ	<i>Eysenck Personality Questionnaire</i>
FC	Frequência cardíaca
FR	Fator de risco
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IIQ	Intervalo interquartil
IS	Inibição Social
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
NEO-FFI	<i>NEO – Five Factor Inventory</i>
PTD	Personalidade tipo D
QV	Qualidade de vida
SATEPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SDCV	Sem doença cardiovascular
SM	Salário mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TABP	<i>Type A behavior pattern</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMAS	<i>Taylor Manifest Anxiety Scale</i>
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Sobre doenças cardiovasculares	15
1.2	Comportamento, personalidade e doenças do coração	16
1.2.1	Padrão de comportamento tipo A	17
1.2.2	Personalidade tipo D	18
1.3	Medidas da personalidade tipo D	22
1.3.1	Psicometria: validade e fidedignidade	23
1.3.2	Escala(s) de avaliação da personalidade tipo D	25
1.4	Panorama de estudos	27
1.4.1	Adaptações da <i>DS-14</i>	27
1.4.2	Personalidade tipo D e condições de saúde diversas	32
1.4.3	Personalidade tipo D e doenças cardiovasculares	34
1.5	Justificativa	38
2	OBJETIVOS	39
2.1	Geral	39
2.2	Específicos	39
3	MÉTODO	40
3.1	Aspectos éticos	40
3.2	Autorização do autor	41
3.3	Local	41
3.4	Materiais e instrumentos	42
3.5	Fase 1: Procedimentos para tradução e adaptação cultural	45
3.5.1	Participantes	47
3.5.2	Teste piloto	47
3.6	Fase 2: Procedimentos para verificação de propriedades psicométricas e comparação entre grupos	49
3.6.1	Participantes	50
3.6.2	Coleta de dados	55
3.6.2.1	Correção dos instrumentos	57
3.6.3	Reteste	57
4	ANÁLISE DOS DADOS	59
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	62

5.1 Fase 1	62
5.1.1 Caracterização da amostra	62
5.1.2 Dúvidas e sugestões	65
5.2 Fase 2	67
5.2.1 Caracterização da amostra.....	67
5.2.2 Verificação de evidências de validade.....	70
5.2.2.1. Correlação dos escores das subescalas da DS-14 com os escores das subescalas da BFP	70
5.2.2.2. Análise fatorial exploratória	73
5.2.3 Verificação de evidências de fidedignidade.....	80
5.2.4 Manifestação da PTD nos grupos DCV e SDCV	81
5.3 Limitações e contribuições do estudo	89
6 CONCLUSÕES	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	106
ANEXOS	117

1 INTRODUÇÃO

1.1 Sobre doenças cardiovasculares

Dados da Organização Mundial de Saúde apontam, dentre as doenças não transmissíveis, as doenças cardiovasculares (DCVs) como a causa número um de mortalidade, morbidade e incapacidade no mundo, tendo sido responsáveis pela morte de cerca de 17 milhões de pessoas no ano de 2008 (World Health Organization, 2013). No Brasil, no ano de 2009, as doenças do aparelho circulatório também foram a principal causa de mortalidade na população adulta, responsáveis por 324 mil mortes, cerca de 28% do total de óbitos (Ministério da Saúde, 2013). Entre julho de 2012 e junho de 2013, as DCVs foram responsáveis por pouco mais de 10% das internações no nosso país (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2013). O impacto econômico gerado pelo conjunto das doenças do aparelho circulatório é grande e no Brasil os custos correspondem a cerca de 1,74% do PIB nacional (Azambuja, Foppa, Maranhão & Achutti, 2008; Balbinotto Neto & Da Silva, 2008).

A etiologia das DCVs é multifatorial e a influência dos diversos aspectos sociais, biológicos e psicológicos deve ser considerada também em seu prognóstico. Os fatores que influenciam o surgimento e evolução das DCVs começaram a ser identificados em 1948 no *Framingham Heart Study* e desde então têm sido chamados de “fatores de risco” (Framingham Heart Study, 2013; Kannel, Dawber, Kagan, Revotskie & Stokes, 1961, citado por Kannel, 1990).

Os fatores de risco (FRs) podem ser classificados como tradicionais ou psicossociais. Os tradicionais mais comumente citados são idade (quanto mais velho, maior o risco), sexo (historicamente, homens são mais afetados do que mulheres), hereditariedade, tabagismo ativo e/ou passivo, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo, obesidade e diabetes (Djoussé, Driver & Gaziano, 2009; Kannel, 1990; Pickering, Phil, Clemow, Davidson & Gerin, 2003; Schmidt, Nobre e Mion, 2000). Os FRs psicossociais são depressão, ansiedade, estresse, expressão inadequada da raiva, hostilidade, baixo suporte social e baixos níveis socioeconômico e de escolaridade (Albert et al., 2009; Bean, Gibson, Flattery,

Duncan & Hess, 2009; Chida & Steptoe, 2009; Denollet, Schiffer & Spek, 2010; Dimsdale, 2008; Frasure-Smith et al., 2009; Kavanagh, Bentley, Turell, Shaw, Dunstan & Subramanian, 2010; Krantz & McCeney, 2002; Pickering et al., 2003; Shen et al., 2008; Shen, McCreary & Myers, 2004; Tsuchihashi-Makaya, Kato, Chishaki, Takeshita & Tsutsui, 2009).

É importante ressaltar que, com exceção dos fatores idade, sexo e hereditariedade, todos os outros, sejam tradicionais ou psicossociais, são passíveis de modificação pelo indivíduo, desde que submetidos a orientações adequadas e efetivas, fornecidas por profissionais devidamente capacitados (Krantz & McCeney, 2002; Whooley et al., 2008; Wister, Loewen, Kennedy-Simonds, McGowan, McCoy & Singer, 2007). Ainda que não seja possível curar-se da hipertensão, por exemplo, é possível mantê-la sob controle, em um nível que não cause mais prejuízos. Note-se que os níveis socioeconômico e de escolaridade não são facilmente modificáveis, devido à sua natureza mais complexa e intrincada. Ainda assim, não são fatores perpétuos.

1.2 Comportamento, personalidade e doenças do coração

Há algumas décadas, pesquisadores vêm tentando descobrir um padrão de comportamento que se correlacione com as doenças cardíacas (Matthews, 1982). Haveria um perfil psicológico comum aos cardiopatas? Se houvesse, e se este perfil fosse precocemente identificado nos indivíduos, poder-se-ia realizar intervenções de forma a minimizar os danos causados por este padrão de comportamento e pelas DCVs (Denollet, 1998). Nos indivíduos saudáveis, poder-se-ia diminuir as chances de instalação de cardiopatias. Naqueles já doentes, poder-se-ia reduzir o sofrimento físico e emocional gerado tanto pela doença como pelo estilo de enfrentamento pessoal inadequado (Carver & Connor-Smith, 2010; Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999).

1.2.1 Padrão de comportamento tipo A

Na década de 50, Friedman e Rosenman formularam um construto a partir de suas observações do comportamento de cardiopatas (Friedman, 1977). Eles definiram o padrão de comportamento tipo A (*Type A Behavior Pattern* – TABP) como:

*An action-emotion complex that can be observed in any person who is aggressively involved in a chronic, incessant struggle to achieve more and more in less and less time, and if required to do so, against the opposing efforts of other things or other persons*¹(Friedman & Rosenman, 1974, p. 67, citado por Matthews, 1982)

Os comportamentos característicos do TABP seriam a impaciência, a competitividade, a urgência de tempo e a hostilidade (Booth-Kewley & Friedman, 1987; Friedman & Booth-Kewley, 1987; Matthews, 1988; Spindler, Kruse, Zwisler & Pedersen, 2009).

Paralelamente, outros construtos relacionando perfis psicológicos a doenças também foram estudados, os quais serão brevemente descritos aqui. Contrapondo-se ao tipo A, a menor intensidade, a ausência destes comportamentos ou o conjunto de características opostas às do tipo A passou a ser chamado de “padrão de comportamento tipo B”. Indivíduos tipo B seriam, por exemplo, pessoas mais tranquilas e capazes de se recuperar mais rapidamente de situações estressantes do que os indivíduos tipo A. Desta forma, seriam indivíduos com menor chance de desenvolverem DCVs (Lee & Watanuki, 2007; Miller & Krauskopf, 1999; Trigo, Silva & Rocha, 2005). Acompanhando a sequência do alfabeto latino, há também o tipo C, que se refere ao padrão de enfrentamento inicialmente identificado em pacientes com melanoma maligno. Este enfrentamento inadequado é associado à baixa frequência de expressão emocional e comunicação empobrecida destas emoções e necessidades, enquanto externamente é manifestado o foco nas necessidades e

¹ “Um complexo ação-emoção que pode ser observado em qualquer pessoa que está agressivamente envolvida em uma luta crônica, incessante, para alcançar mais e mais em cada vez menos tempo e, se necessário, fazê-lo contra os esforços opostos de outras coisas ou outras pessoas” (tradução livre da autora deste texto).

emoções de terceiros, mantendo uma fachada que os autores chamam de “normalidade e equilíbrio mental” (Temoshok et al., 2008).

Até a década de 80 houve um grande número de pesquisas sobre o TABP, que ocorreram em meio a controvérsias envolvendo a variedade e divergência no seu método de avaliação e o fato de possivelmente ser um conceito cultural, não generalizável para outras populações que não a ocidental (Denollet, 1998; Ikeda, Iso, Kawachi, Inoue & Tsugane, 2008; Johnston, 1993; Kawachi, Sparrow, Kubzansky, Spiro III, Vokonas & Weiss, 1998; Spindler et al., 2009). A partir dos anos 90 houve uma queda acentuada na frequência de publicações sobre o TABP (Ikeda et al., 2008). Enfim, não se obteve consenso científico em relação ao tipo A e sua correlação com o surgimento e evolução das cardiopatias, pois, dados os problemas citados acima, os resultados das pesquisas se mostraram inconsistentes (Dimsdale, 1988; Rozanski et al., 1999; Spindler et al., 2009).

Apesar da diminuição do interesse científico pela noção de que um padrão de comportamento *específico* pudesse ter impacto na saúde cardiovascular, os estudos sobre o TABP deram início a um campo de investigação bastante produtivo e dinâmico: o foco das pesquisas foi alterado, deixando um pouco de lado o construto TABP como um todo e passou-se a analisar os seus componentes isoladamente, focando na vivência de emoções negativas, tais como ansiedade, raiva, hostilidade, sintomas depressivos, estresse e exaustão vital, não só em momentos pontuais, mas como características estáveis e abrangentes dos indivíduos (Denollet, 1998; Denollet & Van Heck, 2001; Rozanski et al., 1999; Trigo et al., 2005).

1.2.2 Personalidade tipo D

Denollet, Sys e Brutsaert (1995), partindo de conclusões de estudos anteriores, optaram por estudar traços, selecionando dois deles a partir de teorias da personalidade que apresentam de dois a 16 traços básicos que sintetizam as tendências dos indivíduos: seriam eles a Inibição Social (IS) e a Afetividade Negativa (AN). Mais especificamente, elegeram o estudo dos *tipos* de personalidade, baseado no conceito de interação de múltiplos traços, a fim de não reduzir a complexidade humana à síntese de apenas um traço. A hipótese era que a interação entre a

vivência crônica de emoções negativas e a inibição destes sentimentos deveria ser vista como uma forma específica de estresse que predisporia estes indivíduos à manifestação ou exacerbação de problemas de saúde (Denollet et al., 1995). Neste estudo foi cunhado o termo “*type D*”, referente à palavra em língua inglesa *distressed*, que pode ser traduzida como aflito, angustiado (Martins Fontes, 2005).

Abrem-se parênteses para melhor definição e elucidação de alguns conceitos, a fim de evitar possíveis confusões. Segundo Selye (1955), o estresse seria a resposta de adaptação do organismo (*general adaptation syndrome*) a qualquer estímulo exterior que altere sua homeostase. A primeira fase do estresse, chamada por Selye de *alarm reaction* e por Lipp (2013) de fase de alerta, também vem sendo denominada por “eustresse” ou “estresse positivo”. É o momento de contato inicial com o estímulo estressor, em que o organismo se prepara para a luta ou para a fuga, gerando maior produtividade, vigor e energia. O “distresse”, que seria o “estresse negativo”, equivaleria à fase de exaustão, assim denominada tanto por Selye como por Lipp, em que a presença prolongada do estressor cronifica as reações do organismo, esgotando sua capacidade de adaptação (Guillard, Precoma & Silva, 2013; Lipp, 2013; Selye, 1955). Entretanto, o que apresentamos aqui se refere a outro construto, diferente de todas estas definições de estresse, como será explicado mais à frente. Fecham-se parênteses.

Para o tipo A vinha sendo usado o conceito de padrão de comportamento, visto que a observação de comportamentos públicos é que deu origem ao construto (Friedman, 1977). Para o novo construto, tipo D, não mais é utilizado o conceito “padrão de comportamento”, mas sim “personalidade”, pois, de acordo com a definição proposta pelos autores, o tipo D se refere à combinação de dois traços de personalidade abrangentes e estáveis, que seriam a AN e a IS (Denollet et al., 1995; Hausteiner, Klupsch, Emeny, Baumert & Ladwig, 2010; Spindler et al., 2009). Sendo personalidade abrange, então, não só os comportamentos públicos e observáveis, mas também aqueles privados, encobertos, que não podem ser vistos nem acessados por terceiros (Simonassi, Tourinho & Silva, 2001; Tourinho, Teixeira & Maciel, 2000). A personalidade tipo D (PTD) representa um construto de personalidade não patológica e vem sendo considerada um FR crônico para as DCVs (Pedersen & Denollet, 2006; Spindler et al., 2009).

A AN é definida como a tendência estável a vivenciar emoções negativas através do tempo e das situações (Denollet, 1998; Emons, Meijer & Denollet, 2007;

Nabi, Kivimaki, De Vogli, Marmot & Singh-Manoux, 2008; Watson & Clark, 1984). Assim, indivíduos com alta AN vivenciam mais sentimentos de disforia, ansiedade, apreensão e irritabilidade, têm uma visão negativa de si mesmos, referem mais sintomas somáticos e têm a atenção voltada para eventos e estímulos aversivos e adversos (Denollet, 2005; Nabi et al., 2008; Watson & Clark, 1984). Em geral, estas pessoas parecem procurar sinais de problemas impeditivos, expondo-se e reagindo com maior frequência e intensidade a situações estressoras (Denollet, 2000; Watson & Clark, 1984).

A IS é definida como a tendência estável a inibir a expressão de sentimentos e comportamentos nas interações sociais a fim de evitar a rejeição e a desaprovação de terceiros (Denollet, 2005; Emons et al., 2007). Situações sociais são afetadas por um viés de interpretação que as fazem ser percebidas como mais estressoras do que realmente são (Grynberg, Gidron & Denollet, 2011). Indivíduos com alta IS tendem a buscar menos suporte social, têm interações sociais de baixa qualidade e baixa autoestima, tendem a se sentir inibidos, tensos e inseguros quando com outras pessoas (Denollet, 1998, 2005). São taciturnos, apresentam alta frequência de comportamentos de fuga e esquiva, baixa frequência de expressão de emoções e se sentem desconfortáveis em situações em que devem se relacionar com outras pessoas, conhecidas ou não (Denollet, 2000).

É importante enfatizar que, em indivíduos com PTD, a não expressão do afeto é consciente e deliberada, uma estratégia utilizada para evitar rejeição e desaprovação social, em que a IS atua como mediadora da expressão da vivência de AN (Denollet & Van Heck, 2001; Friedman & Booth-Kewley, 1987; Pedersen & Denollet, 2006).

Em termos teóricos, o construto PTD é um modelo hierárquico estruturado em três níveis, a saber: *low level traits* (nível hierárquico terciário), *medium level traits* (nível hierárquico secundário) e *high level trait* (nível hierárquico primário, que seria o “tipo”). Os traços de nível terciário seriam disforia, preocupação e irritabilidade, desconforto em interações sociais, taciturnismo e falta de traquejo social. Note-se que os três primeiros traços do nível terciário representam a AN e os três últimos representam a IS, ambos traços de nível secundário. A combinação dos traços de nível secundário corresponde ao tipo, ou seja, o nível hierárquico primário, que é a PTD (Straat, Ark & Sijtsma, 2012). A Figura 1, retirada de Straat et al. (2012), ilustra

o modelo, baseado em estudo de análise fatorial confirmatória e análise de escala de Mokken.

Em termos práticos, quando o indivíduo apresenta forte presença de AN associada a forte presença de IS, caracterizando então a PTD, ele está mais suscetível a vivenciar dificuldades emocionais e interpessoais, ficando vulnerável a outros FRs psicossociais, como estresse, depressão, ansiedade e baixo suporte social (Denollet, 2000; Denollet et al., 1995; Pedersen & Middel, 2001; Schiffer, Pedersen, Widdershoven & Denollet, 2008; Spindler et al., 2009).

Figura 1. Representação do modelo teórico da personalidade tipo D

A PTD assemelha-se a construtos como depressão, estresse, exaustão vital e ansiedade, no sentido de apresentarem alguns comportamentos com topografia e/ou função similares, daí alguma sobreposição entre eles. Por exemplo, sentimentos como tristeza e desesperança podem ser experimentados tanto na depressão como na PTD. Entretanto alguns estudos demonstram que, de acordo com o modelo teórico e a dinâmica de funcionamento da PTD, esta seria um dos fatores que tornam o indivíduo mais suscetível à depressão, estresse, exaustão vital e ansiedade. Isso faz sentido se nos lembrarmos de que o tipo D se refere a um tipo

de personalidade, portanto um padrão de comportamento mais arraigado, resistente e de manifestação longitudinal, enquanto os outros conceitos citados podem se referir a contingências pontuais. Nota-se então que, apesar de algumas similaridades, os construtos não são os mesmos (Denollet et al., 2010; Hausteiner et al., 2010; Kudiella, Känel, Gander & Fischer, 2004).

Para ficar mais claro, seguindo o exemplo já dado, uma pessoa pode estar deprimida e sentir-se muito triste e sem esperança de que as coisas melhorem, mesmo sem ter PTD. Da mesma maneira, um indivíduo com PTD pode sentir-se triste e desesperançoso, mas não estar deprimido. Além disso, a pessoa pode ficar deprimida em dado momento da vida, mesmo que não tenha PTD; assim como pode ter PTD e nunca ficar deprimida. Sem nos esquecermos de que a PTD não é um quadro patológico, ao contrário da depressão.

Além da maior suscetibilidade aos FRs psicossociais, pessoas com PTD tendem a se engajar menos no tratamento, emitem menor frequência de comportamentos de busca de ajuda e até seu comportamento em consultas e nas interações com profissionais de saúde, em geral, são obstáculos para a manutenção de um autocuidado minimamente satisfatório (Pelle, Schiffer, Smith, Widdershoven & Denollet, 2010). Isso os torna também mais vulneráveis aos FRs tradicionais, já que a má adesão ao tratamento não favorece bom prognóstico. Consequentemente, indivíduos com PTD apresentam maior risco de morbidade e mortalidade cardíaca, como vem sendo constatado em alguns estudos (Emons et al., 2007; Pedersen & Denollet, 2006; Spindler et al., 2009; Williams et al., 2008).

1.3 Medidas da personalidade tipo D

Visto que uma das limitações no estudo do TABP foi o uso de formas de avaliação não padronizadas (Conduit, 1992; Ikeda et al., 2008; Johnston, 1993) e com o propósito de melhor estudar o construto PTD, em 1998 Denollet apresentou um instrumento que avaliava a presença de AN e de IS, a *Type-D Scale-16* (DS-16). A DS-16 é composta por duas subescalas (AN e IS) com oito itens cada, cujas respostas variam em escala Likert de cinco pontos, de zero (*“False”*) a quatro (*“True”*).

1.3.1 Psicometria: validade e fidedignidade

Antes de falarmos sobre as qualidades psicométricas da DS-16, faz-se necessário entender alguns conceitos fundamentais. De acordo com Urbina (2007), instrumentos psicológicos são ferramentas que visam obter amostras de comportamentos representativos de fenômenos latentes não observáveis, sejam de âmbito cognitivo ou de âmbito afetivo, permitindo a comparação destas amostras com um padrão (norma ou critério). Para que um instrumento seja considerado legítimo, válido e para que seu uso seja confiável, é essencial avaliar seus aspectos psicométricos, especificamente sua validade e sua fidedignidade, tidas como as duas características mais importantes em um bom teste (Foster, 2013a; Pasquali, 2004, 2009; Urbina, 2007).

Embora haja este consenso de que a validade é uma característica fundamental dos instrumentos, sua definição é cercada de divergências. Pasquali (2007) discutiu como o significado do conceito validade vem sendo utilizado de forma confusa e até arbitrária, eventualmente se misturando à definição do procedimento que se realiza para verificar a validade de um teste. Enquanto o conceito fala do que é a propriedade, o procedimento fala de *como fazer* para analisá-la, mas não para tornar o teste válido. Acontece que muitos, inadvertidamente, nomeiam o procedimento como validação (“Foi feita a validação do instrumento”, por exemplo), perpetuando o uso incorreto e gerando mais confusão.

A fim de elucidar o problema e facilitar a compreensão correta, Pasquali (2007) expõe sua definição de validade, baseada em definição clássica elaborada em 1921 pela Associação Nacional dos Diretores de Pesquisa Educacional (Urbina, 2007), conceituando-a como “a propriedade de um teste estar de fato se referindo a (representando) um construto” (Pasquali, 2007, p. 104). Usando outras palavras, Foster (2013b) explica que um teste é válido se ele consegue prever com precisão o comportamento de um indivíduo (obviamente, o comportamento que se relaciona com o fenômeno latente avaliado pelo teste). Urbina, que no passado foi uma das autoras que também reproduziu a definição clássica, atualmente opta pela descrição um pouco mais elaborada, publicada em 1999 pela *American Educational Research Association*, produzida em conjunto com a *American Psychological Association* e

com o *National Council on Measurement in Education*, que explica a validade como sendo “o grau em que todas as evidências acumuladas corroboram a interpretação pretendida dos escores de um teste para os fins propostos” (Urbina, 2007, p. 157).

Conforme Messick já havia discutido (1980, 1995), esta mudança de foco da definição, do teste em si para os resultados que ele produz, nos permite concluir que validade é uma *inferência* a partir do escore, não uma *propriedade* do teste. Ele afirma que “*validity is not a property of the test or assessment as such, but rather of the meaning of the test scores*”² (Messick, 1995, p. 741), assim como “*validity is an evaluation of evidence, a judgment rather than an entity*”³ (Messick, 1980, p.1020). O autor se posiciona contra a definição tripartite de validade, que a distingue entre validade de critério, validade de conteúdo e validade de construto (Pasquali, 2004, 2007), integrando suas duas primeiras formas à terceira por entender que critério e conteúdo são facetas da validade de construto. Somando-se a isso, Messick (1980, 1995) aborda a questão das condições de aplicação do teste, da relevância e utilidade do instrumento, as consequências sociais presentes e potenciais do uso do teste em questão, da interpretação de seu resultado e de decisões tomadas a partir disso. O autor amplia o conceito de validade, incluindo a importância da interpretação dos resultados baseada em evidências cumulativas de sua validade enquanto valor psicométrico, mas também atentando para as consequências sociais do uso do teste, e apresenta o que chama de *concepção abrangente da validade de construto* (Messick, 1995).

Pasquali (2004, 2009) explicou que também há confusão no uso da nomenclatura correta do nosso segundo parâmetro: a confiabilidade, também chamada de precisão e fidedignidade, às vezes utilizada sob o nome do procedimento realizado para coletá-la ou da técnica estatística usada para analisá-la (estabilidade, constância, equivalência, consistência). Segundo este mesmo autor, a fidedignidade ou a precisão de um teste “diz respeito à característica que ele deve possuir, a saber, a de medir sem erros” (Pasquali, 2009, p. 998). Foster (2013a, 2013b) define fidedignidade como sendo a característica do teste de medir fielmente e com precisão a cada vez que é utilizado. Ou seja, um instrumento que apresente resultados semelhantes, sob condições semelhantes, quando respondido pela

² Em tradução livre, “validade não é uma propriedade do teste ou da avaliação, mas sim do significado de seu resultado”.

³ Em tradução livre, “validade é uma avaliação de evidência, um julgamento mais do que uma entidade”.

mesma pessoa em ocasiões diferentes, ou por duas pessoas de características e habilidades equivalentes, pode ser considerado confiável (Foster, 2013b).

Segundo Urbina (2007), fidedignidade sugere confiabilidade e implica em consistência e precisão, mas, assim como na definição de validade, ela também chama a atenção para o fato de que a característica de fidedignidade não pertence ao teste, mas sim ao escore. A autora explica que a fidedignidade pode “contribuir com evidências indiretas da validade de um escore de teste” (Urbina, 2007, p. 172), no que Foster (2013b) é enfático ao dizer que nenhum teste pode ser válido se não for confiável.

1.3.2 Escala(s) de avaliação da personalidade tipo D

Definidos os conceitos essenciais em psicometria, voltemos à DS-16. O estudo original conduzido por Denollet (1998) foi realizado com 400 cardiopatas, que responderam a um conjunto de 66 itens, alguns derivados do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) e outros formulados especificamente para avaliação da PTD. Para verificação de evidências de validade, 218 participantes também responderam à *Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS) – versão com 20 itens –, às escalas breves de Neuroticismo e de Extroversão do *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ), à escala de Extroversão do MMPI e à escala Marlowe-Crowne, que avalia desejabilidade social. Foi realizada análise estatística para que os 66 itens iniciais se reduzissem a oito itens representativos da AN e oito itens que avaliassem IS. Outra amostra de cardiopatas, desta vez com 100 sujeitos, testou a versão de 16 itens da escala de PTD, respondendo também à escala de Extroversão do MMPI, à escala Marlowe-Crowne e à versão de 20 itens da TMAS. Sessenta destes sujeitos responderam novamente à escala de PTD após três meses, para verificação de estabilidade temporal. Os resultados das subescalas de AN e IS demonstraram que elas tinham boa consistência interna (α de Cronbach 0,89 e 0,82, respectivamente) e eram temporalmente estáveis (correlação teste-reteste 0,78 e 0,87, respectivamente). Alguns resultados importantes quanto à validade foram que a subescala de AN se correlacionou positivamente com a TMAS (0,62) e com a escala de Neuroticismo do EPQ (0,64), e a subescala de IS se correlacionou

negativamente com as escalas de Extroversão do MMPI (-0,61) e do EPQ (-0,65). Neste estudo foram definidas como notas de corte a mediana de cada subescala: 10 para AN e 15 para IS (Denollet, 1998).

A DS-16 passou por um processo de aprimoramento para que os itens das subescalas representassem ainda melhor os construtos AN e IS e, conseqüentemente, a PTD. Inicialmente foram acrescentados oito itens à DS-16, quatro em cada subescala, compondo um conjunto de 24 itens (12 representando cada traço da PTD) que foi chamado de DS-24, uma versão provisória, então testada com 734 indivíduos hipertensos. Conceitualmente, estes itens deveriam cobrir os traços de nível terciário do construto (desconforto em interações sociais, taciturnismo e falta de traquejo social para IS; disforia, irritabilidade e apreensão para AN). Psicometricamente, foram então selecionados os itens com maior índice de correlação item-total. A partir da submissão dos 24 itens ao critério conceitual e ao critério psicométrico, chegou-se à nova versão da escala, agora com 14 itens, sendo nomeada *Type D Scale-14 (DS-14)* (Denollet, 2000, 2005). Assim como suas antecessoras, a nova escala tem opções de resposta em escala Likert que variam de zero (*"False"*) a quatro (*"True"*). A *DS-14* é composta por sete itens em cada subescala e a presença de PTD é confirmada quando a pontuação em cada uma das subescalas é igual ou maior que 10, nota de corte baseada nas medianas dos escores nas subescalas do estudo original. Foram realizadas avaliações com 3813 participantes (cardiopatas, hipertensos e da população geral), sendo que 275 destes também responderam ao *NEO – Five Factor Inventory* (NEO-FFI) e 121 fizeram reteste após cerca de três meses. Também foi realizada análise fatorial exploratória para verificar evidências de validade. Nesta, todos os itens obtiveram carga fatorial entre 0,62 e 0,82, sendo que a estrutura bifatorial encontrada (AN e IS) foi a solução mais adequada. Quanto à correlação com o NEO-FFI, a subescala de AN apresentou correlação positiva com a subescala de Neuroticismo (0,68) e a subescala de IS apresentou correlação negativa com a subescala de Extroversão (-0,59). As subescalas AN e IS apresentaram consistência interna (respectivamente, 0,88 e 0,86 e correlação item-total entre 0,52 e 0,75) e estabilidade temporal (0,72 e 0,82) adequadas (Denollet, 2005).

1.4 Panorama de estudos

1.4.1 Adaptações da *DS-14*

Sobre o uso do termo *adaptação*: segundo Hambleton (2005), quando testes que foram originalmente desenvolvidos para uso em determinada língua e contexto cultural vão ser utilizados em pessoas cuja língua e cultura são diferentes, o processo de adaptação visa não apenas à tradução e ao ajuste cultural, mas também à obtenção de um teste com propriedades psicométricas similares às do instrumento original (que, espera-se, sejam adequadas). O que significa que a adaptação de um teste envolve os procedimentos de tradução, adaptação cultural e verificação de evidências de validade e de fidedignidade da nova versão.

A *DS-14* foi desenvolvida na *Tilburg University*, que se localiza nos Países Baixos, tendo sido incluída também uma amostra representativa da população belga (Denollet, 2005). Um ano antes de sua publicação, a escala já havia tido suas características psicométricas avaliadas junto à população alemã (Grande et al., 2004). Nos últimos anos, estudos de adaptação da *DS-14* também foram realizados com amostras representativas de países da Europa setentrional, meridional, ocidental e oriental, países asiáticos e países de língua inglesa, sempre apresentando características psicométricas adequadas ao uso (com exceção da Rússia, que não apresentou coeficientes de consistência interna adequados) (Barnett, Ledoux, Garcini & Baker, 2009; Bergvik, Sørli, Wynn & Sexton, 2010; Bunevicius, Staniute, Brozaitiene, Stropute, Bunevicius & Denollet, 2013; Christodoulou et al., 2013; Grande, Romppel, Glaesmer, Petrowski & Herrmann-Lingen, 2010; Kupper, Pedersen, Höfer, Saner, Oldridge & Denollet, 2013; Lim et al., 2011; Ogńska-Bulik & Juczynski, 2009; Pedersen, Yagensky, Smith, Yagenska, Shpak & Denollet, 2009; Spindler et al., 2009; Straat et al., 2012; Svansdottir et al., 2012; Vilchinsky et al., 2012; Weng et al., 2013; Yu, Thompson, Yu, Pedersen & Denollet, 2010; Yu, Zhang & Liu, 2008).

O Quadro 1 apresenta uma síntese destes estudos, discriminando os países em que foram desenvolvidos, quais as amostras e principais métodos utilizados.

Artigo	País(es)	Tamanho da amostra (população)	Método
Barnett et al. (2009)	EUA	160 (dor crônica)	Correlação com MMPI-2 (subescalas depressão, psicastenia e introversão social); consistência interna.
Bergvik et al. (2010)	Noruega	432 (DCV)	Correlação com SCL10 (avalia ansiedade e depressão) e com WCQ-R (avalia enfrentamento); AFE; consistência interna.
Bunevicius et al. (2013)	Lituânia	543 (DCV)	Correlação com TIPI e HADS; reteste após 2 semanas; AFE; consistência interna.
Christodoulou et al. (2013)	Grécia	196 (geral e DCV)	Correlação com HADS; AF indefinida; consistência interna.
Grande et al. (2010)	Alemanha	2495 (geral)	Estudo normativo; AFC; consistência interna.
Kupper et al. (2013)	Diversos*	6222 (DCV)	Correlação com HADS, FRs e severidade de sintomas; AFC; consistência interna.
Lim et al. (2011)	Coreia	1357 (geral, DCV e HAS)	Correlação com EPQ, subescala estado do IDATE, <i>Center for Epidemiologic Studies Short Depression Scale</i> e <i>General Health Questionnaire</i> ; AFE; AFC; reteste após 8 semanas; consistência interna.

Continua

Continuação

Artigo	País(es)	Tamanho da amostra (população)	Método
Oginska-Bulik & Juczynski (2009)	Polônia	1154 (geral e DCV)	Correlação com subescalas Neuroticismo e Extroversão do NEO-FFI, <i>Positive and Negative Affect Scale</i> , <i>Perceived Stress Scale</i> e <i>Temperament Questionnaire</i> ; AFE; AFC; reteste após 3 meses; consistência interna.
Pedersen et al. (2009)	Ucrânia	250 (geral)	Correlação com subescalas Neuroticismo e Extroversão do EPQ, subescala estado do IDATE, BDI e <i>Global Mood Scale</i> ; AFE; AFC; reteste após 4 semanas; consistência interna.
Spindler et al. (2009)	Dinamarca	707 (DCV)	Correlação com subescalas Neuroticismo e Extroversão do EPQ e HADS; AFC; reteste após 3 ou 12 semanas; consistência interna.
Svansdottir et al. (2012)	Islândia	1609 (DCV)	Correlação com NEO-FFI, <i>Emotional Control Questionnaire</i> , <i>Perceived Stress Scale</i> e HADS; AFE; AFC; consistência interna.

Continua

Artigo	País(es)	Tamanho da amostra (população)	Método
Weng et al. (2013)	Taiwan	508 (geral e DCV)	Correlação com subescala traço do IDATE, BDI-II e <i>Chinese Hostility Inventory Short-Form</i> ; AFE; AFC; consistência interna.
Yu et al. (2008)	China	554 (geral e DCV)	Correlação com <i>Zung Self-Rating Depression Scale</i> , <i>Positive and Negative Affect Scales</i> , <i>Perceived Social Support Scale</i> e <i>Social Avoidance and Distress Scale</i> ; heteroavaliação por familiares na DS-14; AFE; consistência interna.
Yu et al. (2010)	China	326 (DCV)	Correlação com subescalas Neuroticismo e Extroversão do NEO-FFI, HADS e <i>Stress Symptom Checklist</i> ; AFC; reteste após 1 ou 3 meses; consistência interna.
* Dinamarca, Noruega, Suécia; Áustria, Bélgica, França, Países Baixos, Alemanha, Suíça; Itália, Portugal, Espanha+Cuba; Hungria, Polônia, Rússia, Ucrânia; Austrália, Canadá, Irlanda, Reino Unido e EUA.			
MMPI=Minnesota Multiphasic Personality Inventory; EUA=Estados Unidos da América; TIPI=Ten Item Personality Inventory; HADS=Hospital Depression and Anxiety Scale; AFE=análise fatorial exploratória; AFC=análise fatorial confirmatória; DCV=doença cardiovascular; FRs=fatores de risco; HAS=hipertensão arterial sistêmica; EPQ=Eysenck Personality Questionnaire; BDI=Beck Depression Inventory			

Quadro 1. Síntese de estudos de adaptação da DS-14

Com relação à verificação de evidências de fidedignidade, os coeficientes alfa de Cronbach destes estudos variaram entre 0,79 (Vilchinsky et al., 2012) e 0,91 (Barnett et al., 2009), para a subescala de AN, e entre 0,69 (Yu et al., 2008) e 0,91 (Spindler et al., 2009) para a subescala de IS. Dentre os que realizaram a análise de estabilidade temporal, os valores para AN variaram de 0,69 (Bunevicius et al., 2013)

a 0,85 (Pedersen et al., 2009; Spindler et al., 2009), e para IS a variação foi de 0,63 (Pedersen et al., 2009) a 0,81 (Bunevicius et al., 2013).

A frequência de detecção de PTD nas amostras estudadas, considerado o critério definido por Denollet (2005), variou de 12,5%, na amostra total analisada por Christodoulou et al. (2013), a 72,1%, na amostra cardiopata analisada por Oginska-Bulik & Juczynski (2009).

Com relação à verificação de evidências de validade por meio de análise fatorial, todos os estudos concluíram pela solução bifatorial como a mais adequada, confirmando o modelo teórico da PTD. A variância explicada pelos dois fatores (AN e IS) variou entre 46%, valor encontrado por Svansdottir et al. (2012) em estudo com amostra composta por participantes com DCV, e 61,04% na amostra DCV do estudo de Yu et al. (2008).

Ainda com relação ao estudo de validade, oito dentre estes trabalhos correlacionaram os escores das subescalas da *DS-14* com escores de instrumentos de avaliação de personalidade: três utilizaram o NEO-FFI, três o EPQ, um utilizou o MMPI-2 e outro utilizou o *Ten Item Personality Inventory* (Barnett et al., 2009; Bunevicius et al., 2013; Lim et al., 2011; Oginska-Bulik & Juczynski, 2009; Pedersen et al., 2009; Spindler et al., 2009; Svansdottir et al., 2012; Yu et al., 2010). O EPQ se baseia no modelo PEN (*Psychoticism, Extraversion e Neuroticism*) de Eysenck, enquanto o MMPI-2 é baseado em um modelo psicopatológico composto por cinco dimensões (Agressividade, Psicoticismo, Desinibição, Neuroticismo e Introversão) (Harkness, Finn, Jacob, McNulty & Shields, 2012). O NEO-FFI e o TIPI são fundamentados no modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF).

Apesar de haver controvérsias sobre sua universalidade, o modelo CGF é bastante utilizado numa variedade de contextos que se interessam pelo estudo da personalidade, seja na pesquisa ou na aplicação prática (Gurven, Von Rueden, Massenkoff, Kaplan & Vie, 2013; Nunes, Hutz & Nunes, 2010; Silva & Nakano, 2011). No Brasil, os cinco fatores do modelo são denominados Abertura a novas experiências, Extroversão, Neuroticismo, Realização e Socialização, e segundo a teoria estes fatores são amplos o bastante para descrever a estrutura da personalidade de um indivíduo (Nunes et al., 2010; Silva & Nakano, 2011). Consequentemente, também são amplos o bastante para se correlacionarem com os traços da PTD, como mostram os estudos acima. Na verdade, antes de desenvolver a *DS-14*, De Fruyt e Denollet (2002) realizaram esta análise,

demonstrando as relações entre o NEO-FFI e a DS-24 (versão intermediária entre a DS-16 e a *DS-14*). Os achados mais importantes, que se repetiram nas outras pesquisas citadas, demonstram que a subescala de Neuroticismo se correlaciona positivamente com a subescala de AN (0,74) e que a subescala de Extroversão se correlaciona negativamente com a subescala de IS (-0,61) (De Fruyt & Denollet, 2002). O conceito de Extroversão relaciona-se com a interação entre as pessoas, o quão comunicativas, assertivas, falantes, responsivas, ativas e gregárias elas são; suas facetas são nível de comunicação, altivez, assertividade e interações sociais (Nunes, 2007; Nunes & Hutz, 2006; Nunes et al., 2010). Já o Neuroticismo é composto por facetas que agrupam sintomas e tendência a depressão, ansiedade, vulnerabilidade e desajuste psicossocial; relaciona-se a sintomas e predisposição à hostilidade, agressividade, impulsividade e instabilidade emocional (Nunes et al., 2010; Zanon & Hutz, 2009).

1.4.2 Personalidade tipo D e condições de saúde diversas

Apesar do estudo da PTD ter se originado na área da Cardiologia, pesquisas também têm sido conduzidas em outras áreas da saúde.

No limiar de um diagnóstico de DCV, a síndrome metabólica ocorre quando FRs tradicionais já estão presentes: circunferência da cintura maior que 80 cm nas mulheres e maior do que 94 cm nos homens, glicemia maior do que 100mg/dl, dislipidemia e hipertensão arterial. Estudos mostram que a presença de PTD é um FR para o desenvolvimento da síndrome metabólica, independente de variáveis clínicas (como diabetes, hipercolesterolemia e antecedentes familiares para DCVs), sociodemográficas (como sexo e nível de escolaridade), de estilo de vida (como tabagismo e sedentarismo) e psicológicas (ansiedade e depressão). Comparando grupos de pessoas com e sem síndrome metabólica, a presença de PTD foi significativamente maior no primeiro (Mommersteeg, Kupper & Denollet, 2010; Tziallas et al., 2011).

Em estudo conduzido com 265 pacientes com *tinnitus* (alteração otológica que gera um ruído constante), Bartels, Pedersen, van der Laan, Staal, Albers e Middel (2010) constataram a presença de PTD em 35,5% da amostra. Concluíram

que ela foi a variável responsável por intensificar os sintomas de depressão e de ansiedade destes indivíduos, afetando, conseqüentemente, as dimensões saúde física e saúde mental de suas qualidades de vida.

Considerando que o impacto do *tinnitus* na qualidade de vida (QV) do paciente e o estresse decorrente dependem, também, da percepção que ele tem da gravidade do problema, Bartels, Middel, Pedersen, Staal e Albers (2010), realizaram um estudo transversal, comparando pessoas com *tinnitus* (265) e pessoas com outros distúrbios de nariz-ouvido-garganta (265), a fim de verificar se características de personalidade diferem entre os grupos. Encontraram que, além da PTD ser mais frequente nos pacientes com *tinnitus*, estes indivíduos também apresentam menores índices de Extroversão e de estabilidade emocional e maiores níveis de Neuroticismo. Ainda concluíram que a presença de PTD é um fator discriminativo entre paciente com *tinnitus* e outros pacientes com distúrbios de nariz-ouvido-garganta.

Por compreender que não somente o evento estressor pode ter impacto negativo, mas que também a forma de percebê-lo e enfrentá-lo pode trazer prejuízos emocionais, Kunst, Bogaerts e Winkel (2011) estudaram a relação da PTD com o transtorno de estresse pós-traumático. Eles avaliaram 189 vítimas de violência interpessoal e concluíram que pessoas com PTD têm seis vezes mais chance de desenvolver o transtorno, assim como também apresentam sintomas mais severos de estresse pós-traumático do que os não PTD.

Após avaliarem 230 pacientes com disfunção gastrointestinal, Hansel, Umar, Lunsford, Harris, Dibaise e Crowell (2010) concluíram que a PTD tem impacto negativo na percepção de QV destes indivíduos, com a IS afetando mais a dimensão saúde mental e a AN intensificando sintomas de fadiga. Resultados semelhantes foram encontrados por Shun, Hsiao, Lai, Liang, Yeh e Huang (2011) ao avaliarem 124 pacientes diagnosticados com câncer colorretal após o término do tratamento. Eles também identificaram que, nos pacientes com PTD, o impacto negativo é mais intenso: eles apresentam maiores níveis de ansiedade, depressão, estresse, sensação de fadiga e o seu prejuízo na rotina.

Estudando o impacto do câncer em pacientes pós-tratamento, Mols, Holterhues, Nijsten e Van De Poll-Franse (2010) avaliaram 562 pessoas que tiveram diagnóstico de melanoma. Pode-se dizer que a presença da PTD (22%) teve efeito bastante deletério: estes participantes apresentaram pior condição de saúde, maior

impacto de mudança corporal, mais interferência da doença e do tratamento na rotina, autoavaliação e perspectiva de vida negativas e mais preocupação com saúde.

Broström, Strömberg, Martensson, Ulander, Harder e Svanborg (2007) avaliaram 247 pacientes com síndrome da apneia obstrutiva do sono em tratamento com CPAP (*continuous positive air pressure*) a fim de analisar a relação da PTD com a adesão ao tratamento e o relato de sintomas. Encontraram que os pacientes com PTD apresentam maior frequência de relato de efeitos colaterais, além de os experienciarem com maior intensidade, o que prejudica diretamente a adesão ao tratamento. Aliás, entre os pacientes com PTD a adesão ao uso do CPAP foi significativamente menor do que nos pacientes sem PTD.

Há outros estudos que descrevem a relação da PTD com doenças crônicas, como candidíase vulvovaginal recorrente, estresse ocupacional, mal de Parkinson e dor crônica, além de ideação suicida. Todos relacionam maior intensidade de sintomas e maior impacto negativo da doença à presença de PTD, que pode prejudicar o enfrentamento adequado de uma situação já estressora (Barnett et al., 2009; Dubayova et al., 2009; Ehrström, Kornfeld & Rylander, 2007; Michal et al., 2010; Ogínska-Bulik, 2006).

1.4.3 Personalidade tipo D e doenças cardiovasculares

O estudo da PTD originou-se na área da Cardiologia, campo em que vem se desenvolvendo prolificamente. Pesquisas têm sido realizadas a fim de entender se a PTD se relaciona com as doenças do aparelho circulatório em suas múltiplas manifestações e como se dá esta interação. Também vem sendo analisado o impacto da PTD em pacientes cardiopatas submetidos a estratégias de tratamento diversas.

Com o objetivo de estudar a associação entre PTD, enfrentamento, disposição (“ânimo”) e percepção de saúde em pacientes com doença arterial coronariana, Yu, Chen, Zhang e Liu (2011) avaliaram 117 pacientes que estavam internados para realização de intervenção coronária percutânea, também conhecida como angioplastia. Consonante com estudos anteriores (De Jonge, Denollet, van

Melle, Kuyper, Honig, Schene et al., 2007; Martens, Kupper, Pedersen, Aquarius & Denollet, 2007), Yu et al. (2011) observaram que a presença de PTD não é determinada pela gravidade da doença. Foi identificada prevalência da PTD para 31,4% da amostra, sendo que estes pacientes percebiam a doença com grau de severidade maior do que os pacientes que não tinham PTD, apesar da condição de saúde ser similar, tendo uma percepção empobrecida de sua condição cardiovascular. Foi analisada a dinâmica da interação, concluindo-se que, para esta amostra, o enfrentamento inadequado da contingência de saúde mediou a relação entre PTD e autopercepção de saúde.

A fim de apresentar uma descrição das características psicológicas de pacientes submetidos a angioplastia e analisar possíveis relações com a recorrência de eventos cardíacos no intervalo de um ano, Schmidt et al. (2011) avaliaram 137 indivíduos para averiguar a presença de estresse, ansiedade, depressão e PTD. A prevalência encontrada foi alta para estresse (70%) e menor para as outras variáveis, a saber, PTD (34%), ansiedade (29%) e depressão (25%). Nenhum destes fatores esteve associado a novos eventos, mas a subescala AN isoladamente apresentou correlação positiva com novas ocorrências cardíacas. Entretanto deve-se olhar com muita cautela para estes dados, já que foi realizado em 2006, no Brasil, sem uma versão corretamente adaptada da *DS-14*.

Em estudo longitudinal, Doyle, McGee, Delaney, Motterlini e Conroy (2011) avaliaram 430 pessoas que haviam sido diagnosticadas com síndrome coronariana aguda (angina instável ou infarto agudo do miocárdio) em quatro momentos: durante a internação, três, seis e 12 meses após o evento. Encontraram que os participantes com depressão persistente tinham duas vezes mais chance de terem sido identificados como tendo PTD na primeira avaliação.

O trabalho de Skodová et al. (2011) teve por objetivo estudar o impacto de componentes psicossociais (ansiedade, depressão, PTD, exaustão vital e nível socioeconômico) na QV relacionada à saúde em indivíduos submetidos a tratamento para doença arterial coronariana (nas modalidades angioplastia, cirurgia de revascularização do miocárdio ou tratamento farmacológico). Para isso, 106 indivíduos foram avaliados em dois momentos: na realização do estudo hemodinâmico (que auxilia na tomada de decisão sobre a conduta a ser seguida) e 12 ou 24 meses após a realização do tratamento. Observaram que os pacientes submetidos a qualquer uma das três modalidades de tratamento apresentaram

melhora nos índices de QV. Entretanto, a presença de depressão, ansiedade, exaustão vital e QV medidas no primeiro momento pode ter impacto negativo, minimizando a percepção de melhora de QV após o tratamento (Skodová et al., 2011). Neste estudo a PTD não apresentou relação direta com a percepção de QV, mas outros trabalhos demonstraram que ela pode ter impacto negativo sobre as variáveis intervenientes percepção da saúde (Yu et al., 2011), exaustão vital (Von Känel et al., 2009), depressão (Martens, Smith, Winter, Denollet & Pedersen, 2008) e ansiedade (Pedersen, Theuns, Jordaens & Kupper, 2008).

Avaliando 437 pacientes com doença arterial coronariana submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio, Al-Ruzzeh et al. (2005) concluíram que a presença de PTD tinha impacto negativo na QV destes pacientes, tendo duas vezes mais chance de terem pior QV no que diz respeito à dimensão saúde física, e cinco vezes mais chance de terem pior QV no que diz respeito à dimensão saúde mental.

Indivíduos com insuficiência cardíaca crônica que apresentam PTD tendem a experienciar pior QV emocional do que os pacientes sem PTD, o que pode levar a pior evolução clínica (Pedersen, Herrmann-Lingen, De Jonge & Scherer, 2010). A fim de investigar a relação entre aspectos psicológicos (PTD e exaustão vital) e a recuperação da frequência cardíaca (FC) em indivíduos que sofrem de insuficiência cardíaca crônica, Von Känel et al. (2009) avaliaram 51 pacientes antes que participassem de programa de reabilitação cardiovascular. A redução da recuperação da FC após um minuto da cessação de exercícios físicos é um preditor de evolução clínica ruim; o índice de recuperação é obtido ao subtrair-se a FC após um minuto de repouso da FC no momento exato em que há cessação do esforço. A prevalência de PTD na amostra foi de 29%, sendo que sua maior incidência foi no grupo em que a recuperação da FC foi menor ou igual a 18 batimentos por minuto, considerado um índice ruim. Além disso, os participantes com PTD tiveram média de pontuação mais alta na avaliação de exaustão vital do que aqueles em que a PTD não estava presente.

A PTD relacionou-se com marcadores de processo inflamatório, e ambos se relacionaram independentemente com pior QV em estudo com 114 pacientes com fibrilação atrial crônica, um tipo de arritmia (Son & Song, 2012). Em pacientes com arritmia tratados com implante de dispositivo (cardioversor desfibrilador implantável), a ansiedade e preocupação com o aparelho e possíveis choques são frequentes (Gorayeb, Almeida, Camilo & Nakao, 2013; Pedersen, Theuns, Jordaens et al.,

2008). Pedersen, Theuns, Erdman e Jordaens (2008) chamam a atenção para o foco dos estudos nesta área, sugerindo que, além dos choques, deve-se observar aspectos psicológicos destes pacientes que possam intervir negativamente na evolução clínica, especialmente PTD e preocupação com o dispositivo.

Kupper, Denollet, Widdershoven e Kop (2013) avaliaram 99 pacientes com insuficiência cardíaca crônica, a fim de verificar se havia relação entre a presença de PTD e a reação hemodinâmica em situação de estresse social. Não foi encontrada diferença entre os grupos com e sem PTD no que diz respeito à variação da pressão arterial, mas os autores constataram que, nos indivíduos com PTD, a resposta da FC é significativamente reduzida. Kupper, Kessing e Denollet (2013) apontam que, em pacientes com insuficiência cardíaca crônica, a PTD está relacionada a disfunções de mecanismos biológicos como disfunção autonômica, aumento do nível de inflamação, piora de anemia, disfunção renal e elevação do estresse oxidativo. A presença de PTD também está relacionada a comportamentos de risco para saúde cardiovascular, como má adesão ao tratamento, sedentarismo e tabagismo (Kupper, Kessing et al., 2013)

Ao acompanharem, por cerca de cinco anos, 51 pacientes com DCVs graves que foram submetidos a transplante cardíaco, Denollet, Holmes, Vrints e Conraads (2007) observaram que pacientes com PTD morreram quatro vezes mais do que os pacientes sem PTD após o procedimento, assim como apresentaram maiores índices de rejeição do enxerto, concluindo que a presença de PTD é um preditor independente de evolução desfavorável para pacientes submetidos a transplante cardíaco. Aquarius, Smolderen, Hamming, DeVries, Vriens e Denollet (2009) também realizaram estudo longitudinal, acompanhando por cerca de quatro anos 184 pacientes com diagnóstico de doença arterial periférica. Pacientes com PTD apresentaram mais do que três vezes mais chance de morrer durante o período de seguimento do que pacientes sem PTD.

Um possível valor prognóstico da PTD nestes casos chegou a ser considerado, mas este ponto, especificamente, vem sendo questionado devido ao fato de estudos que tiveram peso nesta conclusão terem sido reproduzidas dentro do mesmo grupo de pesquisa, com transparência parcial no delineamento dos estudos e nas estratégias de análise, uso de amostras consideradas pequenas e indisponibilidade de dados relevantes (Coyne & De Voogd, 2012; Ioannidis, 2012).

Apesar disto, o construto PTD vem se mostrando um importante fator a ser considerado e estudado na área da saúde, em especial no estabelecimento e evolução de doenças crônicas. Para isso, é importante que haja instrumentos com características psicométricas e linguagem adequadas para uso com a população brasileira, a fim de se produzir dados que sejam fonte de informação, compreensão e intervenção.

1.5 Justificativa

A *DS-14* tem demonstrado evidências de ser um instrumento válido, preciso, estável e de rápida aplicação. Sua aplicação em pessoas com DCV tem sido útil para identificar indivíduos que apresentam chance de maior exposição a outros FRs. Como já foi citado anteriormente, é importante identificar pessoas mais vulneráveis nesta população, para que se possa intervir o mais rápido possível. Além disso, o estudo da PTD é relevante para aperfeiçoarmos a compreensão do construto e sua dinâmica, a fim de desenvolvermos técnicas de intervenção e de tratamento eficazes para este grupo de risco.

É necessária a criação e/ou adaptação para a população brasileira de instrumentos de avaliação em saúde, cujas propriedades psicométricas sejam bem avaliadas e adequadas ao uso. Portanto, é importante a realização de um estudo de adaptação da *DS-14* para a população brasileira, visando sua utilização em pesquisas que tragam conhecimento científico, a fim de aprimorar a prática em Psicologia da Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Realizar a adaptação da *DS-14* para a língua portuguesa utilizada no Brasil.

2.2 Específicos

- Realizar a tradução e a adaptação cultural da *DS-14* para a língua portuguesa utilizada no Brasil;
- Verificar as propriedades psicométricas da versão em português da *DS-14* no que diz respeito às suas características de confiabilidade e validade;
- Comparar como a PTD se manifesta em pessoas com e sem DCV.

3 MÉTODO

Visando atender aos objetivos propostos, este estudo foi dividido em duas fases, apresentando os delineamentos transversal, longitudinal e de comparação entre grupos. Na Fase 1 foi realizado o estudo metodológico de tradução e adaptação cultural da DS-14, que foi submetida a teste piloto para maior adequação à população-alvo. Na Fase 2 foram realizados o estudo psicométrico, tendo por objetivos avaliar as características de confiabilidade e de validade da DS-14, e o estudo comparativo da expressão da PTD entre grupos com e sem DCV.

Primeiramente serão apresentados os aspectos gerais do estudo. Em seguida, serão descritas cada uma das fases.

3.1 Aspectos éticos

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), sob o processo número 2317/2011 (ANEXO A). Os participantes foram incluídos no estudo somente mediante interesse pessoal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), elaborado segundo as orientações da Resolução 196⁴ do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/96) para pesquisa com seres humanos.

Devido ao fato de a instituição em que foi realizado o estudo ser pública e atender a um grande número de usuários com baixo nível de escolaridade, a linguagem empregada pela pesquisadora no contato com os participantes foi ajustada para evitar dificuldades de compreensão. Quando identificada a necessidade de atendimento psicológico para qualquer dos participantes, este foi acolhido e encaminhado pela pesquisadora para serviços especializados. Desta forma, dois pacientes foram atendidos pela própria psicóloga responsável pela pesquisa, pois suas demandas eram diretamente relacionadas à cardiopatia e ao

⁴ Resolução vigente no período em que o projeto foi submetido e analisado pelo Comitê de Ética. A resolução 466/12 passou a vigorar em junho de 2013.

tratamento. Outros dois foram encaminhados para atendimento psicológico em clínicas escola e/ou Unidades Básicas de Saúde de suas cidades.

3.2 Autorização do autor

Foi solicitada e obtida, via correspondência eletrônica (ANEXO B), a autorização do autor da escala, Johan Denollet, Ph. D. da *Tilburg University, School of Social and Behavioral Sciences*, Países Baixos, para a realização do presente estudo.

3.3 Local

O estudo foi desenvolvido no HCFMRP-USP. As entrevistas piloto para teste da DS-14 foram feitas no saguão de entrada de visitantes de pacientes internados no HCFMRP-USP. Os participantes eram convidados a se sentar em um banco ou cadeira em área afastada da concentração de pessoas que aguardavam o horário de entrada para visita, a fim de resguardar a privacidade da entrevista.

A aplicação do protocolo de avaliação do segundo estudo, com poucas exceções, foi realizada em salas do Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP: sala de aula e Laboratório de Psicologia da Saúde, sendo ambas adequadas para avaliação em grupo. Algumas avaliações individuais foram realizadas em salas de espera dos ambulatórios, enquanto o participante aguardava ser chamado para consulta. Nestas ocasiões, procurou-se um local com menos tumulto e aglomeração para que o sujeito tivesse alguma privacidade, a fim de preservar o sigilo e minimizar possíveis interferências externas. Um participante foi entrevistado durante a sessão de hemodiálise, pois se avaliou junto ao psicólogo responsável pela Nefrologia que o paciente estava acostumado ao procedimento e emocionalmente estável com relação à aceitação da doença, portanto estes aspectos não iriam interferir no resultado da avaliação.

3.4 Materiais e instrumentos

Foram utilizadas canetas, cadeiras e mesa/pranchetas. Para projeção de slides foi utilizado projetor multimídia (modelo Epson PowerLite) ou televisão (modelo LG *Full HD* 42" LE 4300).

DS-14 (ANEXO C)

Versão original da escala, elaborada em inglês. Consta de 14 afirmativas (sete referentes à subescala de AN e sete referentes à subescala de IS) cujas alternativas de resposta estão distribuídas em escala do tipo Likert que vai de zero (*"False"*) a quatro (*"True"*). Os escores de cada subescala variam de zero, pontuação mínima, a 28, pontuação máxima. Para a subescala AN, somam-se as respostas dos itens 2, 4, 5, 7, 9, 12 e 13. Os itens 1 e 3 têm pontuação invertida, somando-se às respostas aos itens 6, 8, 10, 11 e 14, para o resultado da subescala de IS. A presença de PTD é confirmada quando o resultado em ambas as subescalas é maior ou igual a 10.

Roteiro de tradução (APÊNDICE B)

Utilizado na primeira etapa do estudo, elaborado pela pesquisadora, consta de identificação do tradutor (nome, se é o tradutor 1 ou 2 e se está ou não ciente do conceito estudado; estes aspectos serão elucidados no próximo tópico) e uma tabela onde em cada linha há uma frase, em inglês, da *DS-14*, e na coluna ao lado há uma célula em branco para que o tradutor escreva sua versão, em português.

Roteiro de retrotradução (APÊNDICE C)

Semelhante ao roteiro anterior. O retrotradutor também se identifica (nome, se retrotradutor 1 ou 2 e qual o seu país natal). Na tabela, a primeira coluna contém um

enunciado da versão T1-2 em cada linha. A célula ao lado tem o espaço em branco para que o retrotradutor coloque sua sugestão de retrotradução para o inglês.

DS-14

Versões semifinal (APÊNDICE D) e final (APÊNDICE E) da escala, em português utilizado no Brasil, após os processos de tradução e adaptação cultural, respectivamente antes e durante os testes piloto. Da mesma forma que a versão original, é composta por 14 afirmativas, divididas entre as subescalas de AN e IS, cujas alternativas de respostas variam em escala Likert de zero (“Falso”) a quatro (“Verdadeiro”). Ambas as versões contam com uma pequena tabela, antes das orientações da DS-14, a ser preenchida pelos participantes com alguns dados sociodemográficos (sexo – com as opções “F”, para pessoas do sexo feminino, e “M”, sexo masculino –, idade, anos de estudo e/ou escolaridade, renda familiar aproximada/pessoas e grupo – se tem ou não algum problema de saúde e qual). Para o estudo de propriedades psicométricas foi utilizada a versão final da DS-14, sendo que a tabela sociodemográfica teve uma pequena alteração no item “Grupo”, apresentando as opções “C” (cardiopata) e “N” (não cardiopata) a serem assinaladas. Para o reteste também foi utilizada a versão final, tendo sido excluída a tabela de dados sociodemográficos visto que estes já haviam sido preenchidos na avaliação anterior. A cotação é feita seguindo as mesmas orientações da versão original da escala.

Bateria Fatorial de Personalidade (BFP)

Material construído por Nunes et al. (2010), editado e comercializado pela Casa do Psicólogo e aprovado para uso pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos do Conselho Federal de Psicologia (SATEPSI, 2010). É composto por 126 afirmativas que se distribuem em cinco subescalas: Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e Abertura para novas experiências, que avaliam a personalidade a partir do modelo dos CGF. As alternativas de resposta variam em escala Likert de sete pontos entre “Descreve-me muito mal” (um) e “Descreve-me

muito bem” (sete). A BFP apresenta qualidades psicométricas adequadas para uso: entre outros, foi realizado estudo de dimensionalidade da bateria, em que análises fatoriais exploratórias confirmaram a solução com cinco fatores como a mais adequada, demonstrando evidência de validade. Na análise de consistência interna pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, as subfacetas que compõem cada uma das cinco dimensões apresentaram coeficientes que variaram de 0,57 a 0,89 (Nunes et al., 2010).

No Brasil, os instrumentos disponíveis e autorizados pelo SATEPSI para avaliação de personalidade no modelo dos CGF são a BFP, o NEO PI-R e sua versão reduzida, o NEO FFI-R (SATEPSI, 2010). Todos podem ser aplicados em grupo ou individualmente, entretanto as duas versões do NEO-R têm limite de idade, podendo ser utilizadas em indivíduos com até 60 anos (Vetor Editora, 2013). Já a BFP pode ser aplicada em adolescentes e adultos, sem limites de faixa etária (Nunes et al., 2010). Sua utilização foi considerada mais adequada para este estudo, já que também foram avaliados indivíduos de 60 a 69 anos de idade, faixa etária que abrange parcela importante da população de interesse do presente estudo.

A aplicação foi adaptada para uso na coleta de dados, de forma a facilitar a visualização e compreensão dos itens pelos participantes, principalmente nas avaliações em grupo. Assim, criou-se uma apresentação de slides no Microsoft Office PowerPoint 2007, em que cada slide contém um enunciado e o gráfico que ilustra as alternativas de resposta, como exemplo mostrado na Figura 2. Também foi produzida uma folha de registro das respostas (APÊNDICE F) baseada no material de aplicação original, contendo as instruções de preenchimento e uma tabela com seis pares de colunas, em que a coluna à esquerda identifica o número do item a ser respondido e a coluna à direita tem uma célula em branco, espaço onde deve ser anotado o número da resposta.

Figura 2. Exemplo de slide elaborado para aplicação da Bateria Fatorial de Personalidade

3.5 Fase 1: Procedimentos para tradução e adaptação cultural

A primeira fase do estudo baseou-se nas recomendações elaboradas por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000, 2002) para a *American Academy of Orthopaedic Surgeons* e o *Institute of Work and Health*, tendo sido realizados alguns ajustes para adaptação às contingências desta pesquisa.

A tradução da escala original (em inglês) para o português foi feita por dois tradutores amadores (T1 e T2), independentes, cuja língua mãe é o português falado no Brasil, fluentes na língua inglesa (ambos tiveram a experiência de residir em países cuja língua oficial é o inglês). A primeira tradutora (T1) é psicóloga clínica há mais de 20 anos, tendo experiência tanto na área da saúde como em psicomетria. Realizou sua tradução estando ciente dos objetivos do estudo e do instrumento. O segundo tradutor (T2) é advogado, leigo na área da saúde, e não foi informado a respeito dos objetivos da escala para elaborar sua tradução. Ambos receberam o roteiro de tradução, no qual constavam a identificação do tradutor e cada frase original da *DS-14*, tendo ao seu lado espaço para tradução.

A síntese das traduções foi realizada na presença de um terceiro membro, mediador da discussão. Esta função foi exercida pelo orientador deste estudo, fluente em inglês e ciente dos conceitos e dos objetivos da escala. Chegou-se a uma versão consensual em português, identificada como versão T1-2.

Para a retrotradução (português-inglês) da versão T1-2, participaram dois tradutores (RT1 e RT2) cuja língua mãe é o inglês, fluentes em português, leigos na área da saúde e que não conheciam a versão original do instrumento para realizar suas traduções. Eles também receberam um roteiro em que deviam se identificar e, ao lado de cada frase da versão T1-2, havia um espaço para traduzi-la para o inglês.

Beaton et al. (2000, 2002) sugerem a formação de um comitê de especialistas bilíngues composto por um profissional de saúde, um linguista, um metodologista, os tradutores envolvidos no estudo (T1, T2, RT1 e RT2) e o pesquisador responsável, a fim de desenvolver a versão semifinal da escala em português a partir de todas as versões obtidas até então. Este comitê deve deliberar quanto às decisões referentes à equivalência semântica (equivalência gramatical e de vocabulário), equivalência idiomática (contemplar o sentido de uma expressão coloquial), equivalência cultural (coerência dos termos e expressões com a cultura da população a qual se destina) e equivalência conceitual (adequação de conceito aos termos e palavras utilizados) (Cicconelli, 1997, p. 131, citado por Pedroso, Oliveira, Araújo & Moraes, 2004).

Devido à dificuldade para encontrar um momento em que todos os colaboradores pudessem estar presentes para discussão e síntese das versões, esta etapa do estudo foi modificada. Uma linguista teve acesso, por meio eletrônico, a todas as versões produzidas até então (T1, T2, T1-2, RT1 e RT2) e, a partir da análise delas, chegou a uma nova versão em português (L1).

Com as versões T1-2, RT1, RT2 e L1 em mãos e levando em consideração todas as sugestões propostas pelos colaboradores, a pesquisadora e o orientador do estudo chegaram à versão semifinal da *DS-14* em português, identificada, a partir de então, como *DS-14*. Embora não tenha havido reunião presencial do comitê de especialistas, tanto a síntese da T1-2 como a obtenção da *DS-14* foram guiadas pela busca de equivalência semântica, cultural, conceitual e idiomática. Além disso, para todos os adjetivos biformes (aqueles que apresentam uma forma para o masculino e outra para o feminino) optou-se por apresentar a opção de flexão de gênero com o acréscimo da desinência “a” entre parênteses ao fim do termo qualificador, a fim de contemplar os respondentes de ambos os sexos, dada a possibilidade desta variável interferir na identificação de adjetivos enquanto autodescritores em função do sexo dos respondentes (Natividade, Barros & Hutz, 2012).

3.5.1 Participantes

Para avaliar a compreensão da DS-14 e sua adequação à população-alvo, foram entrevistados 40 visitantes de pacientes internados no HCFMRP-USP. Sem contato ou agendamento prévio, a pesquisadora ia à portaria de visitantes e os abordava arbitrariamente. Dentre as pessoas convidadas, cerca de 70% aceitaram participar. Aqueles que recusaram alegaram, principalmente, pressa e compromissos com horários. Participaram do estudo aqueles que aceitavam o convite espontaneamente, mediante explicação, leitura e assinatura do TCLE.

Critério de inclusão

- Ter idade igual ou superior a 18 anos.

Critério de exclusão

- Apresentar alguma patologia ou deficiência que impossibilitasse a compreensão do instrumento e/ou das orientações dadas pela pesquisadora.

A possível presença de critério de exclusão era avaliada pela pesquisadora no início ou durante a entrevista. Nenhum dos participantes precisou ser excluído.

3.5.2 Teste piloto

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora no período entre julho de 2011 e setembro de 2012. Os visitantes eram abordados aleatoriamente e os objetivos do estudo e da entrevista eram explicados, sendo feito o convite para participação. A partir do aceite, era lido, explicado e assinado o TCLE.

A entrevista era individual e conduzida pela pesquisadora, independente do nível de escolaridade do participante. Inicialmente eram colhidas informações de identificação e sociodemográficas (nome, data da aplicação, sexo, idade, anos de estudo, renda *per capita* e se o participante tinha algum problema de saúde). A pesquisadora lia em voz alta a orientação e os enunciados e o participante era

questionado, a cada frase lida, se havia compreendido o trecho, se tinha alguma dúvida ou sugestão de alteração. Ao final da aplicação, mais uma vez era perguntado se havia qualquer dúvida, sugestão ou comentário com relação à clareza e compreensão da DS-14.

A partir da vigésima segunda aplicação, quando algumas dificuldades específicas de compreensão já eram evidentes, a pesquisadora foi mais diretiva ao questionar se aquela determinada palavra ou expressão havia gerado dificuldade de compreensão.

Após a realização de 30 entrevistas foi realizada discussão com o orientador, na qual se estabeleceu o critério de que palavras ou expressões seriam alteradas diante da apresentação de dúvidas por três ou mais participantes (pelo menos 10% da amostra). Desta forma, foram realizadas algumas modificações, obtendo-se uma nova versão da DS-14 a ser testada.

Para esta nova versão o piloto foi realizado com dez participantes. A inclusão de participantes e a entrevista seguiram os mesmos procedimentos descritos para o primeiro teste, com a diferença que a pesquisadora não mais era diretiva ao questionar sobre dificuldades de compreensão. Ao fim de cada enunciado lido em voz alta e ao fim da aplicação, o participante era questionado se havia compreendido e se tinha alguma dúvida ou sugestão. Como apenas um participante teve dúvida na compreensão de um item, esta foi considerada a versão final da DS-14, utilizada no estudo de propriedades psicométricas.

A Figura 3 ilustra o procedimento da Fase 1, apresentando como exemplo as versões elaboradas para o item 7 da *DS-14* ao longo deste processo.

Figura 3. Exemplo do processo da Fase 1

3.6 Fase 2: Procedimentos para verificação de propriedades psicométricas e comparação entre grupos

Nesta etapa do trabalho foi realizado o estudo de verificação de propriedades psicométricas da DS-14 e comparação da expressão da PTD entre grupos de participantes com e sem cardiopatia.

Para verificação de evidências de validade foi realizada correlação entre os escores das subescalas da DS-14 com os escores das subescalas da BFP, além de

análise fatorial exploratória. Para verificação de evidências de fidedignidade foram realizadas análise de consistência interna e correlação teste-reteste. A presença de PTD foi comparada entre os grupos, além das médias dos escores nas subescalas da DS-14.

3.6.1 Participantes

Por conveniência, os participantes do estudo foram recrutados entre os frequentadores do HCFMRP-USP (pacientes, acompanhantes, funcionários e alunos). Foram incluídos aqueles que aceitaram participar do estudo espontaneamente, mediante explicação, leitura e assinatura do TCLE. Fatores que pudessem interferir na compreensão dos instrumentos e/ou no resultado da avaliação, tais como déficits cognitivos, transtornos psiquiátricos, realização de procedimentos física e/ou emocionalmente exaustivos, foram considerados a fim de se conseguir algum controle de possíveis variáveis de confundimento.

Critério de inclusão

- Ter entre 20 e 69 anos de idade.

Critérios de exclusão

- Apresentar alguma patologia ou deficiência que impossibilitasse a compreensão das orientações;
- Fazer acompanhamento em ambulatórios da Neurologia, com exceção da Cefaleia;
- Fazer acompanhamento em ambulatórios da Psiquiatria;
- Realizar tratamento quimioterápico e/ou radioterápico.

Os critérios de exclusão eram verificados antes ou no momento do convite para participação na pesquisa. Apenas os dados de um participante foram excluídos após a avaliação, pois durante sua realização percebeu-se que ele tinha certo grau de déficit cognitivo que poderia afetar suas respostas aos instrumentos.

Os participantes foram acessados por busca ativa, realizada de diversas formas:

- Pacientes cardiopatas acompanhados na Cardiologia foram identificados pelas agendas dos ambulatórios em que são atendidos através de acesso pelo cadastro informatizado do hospital (Sistema Integrado de Informação Hospitalar versão 2.00.050). Assim, foi possível saber o dia e horário em que o paciente estaria presente no hospital. Foi realizado contato telefônico com o paciente, sempre que possível, ou deixado recado, explicando o motivo do contato e convidando para participação na pesquisa. Quando aceitaram, foi marcado dia e horário, de preferência coincidindo com o dia em que o paciente já tivesse que ir ao hospital, para que comparecesse ao Serviço de Psicologia. Acompanhantes que se enquadraram nos critérios também foram convidados a participar;

- Pacientes não cardiopatas também foram identificados pelo sistema informatizado do hospital, sendo triados de acordo com sexo, faixa etária e nível de escolaridade (informações disponíveis na ficha cadastral do paciente). Verificou-se em quais ambulatórios e especialidades o paciente era seguido no HCFMRP, a fim de excluir aqueles acompanhados pela Cardiologia ou outras especialidades passíveis de exclusão (Neurologia, Psiquiatria, Quimioterapia, Radioterapia). Ainda assim esta informação, juntamente à informação sobre o nível de escolaridade, também foi verificada no contato telefônico, realizado da mesma forma que o contato com os pacientes cardiopatas descrito acima;

- Contato pessoal realizado nas salas de espera dos ambulatórios, cantinas, saguões de visitas e de acompanhantes de pacientes em procedimentos cirúrgicos. Nestas ocasiões, em vias de encerrar a coleta, as características dos participantes necessários eram bastante específicas, portanto foi levada em consideração a aparência do candidato (para critérios sexo e faixa etária) como uma pré-triagem. Ao identificar um possível participante, este foi abordado pela pesquisadora que se apresentou e explicou o motivo do contato. Em seguida foram verificadas as informações pessoais relevantes (idade, nível de escolaridade e ausência de DCV, já que neste momento a coleta da amostra de cardiopatas já havia sido encerrada). Quando o sujeito não se encaixava no perfil necessário, esta informação foi dada seguida de agradecimento pela atenção. Quando se encaixava, foram fornecidas maiores explicações sobre a pesquisa e feito o convite para participação voluntária naquele momento e local;

- Após autorização da direção do HCFMRP (ANEXOS D e E), frequentadores do hospital foram convidados por meio de cartazes distribuídos em murais espalhados pelo hospital (APÊNDICE G), visitas da pesquisadora ao setor de trabalho sob autorização da chefia e contato realizado pessoalmente pela pesquisadora no refeitório dos funcionários. Aqueles atraídos pelo cartaz entraram em contato com a pesquisadora pelo número de telefone do Serviço de Psicologia (informado no cartaz), agendando dia e horário para a avaliação. Funcionários contatados pessoalmente pela pesquisadora foram imediatamente agendados para a coleta;
- Funcionários do HCFMRP e funcionários e alunos da FMRP-USP também foram contatados por correio eletrônico. Além do convite e explicação do objetivo da pesquisa, foram informados o telefone e *e-mail* de contato com a pesquisadora para que fosse agendada a avaliação.

Nas duas primeiras situações, eram inicialmente identificados cerca de três mil pacientes, a partir dos quais os potenciais participantes eram triados de acordo com os dados disponíveis no sistema (idade, sexo, nível de escolaridade e possíveis condições de saúde) e os critérios para inclusão no estudo (se seguido ou não na Cardiologia ou em ambulatórios classificados nos critérios de exclusão, idade, sexo e nível de escolaridade).

O número de participantes foi inicialmente definido de acordo com as recomendações de Pasquali (2004), que sugere a proporção de dez sujeitos para cada item do instrumento. Assim, a amostra seria composta por 140 participantes. Para contemplar o objetivo de comparar a expressão da PTD entre pessoas com e sem DCV, a amostra foi dividida em dois grupos iguais, somando 70 participantes em cada um, que a partir de agora serão nomeados como Grupo DCV (participantes com DCV) e Grupo SDCV (participantes sem DCV).

A fim de obter uma amostra representativa da população geral e da população cardiopata da cidade de Ribeirão Preto, foi realizada a estratificação proporcional. No caso da amostra com indivíduos cardiopatas, Grupo DCV, as informações foram obtidas na página virtual do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Para cada estrato, foram selecionados o sexo e a faixa etária (20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 a 69 anos) necessários. Foi calculada a proporção de cada estrato com relação à população

total (homens e mulheres moradores de Ribeirão Preto, de 20 a 69 anos, internados no município em julho de 2012 por doenças do aparelho circulatório) e foi calculada a quantidade proporcional para uma amostra de 70 pessoas. Para a população cardiopata não há dados disponíveis sobre o nível instrucional, por isso esta informação não foi considerada.

Para a amostra de indivíduos não cardiopatas, Grupo SDCV, foram tomados como referência os dados disponibilizados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foi realizada a estratificação de acordo com a distribuição do Censo 2010 levando-se em consideração os critérios sexo, faixa etária e nível de escolaridade. Assim como para a amostra anterior, foi feito o cálculo da proporção de cada estrato com relação à população total (homens e mulheres, nos diversos níveis de escolaridade, de 20 a 69 anos, residentes em Ribeirão Preto no ano de 2010) e foi calculada a quantidade proporcional de cada estrato para uma amostra de 70 pessoas.

A Tabela 1 e a Tabela 2 apresentam, respectivamente, a estratificação do Grupo DCV e do Grupo SDCV.

Tabela 1 - Estratificação do Grupo DCV a partir do número de pessoas internadas em Ribeirão Preto, em julho de 2012, por doenças do aparelho circulatório (n=70)

GRUPO DCV		
Faixa etária (anos)	Sexo	
	Feminino	Masculino
20-29	1	2
30-39	5	3
40-49	7	4
50-59	8	12
60-69	13	15
TOTAL	34	36

DCV=doenças cardiovasculares

Tabela 2 - Estratificação do Grupo SDCV a partir da população total residente em Ribeirão Preto (n=70)

GRUPO SDCV										
Anos de estudo / Escolaridade	Faixa etária (anos) e sexo									
	20-29		30-39		40-49		50-59		60-69	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
0 – 7	4	4	3	3	3	3	2	2	1	1
8 – 11	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
12 – ESI	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1
ESC ou mais	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0
TOTAL	11	11	9	7	7	7	6	5	4	3

SDCV=sem doenças cardiovasculares; ESI=Ensino Superior Incompleto; ESC=Ensino Superior Completo; Fem.=Feminino; Masc.=Masculino

Destes 140 participantes, foram sorteados 70, dos quais 44 compareceram para reaplicação da DS-14 após cerca de três meses. Além disso, foram realizadas mais 44 avaliações excedentes que correspondiam a categorias já preenchidas da estratificação proporcional. Ao término da etapa de coleta de dados, tomou-se a decisão de não descartar estes protocolos, acrescentando-os aos estudos de verificação de evidências de validade (análise fatorial exploratória), de fidedignidade (consistência interna) e comparação.

Assim, a distribuição dos participantes de acordo com o aspecto analisado se deu conforme mostra a Figura 4.

PTD=Personalidade tipo D; DCV=Doença cardiovascular; SDCV=Sem doença cardiovascular; BFP=Bateria Fatorial de Personalidade

Figura 4. Distribuição dos participantes da Fase 2 de acordo com o aspecto analisado (n=184)

3.6.2 Coleta de dados

As aplicações da avaliação da Fase 2 foram coletivas sempre que possível, sendo que todos os enunciados foram lidos em voz alta pela pesquisadora, mas respondidos individualmente pelos participantes. A pesquisadora conduziu todos os encontros, que se iniciaram pela sua apresentação e confirmação do objetivo da pesquisa e do interesse dos presentes em participar. Os voluntários receberam o protocolo de avaliação, composto por duas cópias do TCLE (sendo uma para o participante, avulsa, e outra para arquivo da pesquisa, grampeada junto às outras folhas), DS-14 e folha de resposta da BFP, nesta ordem, e uma caneta. Quando a avaliação foi realizada no Laboratório de Psicologia da Saúde ou em sala de espera, também foram entregues pranchetas para apoio.

Quando o participante era analfabeto ou tinha qualquer dificuldade que o impedisse de registrar suas respostas, isto foi feito pela pesquisadora ou por alguma psicóloga colaboradora, no caso de mais de um participante necessitar de auxílio. Esta colaboradora tinha conhecimento dos objetivos da pesquisa e não interferiu nas respostas ou na aplicação da avaliação, apenas registrou o que o participante solicitava. Com exceção destas situações, ficaram presentes na sala apenas a pesquisadora e os participantes.

O TCLE foi lido e explicado pela pesquisadora, que, a partir da confirmação do aceite em participar, solicitou o preenchimento de nome, número do documento de identidade, data da realização da avaliação e assinatura do participante. Após todos preencherem o TCLE, passou-se à segunda folha do protocolo, que continha dados de identificação e sociodemográficos e a DS-14 propriamente dita. A presença ou não de cardiopatia foi informada pelo próprio participante, sendo verificada posteriormente pela pesquisadora no sistema informatizado do hospital. Assim, além dos pacientes convidados a partir dos ambulatórios da Cardiologia, tanto os acompanhantes como os funcionários do hospital e pacientes oriundos de outras clínicas também puderam se encaixar nesta categoria. Dos 80 participantes que alegaram ser cardiopatas, 75 eram seguidos em ambulatórios de Cardiologia do HCFMRP; os outros cinco eram acompanhantes e funcionários que faziam tratamento em outros serviços.

As instruções da DS-14 foram lidas pela pesquisadora em voz alta e pausadamente, sendo enfatizada a importância da sinceridade nas respostas. Cada enunciado foi lido, aguardando-se até que todos os presentes tivessem respondido antes de passar para o enunciado seguinte. Ao fim desta etapa, foi solicitado que os participantes conferissem as respostas para evitar que marcassem mais de uma resposta na mesma linha ou que deixassem algum item sem responder.

Ao encerrar a aplicação da DS-14, a televisão ou projetor foi ligado para apresentação dos slides de aplicação da BFP. Na terceira e última folha do protocolo foram lidas as instruções para registro de respostas e explicado o procedimento para os participantes. Slide a slide, os enunciados foram lidos e explicados quando os voluntários solicitaram ou a pesquisadora percebeu qualquer dificuldade de compreensão. As opções de resposta também foram esclarecidas quando os participantes apresentaram dúvidas. Todas as dúvidas apresentadas com relação à avaliação ou à pesquisa foram prontamente esclarecidas pela pesquisadora.

A coleta de dados ocorreu no período entre outubro de 2012 e outubro de 2013. Foram realizadas 75 sessões de avaliação, com duração média de 70,5 minutos ($DP=25,4$), sendo que a mais rápida durou 25 minutos e as mais demoradas, 120, tendo a presença de 2,5 participantes por sessão, em média ($DP=1,5$), sendo que cada sessão teve no mínimo um participante e no máximo seis.

3.6.2.1 Correção dos instrumentos

As respostas aos instrumentos foram sistematizadas de acordo com as normas estabelecidas pelos autores (Denollet, 2005; Nunes et al., 2010). Foram criadas planilhas com fórmulas para a cotação correta de cada subescala, para cada instrumento utilizado.

3.6.3 Reteste

Na leitura do TCLE, durante a primeira avaliação, os participantes foram informados sobre a possibilidade de serem sorteados para responderem novamente à DS-14 após cerca de 90 dias da primeira aplicação. Foi enfatizada a questão da aleatoriedade, a fim de evitar que os participantes se preocupassem com o fato de serem ou não convidados a participar novamente.

Para realização do sorteio, foi acessada a página virtual *random.org*. Foi selecionado o item “Numbers” e depois o item “Sequence”, para acessar a função geradora de sequência aleatória. Para executar esta função, foram inseridos o menor valor (um) e o maior valor (140), que seria o número inicial de participantes.

A sequência foi copiada e colada como coluna em uma planilha. Foi definido pela pesquisadora que os números de 1 a 70 seriam considerados os participantes sem cardiopatia, sendo então os de 71 a 140 os cardiopatas. As 70 primeiras células identificadas aleatoriamente foram consideradas como os participantes sorteados para o reteste. Determinou-se que haveria uma flexibilidade de 30 dias, para mais e para menos, na definição do intervalo de 90 dias entre as aplicações. Dada a

dificuldade de fazer contato com e/ou agendar alguns participantes dentro do período estabelecido, foi-se ampliando o sorteio: o sorteado que não pôde ser reavaliado foi substituído pelo sorteado seguinte. Assim, preservou-se a randomização da reavaliação sem interferir tanto no intervalo teste-reteste.

Ao identificar o participante como sorteado, foi calculado o intervalo de 90 dias entre as avaliações e registrada a data da nova avaliação. O intervalo médio entre as avaliações foi de 96 dias ($DP=1,65$). Quando o sorteado era paciente ou acompanhante de paciente do hospital, foi verificado no sistema informatizado se ele tinha alguma consulta ou exame agendado em data próxima à necessária. Foi feito contato telefônico com o participante para agendamento da sessão de reavaliação, sendo novamente explicada a arbitrariedade desta. Na ocasião agendada, a DS-14 foi aplicada pela pesquisadora em salas de atendimento individual do Serviço de Psicologia.

O voluntário foi recebido pela pesquisadora e encaminhado à sala reservada, onde foram retomados o objetivo da pesquisa e o caráter voluntário da participação. O participante foi identificado na folha de aplicação, assim como a data do reteste. Os enunciados foram lidos em voz alta pela pesquisadora, que preencheu as respostas de acordo com a indicação do participante. No período de janeiro a setembro de 2013 foram realizadas 44 reavaliações, que tiveram cerca de dez minutos de duração.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada a análise descritiva dos dados sociodemográficos dos participantes (sexo, idade, anos de estudo e renda *per capita*), com cálculo das médias e desvios padrão (DP) (ou mediana e intervalo interquartil [IIQ], quando estes foram considerados mais representativos).

As informações sobre presença de problemas de saúde e dúvidas e/ou sugestões quanto à compreensão da DS-14, coletadas na Fase 1, foram elencadas e analisadas quanto à sua frequência de ocorrência.

A análise estatística foi realizada tendo por referência as recomendações de Costello e Osborne (2005), Damásio (2012), Dancey e Reidy (2006), Gorsuch (1983) e Miles e Shevlin (2001).

Os dados da Fase 2 foram avaliados quanto à sua distribuição para posterior decisão quanto ao tipo de teste a ser realizado. Para isso, foram usados os valores de assimetria como parâmetro para determinação da normalidade da distribuição. De acordo com Miles e Shevlin (2001), os valores de assimetria menores do que 2,0 são aceitáveis, podendo-se considerar que a distribuição está bem próxima da normalidade. Dentre os dados do estudo, somente os valores de renda *per capita* não contemplavam este critério, apresentando o valor de 5,98, sendo utilizado teste não paramétrico para análise desta variável. Na análise de variáveis categóricas (sexo e presença de PTD) também foi utilizado teste não paramétrico. Para todas as outras variáveis foram usados testes paramétricos, já que as distribuições puderam ser consideradas normais a partir dos valores de assimetria. Para todos os cálculos foi adotado o valor de $p < 0,05$ para tomada de decisão sobre a significância do resultado.

Para a verificação de evidências de validade, foram analisadas as correlações entre os escores das subescalas da DS-14 e os escores das subescalas da BFP com cálculo do coeficiente de correlação de Pearson. A amostra foi considerada adequada para a realização de análise fatorial, apresentando índice de Kaiser-Meyer-Olkin superior a 0,60 ($KMO=0,84$) e esfericidade de Bartlett significativa ($\chi^2=754,34$, $p < 0,05$). Então, foi realizada análise fatorial exploratória, tendo como método de extração a máxima verossimilhança (*maximum likelihood*), pois a

distribuição desta amostra foi considerada normal, com rotação oblíqua *direct oblimin*.

A análise fatorial é uma técnica estatística multivariada que analisa se um número maior de variáveis se correlaciona de forma a se agrupar por ter características latentes comuns (os chamados fatores). Ao se realizar uma análise fatorial, pretende-se, a partir de um grande número de variáveis, chegar aos fatores que as agrupam em número menor, formando conjuntos de variáveis que se correlacionam entre si (Costello & Osborne, 2005; Dancey & Reidy, 2006; Damásio, 2012; Pasquali, 2004). Comparando, é como se os itens de uma escala fossem o equivalente a comportamentos e o fator fosse a classe de respostas, o componente comum àqueles comportamentos, o traço latente que os origina.

No estudo das características de confiabilidade foram analisadas a consistência interna das subescalas de AN e IS por meio do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach e a correlação teste-reteste por meio do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson. Para interpretação do coeficiente alfa de Cronbach foi adotado o seguinte critério: para valores iguais ou abaixo de 0,30, a consistência é considerada muito baixa; valores maiores que 0,30 e menores ou iguais a 0,60, consistência baixa; valores maiores que 0,60 e menores ou iguais a 0,75, consistência moderada; para valores maiores que 0,75 e menores ou iguais a 0,90, a consistência é considerada alta; e, para valores acima de 0,90, considera-se a consistência muito alta (Freitas & Rodrigues, 2005).

Para a interpretação do coeficiente de correlação de Pearson foram adotados os qualificadores “fraco” para valores de $\pm 0,10$ a $\pm 0,39$, “moderado” para valores de $\pm 0,40$ a $\pm 0,69$ e “forte” para valores de $\pm 0,70$ a $\pm 0,99$. Considera-se perfeita a correlação com valor $\pm 1,00$ e inexistente quando o coeficiente de correlação de Pearson é igual a zero (Dancey & Reidy, 2006).

Também foram descritas e analisadas as variáveis sociodemográficas dos grupos de participantes com e sem DCV para comparação de possíveis similaridades e diferenças que poderiam intervir na expressão da PTD. Para comparação da renda *per capita*, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney; o teste Qui-quadrado foi utilizado na comparação da distribuição dos participantes quanto ao sexo entre os grupos e o teste *t* de Student foi realizado para comparação da idade e dos anos de estudo.

A comparação da manifestação da PTD entre os grupos DCV e SDCV foi feita de duas formas: foram aplicados o teste Qui-quadrado para comparação da frequência de detecção de PTD entre os grupos e o teste t de Student na comparação da média dos escores totais e escores das subescalas AN e IS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente será apresentada a análise descritiva dos resultados da Fase 1 do estudo: caracterização da amostra, frequência e tipo de dúvidas e sugestões que surgiram nos testes piloto da DS-14.

Na sequência serão apresentados os resultados descritivos e analíticos da Fase 2: caracterização da amostra total, análise de parâmetros psicométricos (validade e fidedignidade), comparação dos grupos DCV e SDCV no que diz respeito a características sociodemográficas, presença de PTD e das médias de pontuação total e nas subescalas de AN e IS.

5.1 Fase 1

5.1.1 Caracterização da amostra

Foram colhidas e analisadas informações para caracterização dos participantes, a saber: sexo, idade, anos de estudo, renda *per capita* e presença de problema(s) de saúde. As características sociodemográficas são descritas na Tabela 3.

Tabela 3 - Características sociodemográficas dos participantes do teste piloto da DS-14 (n=40)

Características Sociodemográficas	f	%
Sexo		
Feminino	24	60,0
Masculino	16	40,0
TOTAL	40	100,0
Idade (anos)		
18-29	5	12,5
30-39	10	25,0
40-49	7	17,5
50-59	13	32,5
60-69	1	2,5
70-79	4	10,0
TOTAL	40	100,0
Anos de estudo		
0-7	18	45,0
8-10	6	15,0
11-16	16	40,0
TOTAL	40	100,0
Renda per capita (SM)		
< 1	22	55,0
1-3	11	27,5
> 3	3	7,5
Não sabe	4	10,0
TOTAL	40	100,0

SM = Salário mínimo

A maioria dos indivíduos que participou das entrevistas piloto da DS-14 foi composta por mulheres (60,0%). A maior concentração de participantes (32,5%) se deu na faixa etária de 50 a 59 anos de idade, com idade média de 45,2 anos (DP=14,95), sendo que o participante mais novo tinha 18 anos e o mais velho, 73.

Em média, os participantes tinham 7,92 anos de estudo (DP=3,95). A concentração de escolaridade dos participantes (45,0%) se deu na faixa de zero a sete anos de estudo, correspondendo ao Ensino Fundamental incompleto. Com relação à renda *per capita*, a maioria dos participantes (55,0%) declarou valor menor do que um salário mínimo, sendo a média de R\$ 795,26 (DP=611,62).

A composição desta amostra assemelha-se à da população usuária do SUS no que diz respeito ao predomínio de mulheres, baixa renda e baixo nível de escolaridade (Ribeiro, Barata, Almeida & Silva, 2006). Considerou-se esta amostra como sendo adequada porque a posterior utilização da DS-14 se daria com grupos de perfis bastante semelhantes, visto também se tratar de população usuária do SUS.

Na Figura 5 é apresentada a distribuição dos participantes quanto à sua condição de saúde:

HIV=Vírus da imunodeficiência adquirida; DM=*Diabetes mellitus*; HAS=Hipertensão arterial sistêmica; DCV=Doença cardiovascular

Figura 5. Frequência de problemas de saúde relatados pelos participantes do teste piloto da DS-14 (n=40)

Dentre os participantes da Fase 1, a maioria (72,5%) declarou não ter problemas de saúde. Cabe lembrar que, apesar dos dados terem sido colhidos em instituição hospitalar, esta etapa da coleta foi conduzida com visitantes de pacientes internados, e não com pacientes, daí o fato da maioria negar qualquer doença. Também não foi controlada a participação de pessoas com DCV neste momento por não se tratar de objetivo pertinente a esta fase do estudo.

5.1.2 Dúvidas e sugestões

A primeira versão da DS-14 foi testada com 30 participantes, que puderam expor suas dúvidas, sugestões e comentários. As palavras e expressões que geraram dificuldade de compreensão são apresentadas na Figura 6. Como cada participante podia apresentar mais do que uma dúvida, a frequência total é maior do que o número de participantes.

Figura 6. Frequência com que palavras e expressões geraram dúvidas nos participantes do primeiro teste piloto da DS-14 (n=30)

Dentre os 30 participantes deste teste piloto, 70,0% apresentaram dúvidas e/ou dificuldade de compreensão ao responderem à DS-14. A palavra que mais gerou dificuldade (f=10) foi *"inibido"* no item seis (*"Geralmente me sinto inibido(a) em interações sociais"*), tendo sido substituída por *"tímido"*. Neste mesmo item a expressão *"interações sociais"*, citada por três participantes como incompreensível (e recebendo uma proposta de exclusão), foi substituída pela forma *"com outras pessoas"*. Assim o item seis na versão final da DS-14 passou a ser *"Geralmente me sinto tímido(a) com outras pessoas"*. A expressão *"em parte"*, presente nas alternativas de resposta (*"Falso em parte"* e *"Verdadeiro em parte"*), também foi confundidora (f=9), tendo sido trocada pela palavra *"Quase"* (*"Quase falso"* e *"Quase*

verdadeiro”), que foi sugerida por cinco participantes. Para este trecho, ainda foram propostas as substituições “*Mais... do que...*” (f=1) e “*Mais ou menos*” (f=3). A palavra “*pessimista*”, do item sete (“*Eu tenho uma visão pessimista das coisas*”), gerou dúvidas para cinco participantes, tendo sido trocada para “*negativa*”, como sugerido por um entrevistado. Recebeu uma sugestão de troca cada uma das seguintes formas: “*sua própria impressão*” por “*seu próprio entendimento*” (última linha das orientações, “*(...) o que importa é sua própria impressão*”) e “*encontros sociais*” por “*com amigos*” (item 14, “*Em encontros sociais, eu não sei sobre o que devo conversar*”), que não foram substituídas por não atingirem o critério de três queixas. Feitas as modificações, a nova versão da DS-14 foi submetida a teste piloto com 10 participantes.

Na Figura 7 são apresentadas as dúvidas dos participantes com relação à nova versão da DS-14.

Figura 7. Frequência de dúvidas apresentadas pelos participantes do segundo teste piloto da DS-14 (n=10)

A partir das modificações realizadas após o primeiro teste piloto, a maioria dos participantes (90,0%) negou apresentar dúvidas quanto à compreensão das orientações, enunciados e opções de resposta da DS-14. Podemos concluir que as mudanças realizadas eram realmente necessárias, e que a nova versão tornou-se mais inteligível para a população alvo do estudo. Desta forma, esta foi considerada a versão final da DS-14 a ser utilizada no estudo de verificação de evidências de propriedades psicométricas.

5.2 Fase 2

5.2.1 Caracterização da amostra

Serão apresentadas as características sociodemográficas de todos os participantes incluídos na Fase 2 do trabalho. Quanto às características sexo, idade, anos de estudo e renda *per capita*, a distribuição encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo psicométrico da DS-14 (n=184)

Características Sociodemográficas	f	%
Sexo		
Feminino	100	54,3
Masculino	84	45,7
TOTAL	184	100,0
Idade (anos)		
20-29	26	14,1
30-39	31	16,8
40-49	35	19,0
50-59	49	26,6
60-69	43	23,4
TOTAL	184	100,0
Anos de estudo		
0-7	82	44,6
8-10	32	17,4
11-22	70	38,0
TOTAL	184	100,0
Renda <i>per capita</i> (SM)		
< 1	88	47,8
1-3	87	47,3
> 3	7	3,8
Não sabe	2	1,0
TOTAL	184	100,0

SM = Salário mínimo

A maioria dos participantes (54,3%) da Fase 2 foi composta por mulheres. A idade média dos participantes foi de 47,45 anos (DP=13,48), sendo que a maior parte deles (26,6%) estava concentrada na faixa de 50 a 59 anos. Com relação ao tempo de estudo, o grupo preponderante (44,6%) tinha baixa escolaridade, não tendo completado o Ensino Fundamental. Como um dos participantes apresentou

valor extremo para a renda *per capita*, considerou-se mais adequado calcular a mediana nesta categoria (R\$ 700,00), acompanhada pelo IIQ (681,25) a fim de se obter uma caracterização fidedigna. Apesar de a mediana ser pouco maior do que o salário mínimo vigente durante a realização da coleta de dados (R\$ 678,00), quase metade dos participantes (47,8%) possuía renda abaixo de um salário mínimo. O perfil social da amostra é coerente com o perfil da população usuária do hospital em que os dados foram colhidos, visto se tratar de instituição da rede pública que atende ao SUS.

Com relação às doenças cardíacas, a maioria dos participantes (56,5%) não tinha DCV (Figura 8).

Figura 8. Distribuição dos participantes do estudo psicométrico da DS-14 quanto à presença de cardiopatia (n=184)

A princípio estes números seriam iguais, pois formariam dois grupos (cardiopatas e não cardiopatas) de 70 participantes. O fato do Grupo SDCV ser maior apenas reflete o maior número de participantes que seria descartado por corresponderem a categorias da estratificação proporcional que já haviam sido completadas.

5.2.2 Verificação de evidências de validade

5.2.2.1. Correlação dos escores das subescalas da DS-14 com os escores das subescalas da BFP

Para avaliar a característica psicométrica de validade da DS-14, foram analisadas as correlações dos escores das suas subescalas (AN e IS) com os escores das subescalas da BFP (Abertura a novas experiências, Extroversão, Neuroticismo, Realização e Socialização). Foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson para cada um dos pares de subescalas, apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Correlações entre as subescalas da DS-14 e da BFP (n=140)

Subescalas DS-14	Subescalas BFP				
	Abertura	Extroversão	Neuroticismo	Realização	Socialização
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Afetividade Negativa	0,02	-0,09	0,63*	-0,23*	0,23*
Inibição Social	0,78	-0,32*	0,45**	-0,02	0,11

* $p < 0,01$; ** $p < 0,05$

Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a subescala AN e as subescalas Abertura e Extroversão, nem entre a subescala IS e as subescalas Abertura, Realização e Socialização. A subescala Neuroticismo se correlacionou positiva e moderadamente com as duas subescalas da DS-14, apresentando os respectivos valores de 0,63 e 0,45 para AN e IS. A subescala AN ainda apresentou correlações fracas com as subescalas Realização (-0,23) e Socialização (0,23). A subescala IS apresentou correlação negativa e fraca com a subescala de Extroversão (-0,32).

O fator Neuroticismo do CGF é composto pelas facetas Vulnerabilidade, Instabilidade emocional, Passividade/Falta de energia e Depressão e é considerado

o componente emocional da personalidade no modelo CGF. Ele avalia estabilidade emocional, vulnerabilidade em situações sociais, motivação e procrastinação na execução de tarefas e vivência de afeto negativo (Nunes, Hutz & Nunes, 2010).

O valor moderado a alto de correlação da subescala Neuroticismo com a subescala AN da DS-14 vem sendo relatado por diversos pesquisadores: Lim et al. (2011) encontraram os valores 0,63, 0,74 e 0,68 na correlação com a AN em amostras de pessoas SDCV, indivíduos com hipertensão arterial sistêmica e pessoas com DCV, respectivamente. Oginska-Bulik e Juczynski (2009) descreveram coeficientes de 0,70 e 0,71 para pessoas com e sem cardiopatia, respectivamente. Svansdottir et al. (2012) encontraram o maior coeficiente dentre os trabalhos aqui analisados, relatando o valor de 0,80 em amostra com cardiopatas islandeses. Já o menor coeficiente de correlação apresentado foi o de 0,53, citado por Spindler et al. (2009). No artigo original da *DS-14*, Denollet (2005) apresentou o índice de 0,68 referente à correlação entre AN e Neuroticismo.

As subescalas AN e Neuroticismo avaliam características bastante semelhantes, eventualmente sobrepostas, daí sua correlação. Entretanto, o traço AN não abrange todas as facetas do Neuroticismo, sendo mais voltado para a vivência de emoções negativas, percepção com maior frequência e intensidade dos eventos adversos e perspectiva negativa sobre o futuro (De Fruyt & Denollet, 2002; Denollet, 2005). O fator Neuroticismo ainda tem uma faceta que aborda a vulnerabilidade em situações de interação social, portanto também se justifica sua correlação de fraca a moderada com o traço IS.

Nos trabalhos de Oginska-Bulik e Juczynski (2009) e Spindler et al. (2009) as subescalas IS e Neuroticismo apresentaram, respectivamente, coeficiente de correlação de 0,46 e 0,32, valores próximos ao encontrado no presente estudo.

A segunda correlação importante ao se analisar as subescalas da DS-14 com instrumentos baseados no modelo CGF é a que envolve as subescalas IS e Extroversão. O estudo original (Denollet, 2005) apresentou o valor de -0,59. Dentre os estudos analisados para o presente trabalho, os coeficientes variaram de -0,44 (Spindler et al., 2009) a -0,67 (Oginska-Bulik & Juczynski, 2009).

O fator Extroversão é composto pelas facetas Comunicação, Ativez, Dinamismo e Interações sociais, e avalia frequência e intensidade das interações sociais, a atitude com relação a elas (se passiva ou ativa) e a capacidade de se alegrar em situações de socialização (Nunes, 2007; Nunes & Hutz, 2006; Nunes,

Hutz & Nunes, 2010). Logicamente, correlaciona-se negativamente com o traço IS. Importante observar que ambos se assemelham no que diz respeito à característica interpessoal, mas não ao caráter intrapsíquico da Extroversão, que envolve a vivência de afeto positivo (De Fruyt & Denollet, 2006).

Nossos resultados ainda apresentam correlações fracas, porém significantes, entre a subescala AN com os fatores Realização (correlação negativa) e Socialização. O fator Realização considera a capacidade de organização, persistência e controle da motivação para alcançar objetivos. Compreende as facetas Competência, Ponderação/Prudência e Empenho/Comprometimento (Nunes, Hutz & Nunes, 2010). Faz sentido que se correlacione negativamente com o traço AN, já que este pode se expressar na falta de motivação e enfrentamento inadequado (Denollet, 1998; Denollet, 2005; Watson & Clark, 1984).

A Socialização abrange as facetas Amabilidade, Pró-sociabilidade (no que diz respeito ao seguimento de regras sociais e leis) e Confiança nas pessoas. Refere-se aos tipos de interação num *continuum* que vai da compaixão ao antagonismo (Nunes, 2007; Nunes, Hutz & Nunes, 2010). Dentre os itens da BFP, o fator Socialização é o que mais tem frases com pontuação invertida. Isso significa que algumas frases são formuladas com o sentido oposto ao que seria esperado, eventualmente compondo dupla negativa quando consideradas as opções de resposta. Este aspecto, junto à dificuldade de compreensão das afirmativas e alternativas de respostas por parte dos participantes, talvez tenham influenciado respostas inadequadas.

O fato dos coeficientes de correlação encontrados pelo presente estudo serem um pouco menores do que os relatados nos estudos internacionais pode se dever à dificuldade de compreensão da BFP pelos participantes. A BFP foi elaborada e analisada com amostras universitárias, portanto sua linguagem não é totalmente acessível para indivíduos com escolaridade mais baixa, como os que participaram deste estudo. Itens com formulação invertida se tornam ainda mais confusos, pois podem se combinar às opções de resposta formando frases com dupla negativa, trazendo ainda mais dificuldade para sua compreensão. Além disso, a BFP é composta por 126 itens, o que torna sua aplicação longa e cansativa.

Apesar disso, dentre as opções disponíveis quando da seleção de instrumentos para o presente estudo, a BFP foi o que se mostrou mais adequado para a faixa etária a ser estudada, conforme já discutido.

5.2.2.2. Análise fatorial exploratória

Após a confirmação de que os dados eram adequados à fatoração, optou-se pelo método de extração por máxima verossimilhança, já que este é considerado mais adequado para dados com distribuição normal (Costello & Osborne, 2005). Os dados gerados são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Solução inicial após extração de fatores por máxima verossimilhança

Fator	Autovalor	Variância (%)
1	4,39	31,38
2	2,13	15,20
3	1,01	7,23
4	0,96	6,84
5	0,90	6,44
6	0,75	5,37
7	0,69	4,94
8	0,60	4,31
9	0,52	3,76
10	0,50	3,56
11	0,45	3,18
12	0,41	2,89
13	0,35	2,49
14	0,34	2,42

O autovalor representa o quanto da variância dos dados é explicada pelo fator (a “força” da variância compartilhada pelos itens agrupados naquele fator) (Dancey & Reidy, 2006). Assim, quanto maior o autovalor, maior a porcentagem de variância que ele explica. Neste caso, o Fator 1 explica 31,38% da variância, somado ao Fator 2 eles explicam 46,58% da variância combinada. A partir daí, os autovalores decrescem representando isoladamente menos de 10% da variância dos dados.

A Figura 9 apresenta o *scree plot* gerado a partir da extração de fatores e guia a tomada de decisão de quais fatores serão retidos. Tomou-se como critério a seleção dos fatores que ficam à esquerda do ponto de inflexão do gráfico, ilustrado pela linha pontilhada.

Figura 9. Scree plot gerado na extração de fatores por máxima verossimilhança

Todos os estudos de adaptação da *DS-14* que realizaram análise fatorial exploratória ou confirmatória encontraram a solução bifatorial como a mais adequada, sempre com o Fator 1 agrupando os itens de AN e o Fator 2 agregando os itens representativos da IS. Denollet (2005) apresentou os autovalores 5,49 para o Fator 1 e 2,54 para o Fator 2. Quanto à variância explicada pelos fatores, o estudo original apresentou o valor de 14% (o que talvez seja um erro de digitação e o valor real seja 41%, que é mais condizente com o que se observa nos outros estudos).

Dentre os estudos analisados, o autovalor do Fator 1 geralmente se apresenta com valores em torno de 4 e 5. Christodoulou et al. (2013) apresentaram o menor autovalor para o Fator 1, que obteve índice de 4,19. O maior índice foi obtido por Lim et al. (2011), que apresentou o valor de 5,90. O Fator 2 apresenta valores mais baixos, em geral menor do que 2. Os trabalhos verificados apresentaram índices que variaram de 1,3 (Lim et al., 2011) a 2,67 (Yu et al., 2008). A variância compartilhada pelos fatores não é apresentada em todos os artigos. Dentre os valores observados, a abrangência foi de 46% (Svansdottir et al., 2012) a 61,04% (Yu et al., 2008). Os índices referentes a autovalores e variância combinada dos dois fatores identificados no presente estudo são consistentes com os achados internacionais.

Optou-se pela rotação *direct oblimin* porque as rotações oblíquas levam em conta que há possibilidade de que os fatores se correlacionem entre si (Costello & Osborne, 2005; Damásio, 2012), o que foi considerado coerente com modelo teórico da PTD, o construto avaliado na *DS-14*. Os dados gerados após a rotação são apresentados nas matrizes de padrão e de estrutura. Orienta-se a verificação de ambas para checar se houve supressão de algum valor na transição da matriz de padrão para a de estrutura, que também considera a correlação entre os fatores (Costello & Osborne, 2005). A matriz de padrão (Tabela 7) apresenta as cargas fatoriais dos itens em cada um dos fatores, ou seja, o coeficiente de correlação do item com o fator em questão.

Tabela 7 - Matriz de padrão após extração por máxima verossimilhança e rotação *direct oblimin*

Itens	Fatores	
	1	2
1. Quando conheço pessoas, tenho facilidade em me relacionar com elas	-0,17	0,54
2. Eu costumo criar caso por coisas sem importância	0,53	-0,07
3. Eu geralmente converso com estranhos	-0,34	0,45
4. Eu me sinto infeliz com frequência	0,54	0,11
5. Eu fico irritado(a) com frequência	0,59	-0,08
6. Geralmente me sinto tímido(a) com outras pessoas	0,14	0,61
7. Eu tenho uma visão negativa das coisas	0,59	0,05
8. Eu acho difícil começar uma conversa	0,22	0,66
9. Eu fico de mau humor com frequência	0,78	-0,04
10. Eu sou do tipo de pessoa fechada	0,23	0,61
11. Eu prefiro manter uma certa distância das pessoas	0,35	0,45
12. Com frequência eu me pego preocupado(a) com alguma coisa	0,33	0,13
13. Eu me sinto de baixo astral com frequência	0,70	0,18
14. Em encontros sociais, eu não sei sobre o que devo conversar	0,26	0,45

A carga fatorial dos itens carregados no Fator 1 (2, 4, 5, 7, 9, 12 e 13) variaram de 0,33, no item 12, a 0,78, item 9. No Fator 2 os itens com maior valor de carga fatorial foram 1, 3, 6, 8, 10, 11 e 14, sendo que as cargas variaram de 0,45 (itens 11 e 14) a 0,66 (item 8).

Os fatores identificados no presente estudo correspondem aos mesmos encontrados por Denollet (2005): o Fator 1 agrupa os itens que representam o traço AN, enquanto o Fator 2 agrupa aqueles que representam o traço IS.

A matriz de padrão é multiplicada pela matriz de correlações entre os fatores, apresentada na Tabela 8.

Tabela 8 - Matriz de correlação entre os fatores 1 e 2 após extração por máxima verossimilhança e rotação *direct oblimin*

Fator	1	2
1	1,00	0,22
2	0,22	1,00

O baixo nível de correlação entre o Fator 1 e o Fator 2 (0,22), ou seja, subescala AN e subescala IS, é coerente com a lógica da análise fatorial: um alto nível de correlação entre os fatores implica em que estes fatores sejam agrupados, o que os tornaria um único fator (Dancey & Reidy, 2006). O fato do coeficiente de correlação aqui apresentado ser fraco corrobora o modelo teórico da PTD, já que comprova que o traço AN e o traço IS são construtos diferentes.

Dentre os trabalhos internacionais, os coeficientes de correlação entre os fatores oscilou entre fraco e moderado, com o menor apresentando o valor de 0,30 (Bergvik et al., 2010) e o maior, 0,57 (Spindler et al., 2009). Denollet (2005) encontrou o coeficiente de 0,37. Estes dados não são discutidos nos artigos, portanto não se sabe a justificativa para a apresentação de correlação moderada entre os fatores.

A matriz de estrutura, apresentada na Tabela 9, considera as relações entre os fatores, sendo um produto da matriz de padrão com a matriz de correlações entre os fatores. Ela também apresenta as cargas fatoriais dos itens nos respectivos fatores.

Tabela 9 - Matriz de estrutura após extração por máxima verossimilhança e rotação *direct oblimin*

Itens	Fatores	
	1 (AN)	2 (IS)
1. Quando conheço pessoas, tenho facilidade em me relacionar com elas	-0,05	0,50
2. Eu costumo criar caso por coisas sem importância	0,52	0,05
3. Eu geralmente converso com estranhos	-0,24	0,37
4. Eu me sinto infeliz com frequência	0,56	0,22
5. Eu fico irritado(a) com frequência	0,57	0,05
6. Geralmente me sinto tímido(a) com outras pessoas	0,28	0,64
7. Eu tenho uma visão negativa das coisas	0,60	0,18
8. Eu acho difícil começar uma conversa	0,37	0,71
9. Eu fico de mau humor com frequência	0,78	0,14
10. Eu sou do tipo de pessoa fechada	0,37	0,66
11. Eu prefiro manter uma certa distância das pessoas	0,44	0,53
12. Com frequência eu me pego preocupado(a) com alguma coisa	0,36	0,21
13. Eu me sinto de baixo astral com frequência	0,74	0,33
14. Em encontros sociais, eu não sei sobre o que devo conversar	0,36	0,50

AN=Afetividade Negativa; IS=Inibição Social

As cargas fatoriais mantiveram a distribuição apresentada na Tabela 7: os itens 2, 4, 5, 7, 9, 12 e 13 agrupados no Fator 1 (AN) e os itens 1, 3, 6, 8, 10, 11 e 14 com maior carregamento no Fator 2 (IS). No Fator 1, as cargas fatoriais variaram de 0,36 (item 12) a 0,78 (item 9). Já no Fator 2, a variação foi de 0,37 (item 3) a 0,71 (item 8). Já que nenhum valor foi suprimido, serão consideradas para discussão as cargas fatoriais da Tabela 9.

Estes achados remetem à estrutura original da DS-14 (Denollet, 2005), com o Fator 1 correspondendo exatamente à subescala AN e o Fator 2 à subescala IS, o que significa que o processo de tradução e adaptação cultural realizado na Fase 1 deste estudo pode ser considerado bem sucedido.

O Fator 1 apresentou a maioria dos itens com cargas fatoriais moderadas e fortes. O item 12, com carga fatorial fraca, talvez não tenha sido sensível o bastante

para identificar o traço AN na amostra estudada. Este item representa o aspecto de preocupação na AN, e talvez a construção da frase com a qualificação “alguma coisa” tenha sido abrangente demais. O fato de a amostra ser composta, em sua maior parte, por pacientes e acompanhantes, mesmo que não da Cardiologia, também pode ter tido efeito de viés neste item (por motivo de saúde, todos ali deviam ter alguma preocupação). O baixo nível socioeconômico de parte da amostra e dificuldades financeiras advindas daí também pode ser motivo de preocupação frequente para vários participantes.

No Fator 2 a maioria das cargas é moderada, sendo alta apenas para o item 8. O item 3 apresentou carga fatorial baixa, o que pode ter sido viés de seleção: os participantes que aceitaram o convite para colaborar na pesquisa tiveram que, para isso, falar com uma pessoa estranha (no caso, a pesquisadora) e ter contato, ainda que superficial, com outros participantes, no caso das sessões em grupo. Talvez pessoas que pontuassem baixo neste item não tenham aceitado participar, justamente pela sua dificuldade em falar com estranhos. Interessante notar que os itens com maior e menor carga fatorial são “ângulos” diferentes de uma situação semelhante: o item 8 fala da dificuldade em iniciar uma conversa (com quem quer que seja), enquanto o item 3 fala da dificuldade em conversar com estranho (sem especificar quem é que iniciou esta conversa).

Dentre os estudos de adaptação da *DS-14*, as cargas fatoriais dos itens variaram de 0,38 (Christodoulou et al., 2013) ao quase surpreendente 0,90 (Yu et al., 2010). Denollet (2005) encontrou a variação de 0,62 a 0,82 para ambas as subescalas. Com exceção dos itens já citados, os valores das cargas fatoriais do presente estudo são semelhantes aos valores encontrados nos estudos internacionais.

A análise fatorial exploratória realizada apresentou dois fatores com autovalores importantes, responsáveis pela variância de mais de 40% dos dados. Cada um destes fatores combinou precisamente os itens representativos dos traços AN e IS, que se apresentaram com cargas fatoriais moderadas. Estes dados corroboram o modelo da PTD e fortalecem as evidências de validade da *DS-14*, somando-se às evidências produzidas pelos outros estudos de adaptação.

5.2.3 Verificação de evidências de fidedignidade

No estudo da característica de fidedignidade da DS-14 foi realizado o teste alfa de Cronbach para verificação de consistência interna das subescalas AN e IS e foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson entre respostas dos mesmos participantes às subescalas em intervalo médio de 96 dias. Os resultados são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 - Valores relativos à estabilidade temporal (n=44) e consistência interna (n=184) da DS-14

Subescala	Correlação teste-reteste	Consistência interna
	(n=44) (<i>r</i> de Pearson)	(n=184) (α de Cronbach)
Afetividade Negativa	0,76*	0,79
Inibição Social	0,65*	0,76

* $p < 0,01$

As subescalas da DS-14 apresentaram boa estabilidade temporal, com índice de correlação forte para AN (0,76) e moderado para IS (0,65). Com relação à consistência interna, ambas podem ter seus valores considerados altos: 0,79 para AN e 0,76 para IS.

Os coeficientes de correlação encontrados talvez pudessem ter demonstrado mais força se a primeira avaliação tivesse sido heteroaplicada, como foi a segunda, especialmente a subescala IS, que apresenta dois itens com formulação invertida e que podem gerar alguma dificuldade de compreensão. Apesar disso, os valores aqui apresentados são consonantes com achados de estudos internacionais, confirmando o caráter estável da DS-14.

Outros trabalhos que analisaram a estabilidade temporal da DS-14 apresentaram os coeficientes de 0,69 (Bunevicius et al., 2013) a 0,85 (Pedersen et al., 2009; Spindler et al., 2009) para a subescala AN e de 0,63 (Pedersen et al.,

2009) a 0,81 (Bunevicius et al., 2013) para a subescala de IS. O estudo da escala original obteve os coeficientes 0,72 e 0,82, respectivamente, para AN e IS (Denollet, 2005).

Quanto à consistência interna, os valores de alfa para a subescala AN variaram de 0,79 (Vilchinsky et al., 2012) a 0,91 (Barnett et al., 2009), enquanto os valores para IS oscilaram entre 0,69 (Yu et al., 2008) e 0,91 (Spindler et al., 2009). Denollet (2005) encontrou os alfas 0,88 e 0,86, respectivamente, para AN e IS. Novamente, o fato da amostra do presente estudo ter nível de escolaridade muito baixo pode ter tido efeito nos dados, resultando em valores de alfa um pouco menores do que os apresentados nos outros estudos. Isso talvez fosse controlado se todas as avaliações fossem heteroaplicadas, ou se a amostra fosse composta por indivíduos com nível de escolaridade mais alto.

De qualquer forma, os resultados encontrados apresentam evidências de estabilidade temporal e de consistência interna da DS-14, o que corrobora e fortalece as evidências de validade da escala, que pode, então, ser considerada adequada para uso em novos estudos sobre a PTD no Brasil.

5.2.4 Manifestação da PTD nos grupos DCV e SDCV

Contemplando o último dos objetivos deste estudo, será apresentada a comparação da expressão da PTD entre os grupos compostos por participantes com e sem DCV: qual a sua frequência de detecção e média do escore total entre os grupos e como se comportaram os escores das subescalas AN e IS.

Inicialmente serão apresentadas as características sociodemográficas dos participantes dos grupos no que diz respeito a sexo, idade, anos de estudo e renda *per capita*. Na Tabela 10 é apresentado o perfil sociodemográfico dos participantes do Grupo DCV.

Tabela 11 - Características sociodemográficas do Grupo DCV (n=80)

Características Sociodemográficas	f	%
Sexo		
Feminino	39	48,8
Masculino	41	51,3
TOTAL	80	100,0
Idade (anos)		
20-29	3	3,8
30-39	11	13,8
40-49	11	13,8
50-59	24	30,0
60-69	31	38,8
TOTAL	80	100,0
Anos de estudo		
0-7	45	56,3
8-10	14	17,5
11-22	21	26,3
TOTAL	80	100,0
Renda <i>per capita</i> (SM)		
< 1	43	53,8
1-3	34	42,5
> 3	1	1,3
Não sabe	2	2,5
TOTAL	80	100,0
SM = Salário mínimo		

A maior parte do Grupo DCV foi composta por pessoas do sexo masculino (51,3%). A média de idade dos participantes foi de 53,15 anos (DP=11,52), apesar de a maior concentração (38,8%) ter se dado na faixa etária de 60 a 69 anos. O participante mais novo tinha 24 anos e o mais velho, 69, que era a idade limite para participação. Os participantes tinham, em média, 6,45 anos de estudo (DP=4,05), que corresponde ao Ensino Fundamental incompleto, faixa que concentrou a maioria

dos participantes (56,3%). Quanto à renda *per capita*, a média foi de R\$735,78 (DP=488,51), sendo que a maioria dos participantes (53,8%) relatou renda *per capita* menor do que o salário mínimo vigente no período em que este estudo foi desenvolvido. Assim como nos outros perfis sociodemográficos já apresentados aqui, as características desta amostra são semelhantes às encontradas na população usuária do SUS.

Na Tabela 12 é apresentada a composição do Grupo SDCV quanto às suas características sociodemográficas.

Tabela 12 - Características sociodemográficas do Grupo SDCV (n=104)

Características Sociodemográficas	f	%
Sexo		
Feminino	61	58,7
Masculino	43	41,3
TOTAL	104	100,0
Idade (anos)		
20-29	23	22,1
30-39	20	19,2
40-49	24	23,1
50-59	25	24,0
60-69	12	11,5
TOTAL	104	100,0
Anos de estudo		
0-7	37	35,6
8-10	18	17,3
11-22	49	47,1
TOTAL	104	100,0
Renda <i>per capita</i> (SM)		
< 1	45	43,3
1-3	53	51,0
> 3	6	5,8
TOTAL	104	100,0

SM = Salário mínimo

Dentre os participantes sem DCVs, a maior parte (58,7%) foi composta por pessoas do sexo feminino. A idade média dos participantes foi de 43,06 anos de idade (DP=13,28), sendo que a maior concentração (24,0%) se deu na faixa etária de 50 a 59 anos, com pouca diferença da faixa imediatamente anterior, 40 a 49 anos (23,1%). Com relação à escolaridade, a média foi de 9,53 anos de estudo (DP=4,83), equivalente ao Ensino Médio incompleto, apesar de haver um agrupamento de participantes (47,1%) na categoria de 11 a 22 anos de estudo, que

abrange desde o Ensino Médio completo até o nível de Ensino Superior. Quanto à renda, a mediana foi de R\$750,00 (IIQ=777,34), com a maioria dos participantes (51,0%) declarando renda *per capita* entre um e três salários mínimos.

Este grupo apresenta perfil com tendências diferentes dos anteriores. Foram aplicados testes estatísticos para comparação do perfil sociodemográfico de ambos os grupos DCV e SDCV. Os resultados são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 - Comparação de características sociodemográficas entre os grupos DCV (n=80) e SDCV (n=104)

Variável sociodemográfica	Medidas de tendência central (dispersão)/Frequência		Estatística
	Grupo DCV (n=80)	Grupo SDCV (n=104)	
Renda <i>per capita</i> (mediana, IIQ)	640,42 (636,67)	750,00 (777,34)	U=3502,00 p=0,12 $\chi^2=1,79$
Sexo (frequência)	51,3% Masc.	61,0% Fem.	p=0,18
Idade (média, DP)	53,15 (13,48)	43,06 (13,28)	t=5,41 p<0,05
Anos de estudo (média, DP)	6,45 (4,05)	9,53 (4,83)	t=4,60 p<0,05

IIQ=intervalo interquartil; DP=desvio padrão; U=Teste de Mann-Whitney; χ^2 =Teste do Qui-quadrado; t=Teste t de Student; Masc.=masculino; Fem.=feminino

As variáveis *Renda per capita* (U=3502,00, Z=-1,58, p=0,12) e *Sexo* ($\chi^2=1,79$, gl=1, p=0,18) não apresentaram diferença significativa entre os grupos de participantes com e sem cardiopatia. Já as variáveis *Idade* (t(182)=5,41, p<0,05) e *Anos de estudo* (t(182)=4,60, p<0,05) se apresentaram com diferenças estatisticamente significantes, sendo que no Grupo DCV a média de idade foi maior e o nível de escolaridade foi menor do que a média dos participantes do Grupo SDCV. Apesar da renda *per capita* não ser significativamente diferente entre os grupos, tanto esta variável como o nível de escolaridade, ambos maiores no Grupo

SDCV, assim como a idade, esta menor no Grupo SDCV, podem ter sido influenciadas pela presença de alunos e funcionários nesta amostra. Ao contrário do Grupo DCV, em sua maioria formado por pacientes dos ambulatórios de Cardiologia do HCFMRP, o Grupo SDCV deve ter tido maior participação de outros frequentadores do hospital. Como esta variável não foi controlada, esta é uma hipótese: os maiores níveis de renda *per capita* e de escolaridade, assim como a composição mais jovem do Grupo SDCV, podem refletir o perfil sociodemográfico de alunos e funcionários da instituição.

Dadas as características do perfil de cada grupo, será analisado como a PTD se expressou em cada um deles no que diz respeito à frequência e intensidade do tipo e à intensidade dos traços. A Figura 10 apresenta a frequência de detecção de PTD na amostra total e nos grupos.

PTD=Personalidade tipo D; DCV=Doença cardiovascular; SDCV=Sem doença cardiovascular

Figura 10. Frequência de detecção de personalidade tipo D entre os participantes da Fase 2

Ao tomarmos a amostra total (n=184), na maioria dos participantes (54,3%) não foi detectada a presença de PTD. Dentre os escores dos 184 participantes, a

pontuação média foi de 24,99 (DP=11,60), com mínima de zero e máxima de 50 pontos. Nenhum participante alcançou a pontuação máxima da DS-14 (56 pontos). Separando os grupos entre participantes com (n=80) e sem (n=104) cardiopatia, a PTD é ausente para a maior parte (57,7%) da amostra sem DCV, porém divide-se igualmente entre os participantes com DCV. A realização do teste Qui-quadrado para comparação da presença de PTD entre os grupos mostrou que não há diferença significativa entre estes números ($\chi^2=1,08$, gl=1, p=0,30).

Com relação ao escore total da DS-14, a média obtida pelo Grupo DCV foi de 26,54 pontos (DP=11,57), enquanto a média obtida pelo Grupo SDCV foi de 23,81 pontos (DP=11,53). Os escores dos participantes cardiopatas variaram de zero a 50, enquanto os escores dos participantes não cardiopatas variaram de dois a 49. São valores bastante próximos, e a análise estatística realizada pelo teste *t* de Student mostrou que, de fato, não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que diz respeito ao escore total da DS-14 ($t(182)=-1,60$, p=0,89).

Oginska-Bulik e Juczynski (2009) encontraram prevalência de PTD bastante alta em sua amostra de pessoas com DCV: 72,1%. No mesmo estudo, a detecção de PTD no grupo sem DCV foi de 34,8%. Avaliando 5900 cardiopatas em 21 países, Kupper et al. (2013) observaram a variação da presença de PTD entre 19% e 44%. Vilchinsky et al. (2012) encontraram apenas 5,3% indivíduos com PTD em sua amostra, ao usarem a nota de corte original da *DS-14* (acima de 10 em ambas as subescalas, que é reproduzida em todos os outros estudos apresentados). Então, tomaram como critério a mediana de sua amostra, e viram a prevalência de PTD subir para 22,3% entre os cardiopatas israelenses. Christopoulou et al. (2013) reportaram a presença de PTD em 12,5% de sua amostra de indivíduos sem cardiopatia e em 51% dos cardiopatas. Estudo normativo realizado por Grande et al. (2010) na Alemanha observou a presença de PTD em 31% em amostra de 2495 participantes da população geral. O estudo original apresentou a prevalência de 28% na amostra total, 21% na amostra de participantes sem cardiopatia, 28% em pessoas com DCV e 53% na amostra de hipertensos (Denollet, 2005).

Apesar da prevalência de PTD apresentar-se com uma amplitude considerável nestes estudos, o resultado encontrado no Grupo SDCV é um pouco mais alto do que a maioria dos citados na literatura para a população sem cardiopatia. Isso pode se dever ao fato de que as variáveis controladas na amostra SDCV eram idade e ausência de doenças do aparelho circulatório. Assim, não foi

controlada a presença de outras doenças crônicas com que a PTD também pode estar relacionada, o que pode ter afetado os resultados aqui expostos. Além disso, o fato do Grupo SDCV ser mais jovem e ter melhor nível educacional do que o Grupo DCV também pode ter influenciado os dados de alguma forma. O que os dados não mostram, porque este não se trata de estudo longitudinal nem preditivo, é se os participantes não cardiopatas detectados com PTD vão vir a desenvolver DCVs no futuro. Este tema, no entanto, deverá ser abordado em estudos posteriores.

Na Tabela 14 são apresentadas as médias dos escores obtidas pelos grupos nas subescalas de AN e de IS, acompanhadas dos respectivos resultados de teste de significância para comparação.

Tabela 14 - Comparação dos escores obtidos nas subescalas AN e IS da DS-14 entre os grupos DCV e SDCV

Subescala	Médias (DP) obtidas nos escores		
	Grupo DCV (n=80)	Grupo SDCV (n=104)	t
Afetividade Negativa	14,34 (6,98)	11,88 (6,71)	-2,42*
Inibição Social	12,32 (7,13)	11,92 (7,14)	-2,85

DP=desvio padrão; t=Teste t de Student; *p<0,05

Os participantes do Grupo DCV obtiveram escore médio de 12,32 (DP=7,13) na subescala de IS, enquanto os participantes do Grupo SDCV obtiveram escore médio de 11,92 (DP=7,14) nesta subescala. O teste *t* de Student não mostrou diferença significativa entre estes resultados ($t(182)=-2,85$, $p=0,78$), apesar de haver uma tendência para a IS de ser maior entre os cardiopatas. Com relação à média dos escores obtidos na subescala de AN, o Grupo DCV obteve média de 14,34 pontos (DP=6,98), enquanto o Grupo SDCV obteve média de 11,88 pontos (DP=6,71). O teste *t* de Student demonstrou que esta diferença é estatisticamente significativa ($t(182)=-2,42$, $p=0,02$).

A maior média de escores na subescala de AN apresentada na literatura é de 11,84 (Oginska-Bulik & Juczynski, 2009) e a menor é de 7,03 (Bergvik et al., 2010).

Para a subescala IS, a média variou entre 7,14 (Bergvik et al., 2010) e 10,1 (Bunevicius et al., 2013). As médias apresentadas no presente estudo são maiores do que as encontradas na literatura, o que chama a atenção, assim como a prevalência de PTD. Pelo menos com relação à amostra estudada, a PTD parece ser mais presente e mais intensa. Ainda, observa-se uma tendência de as subescalas apresentarem valores maiores quando consideradas as amostras cardiopatas. Talvez isso se intensificasse e deixasse de ser uma tendência para virar um fato caso a amostra fosse maior. De qualquer forma, isto é um indício de que a manifestação da PTD em pessoas com DCV se dá de forma diferente, mais acentuada, do que nas pessoas sem DCV.

5.3 Limitações e contribuições do estudo

Conforme já abordado, este estudo foi realizado com uma amostra de conveniência, o que pode ter algum impacto nos resultados. O fato de não haver controle sobre condições de saúde diversas que não a presença de DCV pode ter contribuído para a detecção de PTD no Grupo SDCV ser maior do que o encontrado na literatura.

As características sociais da amostra, com baixo nível socioeconômico e baixo nível de escolaridade preponderantes, pode ter contribuído na dificuldade de compreensão dos itens, tanto da BFP como da DS-14, o que pode ter prejudicado a fidedignidade das respostas dadas pelos participantes. O fato das aplicações serem em grupo pode ter inibido a expressão de dúvidas pelos participantes, o que também pode ter afetado a veracidade das respostas.

Além disso, pode ter causado impacto o fato de a avaliação ter sido autoaplicada (com exceção do reteste), o que gera menor controle sobre o real grau de compreensão que os participantes tiveram acerca dos itens e das alternativas de resposta, especialmente no que diz respeito à BFP. O cansaço que este instrumento provoca pela sua extensão também pode ter afetado os resultados.

A maior contribuição deste trabalho é a disponibilização da DS-14 com linguagem adequada à população brasileira e parâmetros psicométricos confiáveis. A escala demonstrou ser de rápida aplicação e apresentou bons índices de

estabilidade e fidedignidade, além de importantes evidências de validade. Mesmo com a já citada possível dificuldade de compreensão, os resultados da correlação com a BFP, da análise fatorial exploratória, da correlação teste-reteste e da consistência interna apresentaram valores que demonstram ser seguro o uso da DS-14 em novos estudos. Também começou a ser vislumbrada a relação da PTD com as DCVs no Brasil, o que a disponibilização da DS-14 deve estimular.

6 CONCLUSÕES

Este trabalho teve por objetivo realizar a adaptação da *DS-14* na língua portuguesa falada no Brasil. A *DS-14* mostrou-se inteligível e puderam ser confirmadas evidências de validade e de confiabilidade da escala, consonante com os resultados de adaptações realizadas em diversos países e também com sua versão original, o que reflete a adequação e qualidade do trabalho metodológico realizado.

A correlação positiva da subescala de AN da *DS-14* com a subescala Neuroticismo da BFP, assim como a correlação negativa da subescala de IS com a subescala Extroversão, corroboram achados da literatura, comprovando a relação entre os traços medidos e a adequação da *DS-14* para mensurar a AN e a IS. A solução bifatorial encontrada na análise fatorial exploratória replica exatamente a estrutura apresentada no estudo original, com o Fator 1 representando o traço AN e o Fator 2 representando o traço IS, seguindo a lógica teórica do modelo da PTD.

Evidências de fidedignidade também foram verificadas, com as subescalas apresentando bons índices de consistência interna e de estabilidade temporal.

A prevalência de PTD observada na amostra estudada foi maior do que trazem os estudos internacionais, tanto na amostra de participantes com cardiopatia quanto na amostra de participantes sem cardiopatia, o que, por enquanto, pode ser apontada como uma característica desta amostra. Os escores em ambas as subescalas também se apresentaram com valores mais elevados no Grupo DCV, o que parece apontar para uma tendência de manifestação mais intensa da PTD em cardiopatas.

Como propostas para trabalhos seguintes, sugere-se a ampliação da amostra em novos estudos com a *DS-14*, tanto com relação ao seu tamanho como com relação a suas características. Mostrou-se importante a discriminação dos participantes quanto a problemas de saúde diversos, a fim de se controlar a variável doença para que ela não influencie os resultados. Também foi evidenciada a importância de aplicação da *DS-14* em pessoas de nível educacional mais alto, a fim de verificar se os índices encontrados no presente estudo se devem à dificuldade de compreensão ou não. Deve-se realizar o estudo normativo para analisar a prevalência da PTD na população geral e redefinição de nota de corte, caso necessário. Estudos longitudinais também seriam interessantes se pudessem

acompanhar indivíduos não cardiopatas com PTD e verificar se viriam a desenvolver DCV.

REFERÊNCIAS⁵

- Albert, N. M., Fonarow, G. C., Abraham, W. T., Gheorghiade, M., Greenberg, B. H., Nunez, E. et al. (2009). Depression and clinical outcomes in heart failure: an OPTIMIZE-HF analysis. *American Journal of Medicine*, 122(4), 366-373.
- Al-Ruzzeh, S., Athanasiou, T., Mangoush, O., Wray, J., Modine, T., George, S. & Amrani, M. (2005). Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery. *Heart*, 91(12), 1557-1562.
- Aquarius, A. E., Smolderen, K. G., Hamming, J. F., DeVries, J., Vriens, P. W. & Denollet, J. (2009). Type D personality and mortality in peripheral arterial disease: a pilot study. *Archives of Surgery*, 144(8), 728-733.
- Azambuja, M. I. R., Foppa, M., Maranhão, M. F. C. & Achutti, A. C. (2008). Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(3), 163-171.
- Balbinotto Neto, G. & Da Silva, E. N. (2008). Os custos da doença cardiovascular no Brasil: um breve comentário econômico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*; 91(4), 217-218.
- Barnett, M. D., Ledoux, T., Garcini, L. M. & Baker, J. (2009). Type D personality and chronic pain: construct and concurrent validity of the DS14. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(2), 194-199.
- Bartels, H., Middel, B., Pedersen, S. S., Staal, M. J. & Albers, F. W. J. (2010). The distressed (type D) personality is independently associated with tinnitus: a case-control study. *Psychosomatics*, 51(1), 29-38.
- Bartels, H., Pedersen, S.S., van der Laan, B. F. A. M., Staal, M. J., Albers, F. W. J. & Middel, B. (2010). The impact of type D personality on health-related quality of life in tinnitus patients is meanly mediated by anxiety and depression. *Otology & Neurotology*, 31, 11-18.
- Bean, M. K., Gibson, D., Flattery, M., Duncan, A. & Hess, M. (2009). Psychosocial factors, quality of life, and psychological distress: ethnic differences in patients with heart failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 24(4), 131-140.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2002). Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures.

⁵ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health. Revisada em Março/2002. Recuperado em 04 de novembro, 2010, de <http://dash.iwh.on.ca>.

- Bergvik, S., Sørli, T., Wynn, R. & Sexton, H. (2010). Psychometric properties of the type D scale (DS14) in Norwegian cardiac patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(4), 334-340.
- Booth-Kewley, S. & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101(3), 343-362.
- Broström, A., Strömberg, A., Martensson, J., Ulander, M., Harder, L. & Svanborg, E. (2007). Association of type D personality to perceived side effects and adherence in CPAP-treated patients with OSAS. *Journal of Sleep Research*, 16(4), 439-447.
- Bunevicius, A., Staniute, M., Brozaitiene, J., Stropute, D., Bunevicius, R. & Denollet, J. (2013). Type D (distressed) personality and its assessment with the DS14 Lithuanian patients with coronary artery disease. *Journal of Health Psychology*, 18(9), 1242-1251.
- Carver, C. S. & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679-704.
- Chida, Y. & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 936-946.
- Christodoulou, C., Douzenis, A., Mommersteeg, P. M. C., Rallidis, L., Poullos, A., Efstathiou, V. et al. (2013). A case-control validation of type D personality in Greek patients with stable coronary heart disease. *Annals of General Psychiatry*, 12(38),
- Cicconelli, R. M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36 – item short-form health survey (SF-36)*. Tese de doutorado, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. In: Pedrosa, R. S., Oliveira, M. S., Araújo, R. B. & Moraes, J. F. D. (2004). Tradução, equivalência semântica e adaptação cultural do Marijuana Expectance Questionnaire (MEQ). *Psico-USF*, 9(2), 129-136.
- Conduit, E. H. (1992). If A-B does not predict heart disease, why bother with it? A clinician's view. *The British Journal of Medical Psychology*, 65(pt 3), 289-296.
- Cook, D. A. & Beckman, T. J. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *The American Journal of Medicine*, 119(2), 7-16.
- Costello, A. B. & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7).

- Coyne, J. C. & De Voogd, J. N. (2012). Are we witnessing the decline effect in the type D personality literature? What can be learned? *Journal of Psychosomatic Research*, 73(6), 401-407.
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em Psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228.
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para Psicologia: usando SPSS para Windows*. São Paulo: Artmed.
- De Fruyt, F. & Denollet, J. (2002). Type D personality: a five-factor model perspective. *Psychology & Health*, 17(5), 671-683.
- De Jonge, P., Denollet, J., van Melle, J. P., Kuyper, A., Honig, A., Schene, A. H. et al. (2007). Associations of type-D personality and depression with comorbid health in myocardial infarction patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 477-482.
- Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16 (DS16). *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 209-215.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: a potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255-266.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-97.
- Denollet, J., Holmes, R. V., Vrints, C. J. & Conraads, V. M. (2007). Unfavorable outcome of heart transplantation in recipients with type D personality. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 26(2), 152-158.
- Denollet, J., Schiffer, A. A. & Spek, V. (2010). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on type D (distressed) personality profile. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3, 546-557.
- Denollet, J., Sys, S. U. & Brutsaert, D. L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57(6), 582-591.
- Denollet, J. & Van Heck, G. L. (2001). Psychological risk factors in heart disease – What type D personality is (not) about. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(3), 465-468.
- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Epidemiológicas e morbidade. DATASUS Web Site. Recuperado em 15 Agosto, 2013, em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.
- DeVon, H. A., Block, M. E., Moyle-Wright, P., Ernst, D. M., Hayden, S. J., Lazzara, D. et al. (2007). A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 155-164.

- Dimsdale, J. E. (1988). A perspective on type A behavior and coronary disease. *The New England Journal of Medicine*, 318(2), 110-112.
- Dimsdale, J. E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237-1246.
- Djoussé, L., Driver, J. A. & Gaziano, J. M. (2009). Relation between modifiable lifestyle factors and lifetime risk of heart failure. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 302(4), 394-400.
- Doyle, F., McGee, H., Delaney, M., Motterlini, N. & Conroy, R. (2011). Depressive vulnerabilities predict depression status and trajectories of depression over 1 year in persons with acute coronary syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 33(3), 224-231.
- Dubayova, T., Nagyova, I., Havlikova, E., Rosenberger, J., Gdovinova, Z., Middel, B. et al. (2009). The association of type D personality with quality of life in patients with Parkinson's disease. *Aging & Mental Health*, 13(6), 905-912.
- Ehrström, E., Kornfeld, D. & Rylander, E. (2007). Perceived stress in women with recurrent vulvovaginal candidiasis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 28(3), 169-176.
- Emons, W. H. M., Meijer, R. R. & Denollet, J. (2007). Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: evaluating type-D personality and its assessment using item response theory. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 27-39.
- Foster, D. (2013a). Rubber tests: the importance of reliability. In M. Born, C.D. Foxcroft & R. Butter (Eds.), Online readings in testing and assessment, International Test Commission. Recuperado em 12 de dezembro de 2013, de: <http://www.intestcom.org/Publications/ORTA.php>.
- Foster, D. (2013b). Your tests must be valid. In M. Born, C.D. Foxcroft & R. Butter (Eds.), Online readings in testing and assessment, International Test Commission. Recuperado em 12 de dezembro de 2013, de: <http://www.intestcom.org/Publications/ORTA.php>.
- Framingham Heart Study. (2013). Recuperado em 15 de outubro de 2013, de: <http://www.framinghamheartstudy.org/about/history.html>.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Habra, M., Talajic, M., Khairy, P., Dorian, P. et al. (2009). Elevated depression symptoms predict long-term cardiovascular mortality in patients with atrial fibrillation and heart failure. *Circulation*, 120(2), 134-140.
- Freitas, A. L. P. & Rodrigues, S. G. (2005). A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In *XII SIMPEP*. Bauru, SP: Simpósio de Engenharia de Produção.

- Friedman, H. S. & Booth-Kewley, S. (1987). Personality, type A behavior, and coronary heart disease: the role of emotional expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 783-792.
- Friedman, M. (1977). Type A behavior pattern: some of its pathophysiological components. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 53(7), 593-604.
- Friedman, M. & Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York, Knopf. In: Matthews, K. A. (1982). Psychological perspectives on the Type A Behavior Pattern. *Psychological Bulletin*, 91(2), 293-323.
- Gorayeb, R., Almeida, P. L., Camilo, C. & Nakao, R. T. (2013). Aspectos psicológicos de pacientes portadores de cardioversor desfibrilador implantável. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 26(4), 272-280.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grande, G., Jordan, J., Kümmel, M., Struwe, C., Schubmann, R., Shulze, F. et al. (2004). Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the Type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects [Abstract]. *Psychoterapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54(11), 413-422.
- Grande, G., Romppel, M., Glaesmer, H., Petrowski, K. & Herrmann-Lingen, C. (2010). The type-D scale (DS14) – norms and prevalence of type-D personality in a population-based representative sample in Germany. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 935-939.
- Grynberg, D., Gidron, Y. & Denollet, J. (2011). Evidence for a cognitive bias of interpretation toward threat in individuals with a type D personality [Versão eletrônica]. *Journal of Behavioral Medicine*, doi: 10.1007/s10865-011-9351-7. Recuperado em 13 de maio de 2011, de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
- Guillard, C. R., Precoma, D. C. & Silva, E. R (2013). Estresse, distresse e burnout. Recuperado em 15 de outubro de 2013, de http://fgh.escoladenegocios.info/revistaalumni/artigos/ed02/ed_02_artigo_06.pdf.
- Gurven, M., Von Rueden, C., Massenkoff, M., Kaplan, H. & Vie, M. (2013). How universal is the Big Five? Testing the five-factor model of personality variation among forager-farmers in the Bolivian Amazon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(2), 354-370.
- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda and C. D. Spielberger (Eds.). *Adapting Psychological and Educational Tests for Cross-Cultural Assessment*. NJ: Lawrence Erlbaum. Recuperado em 12 de dezembro de 2013, de: <http://www.intestcom.org/Guidelines/Adapting+Tests.php>.

- Hansel, S. L., Umar, S. B., Lunsford, T. N., Harris, L. A., Dibaise, J. K. & Crowell, M. D. (2010). Personality traits and impaired health-related quality of life in patients with functional gastrointestinal disorders. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(2), 220-222.
- Harkness, A. R., Finn, J. A., McNulty, J. L. & Shields, S. M. (2012). The personality psychopathology-five (PSY-5) - recent constructive replication and assessment literature review. *Psychological Assessment*, 24(2), 432-443.
- Hausteiner, C., Klupsch, D., Emeny, R., Baumert, J. & Ladwig, K. H. (2010). Clustering of negative affectivity and social inhibition in the community: prevalence of type D personality as a cardiovascular risk marker [Abstract]. *Psychosomatic Medicine*, 72(2), 163-171.
- Ikedo, A., Iso, H., Kawachi, I., Inoue, M. & Tsugane, S. (2008). Type A behaviour and risk of coronary heart disease: the JPHC study. *International Journal of Epidemiology*, 37(6), 1395-1405.
- Ioannidis, J. P. A. (2012). Scientific inbreeding and same-team replication: type D personality as an example. *Journal of Psychosomatic*, 73(6), 408-410.
- Johnston, D. W. (1993). The current status of the coronary prone behaviour pattern. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86(7), 406-409.
- Kannel, W. B. (1990). Contribution of the Framingham Study to Preventive Cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 15(1), 206-211.
- Kannel, W.B., Dawber, T. R., Kagan, A., Revotskie, N. & Stokes, J. 3rd. (1961). Factors of risk in the development of coronary heart disease – six-year follow-up experience: the Framingham study. *Annals of Internal Medicine*, 55(1), 33-50. In: Kannel, W. B. (1990) Contribution of the Framingham Study to Preventive Cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 15(1), 206-211.
- Kavanagh, A., Bentley, R. J., Turell, G., Shaw, J., Dunstan, D. & Subramanian, S. V. (2010). Socioeconomic position, gender health behaviors and biomarkers of cardiovascular disease and diabetes. *Social Science & Medicine*, 71(6), 1150-1160.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Kubzansky, L. D., Spiro III, A., Vokonas, P. S. & Weiss, S. T. (1998). Prospective study of a self-report type A scale and risk of coronary heart disease. *Circulation*, 98(5), 405-412.
- Krantz, D. S. & McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, 53, 341-369.
- Kudielka, B. M., Känzel, R., Gander, M. L. & Fischer, J. E. (2004). The interrelationship of psychosocial risk factors for coronary artery disease in a working population: do we measure distinct or overlapping psychological concepts? *Behavioral Medicine*, 30(1), 35-44.

- Kunst, M. J., Bogaerts, S. & Winkel, F. W. (2011). Type D personality and PTSD in victims of violence: a cross-sectional exploration. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 13-22.
- Kupper, N., Denollet, J., Widdershoven, J. & Kop, W. J. (2013). Type D personality is associated with low cardiovascular reactivity to acute mental stress in heart failure patients. *International Journal of Psychophysiology*, 90(1), 44-49.
- Kupper, N., Kessing, D. & Denollet, J. (2013). Recent progress in understanding the clinical concept of type D [Abstract]. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(2), 197-198.
- Kupper, N., Pedersen, S. S., Höfer, S., Saner, H., Oldridge, N. & Denollet, J. (2013). Cross-cultural analysis of Type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: a study from the International HeartQoL project. *International Journal of Cardiology*, 166(2), 327-333.
- Lee, J. M. & Watanuki, S. (2007). Cardiovascular responses of type A and type B behavior patterns to visual stimulation during rest, stress and recovery. *Journal of Physiological Anthropology*, 26(1), 1-8.
- Lim, H. E., Lee, M. S., Ko, Y. H., Park, Y. M., Joe, S. H., Kim, Y. K. et al. (2011). Assessment of the type D Personality construct in the Korean population: a validation study of the Korean DS14. *Journal of Korean Medical Science*, 26(1), 116-123.
- Lipp, M. (2013). O modelo quadrifásico do stress. Recuperado em 15 de outubro de 2013, de <http://www.estresse.com.br/publicacoes/o-modelo-quadrifasico-do-stress/>.
- Martens, E. J., Kupper, N., Pedersen, S. S., Aquarius, A. E. & Denollet, J. (2007). Type-D personality is a stable taxonomy in post-MI patients over an 18-month period. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 545-550.
- Martens, E. J., Smith, O. R. F., Winter, J., Denollet, J. & Pedersen, S. S. (2008). Cardiac history, prior depression and personality predict course of depressive symptoms after myocardial infarction. *Psychological Medicine*, 38, 257-264.
- Martins Fontes (2005). *Password: K Dictionaries: English Dictionary for Speakers of Portuguese* (3a ed., p. 139). São Paulo: Autor.
- Matthews, K. A. (1982). Psychological perspectives on the Type A Behavior Pattern. *Psychological Bulletin*, 91(2), 293-323.
- Matthews, K. A. (1988). Coronary heart disease and type A behaviors: update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) quantitative review. *Psychological Bulletin*, 104(3), 373-380.
- Messick, S. (1980). Test validity and the ethics of assessment. *American Psychologist*, 35(11), 1012-1027.

- Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment – validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50(9), 741-749.
- Michal, M., Wiltink, J., Till, Y., Wild, P. S., Münzel, T., Blakenberg, S. et al. (2010). Type D personality and depersonalization are associated with suicidal ideation in the German general population aged 35-74: results from the Gutenberg Heart Study. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 227-233.
- Miles, J. & Shevlin, M. (2001). *Applying regression & correlation: a guide for students and researchers*. London: SAGE.
- Miller, R. & Krauskopf, C. J. (1999). The personality assessment system as a conceptual framework for the type-A coronary prone behavior pattern [Versão eletrônica]. *The Best of Personality Assessment System Journals*, 8. Recuperado em 9 de setembro, 2013, de <http://www.pasf.org/pasfj/typea.pdf>.
- Ministério da Saúde. (2013). *Redução da espera: tratar câncer em 60 dias é obrigatório*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em 15 outubro, 2013, de http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/16/tratamento_de_cancer_em_60_dias_16052013.pdf.
- Mols, F., Holterhues, C., Nijsten, T. & Van De Poll-Franse, L. V. (2010). Personality is associated with health status and impact of cancer among melanoma survivors. *European Journal of Cancer*, 46(3), 573-580.
- Mommersteeg, P. M., Kupper, N. & Denollet, J. (2010). Type D personality is associated with increased metabolic syndrome prevalence and an unhealthy lifestyle among a cross-sectional Dutch community sample. *BMC Public Health*, 10:714.
- Nabi, H., Kivimaki, M., De Vogli, R., Marmot, M. G. & Singh-Manoux, A. (2008). Positive and negative affect and risk of coronary heart disease: Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal*, 337:a118.
- Natividade, J. C., Barros, M. C. & Hutz, C. S. (2012). Influência da flexão de gênero dos adjetivos em instrumentos psicológicos em português. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 259-264.
- Nunes, C. H. S. S. (2007). Lançamento da Escala Fatorial de Extroversão (EFEx) e Escala Fatorial de Socialização (EFS). *Avaliação Psicológica*, 6(1), 103-106.
- Nunes, C. H. S. S. & Hutz, C. S. (2006). Construção e validação de uma escala de extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores de personalidade. *Psico-USF*, 11(2), 147-155.
- Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. & Nunes, M. F. O. (2010). BFP – Bateria Fatorial de Personalidade – Kit. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Ogńska-Bulik, N. (2006). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19(2), 113-122.
- Ogńska-Bulik, N. & Juczynski, Z. (2009). Type D personality in Poland: validity and application of the Polish DS14. *Polish Psychological Bulletin*, 40(3), 130-136.
- Pasquali, L. (2004). *Psicometria – teoria dos testes na Psicologia e na Educação* (2a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(n. especial), 99-107.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(n. especial), 992-999.
- Pedersen, S. S. & Denollet, J. (2004). Validity of the type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(3), 265-272.
- Pedersen, S. S. & Denollet, J. (2006). Is Type D personality here to stay? Emerging evidence across cardiovascular disease patient groups. *Current Cardiology Review*, 2(3), 205-213.
- Pedersen, S. S., Herrmann-Lingen, C., De Jonge, P. & Scherer, M. (2010). Type D personality is a predictor of poor emotional quality of life in primary care heart failure patients independent of depressive symptoms and New York Heart Association functional class. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(1), 72-80.
- Pedersen, S. S. & Middel, B. (2001). Increased vital exhaustion among type-D patients with ischemic heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(2), 443-449.
- Pedersen, S. S., Theuns, D. A. M. J., Erdman, R. A. & Jordaens, L. (2008). Clustering of device-related concerns and type D personality predicts increased distress in ICD patients independent of shocks. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 31(1), 20-27.
- Pedersen, S. S., Theuns, D. A. M. J., Jordaens, L. & Kupper, N. (2008). Course of anxiety and device-related concerns in implantable cardioverter defibrillator patients the first year post implantation. *Europace*, 12(8), 1119-1126.
- Pedersen, S. S., Yagensky, A., Smith, O. R. F., Yagenska, O., Shpak, V. & Denollet, J. (2009). Preliminary evidence for the cross-cultural utility of the type D personality construct in the Ukraine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 108-115.
- Pelle, A.J., Schiffer, A. A., Smith, O. R., Widdershoven, J. W. & Denollet, J. (2010). Inadequate consultation behavior modulates the relationship between type D

personality and impaired health status in chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 142(1), 65-71.

Pickering, T., Phil, D., Clemow, L., Davidson, K. & Gerin, W. (2003). Behavioral cardiology – has its time finally arrived? *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(2), 101-112.

Ribeiro, M. C. S. A., Barata, R. B., Almeida, M. F. & Silva, Z. P. (2006). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1011-1022.

Rozanski, A., Blumenthal, J. A. & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99(16), 2192-2217.

SATEPSI (2010). Recuperado em 23 de outubro de 2010, de: <http://www.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm?lista1=sim>.

Schiffer, A. A., Pedersen, S. S., Widdershoven, J. W. & Denollet, J. (2008). Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 10(8), 802-810.

Schmidt, A., Nobre, F. & Mion Jr., D. (2000). Risco cardiovascular global: a teoria aplicada à prática. In: D. Mion Jr. & F. Nobre (Orgs.). *Risco cardiovascular global: da teoria à prática* (2a ed., pp 13-24). São Paulo: Lemos Editorial.

Schmidt, M. M., Quadros, A. S., Abelin, A. P., Minozzo, E. L., Wottrich, S. H., Kunert, H. Z. et al. (2011). Psychological characteristics of patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 97(4), 331-337.

Selye, H. (1955). The stress concept in 1955. *Journal of Chronic Diseases*, 2(5), 583-592.

Shen, B. J., Avivi, Y. E., Todaro, J. F., Spiro III, A., Laurenceau, J. P., Ward, K. D. et al. (2008). Anxiety characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men – the unique contribution of anxiety among psychologic factors. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(2), 113-119.

Shen, B. J., McCreary, C. P. & Myers, H. F. (2004). Independent and mediated contributions of personality, coping, social support, and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(1), 39-62.

Shun, S. C., Hsiao, F. H., Lai, Y. H., Liang, J. T., Yeh, K. H. & Huang, J. (2011). Personality trait and quality of life in colorectal cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), E221-228.

- Silva, I. B. & Nakano, T. C. (2011). Modelos dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 51-62.
- Simonassi, L. E., Tourinho, E. Z. & Silva, A. V. (2001). Comportamento privado: acessibilidade e relação com comportamento público. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 133-142.
- Skodová, Z., van Dijk, J. P., Nagyová, I., Rosenberger, J., Ondusová, D., Middel, B. et al. (2011). Psychosocial predictors of change in quality of life in patients after coronary interventions. *Heart & Lung*, 40(4), 331-339.
- Son, Y. J. & Song, E. K. (2012). The impact of type D personality and high-sensitivity C-reactive protein on health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(3), 304-312.
- Spindler, H., Kruse, C., Zwisler, A. D. & Pedersen, S. S. (2009). Increased anxiety and depression in Danish cardiac patients with type D personality: a cross-validation of the type D scale (DS14). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 98-107.
- Straat, J. H., Ark, L. A. & Sijsma, K. (2012). Multi-method analysis of the internal structure of the type D scale-14 (DS14). *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 258-265.
- Svansdottir, E., Karlsson, H. D., Gudnason, T., Olason, D. T., Thorgilsson, H., Sigtryggsdottir, U. et al. (2012). Validity of type D personality in Iceland: association with disease severity and risk markers in cardiac patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 155-166.
- Temoshok, L. R., Waldstein, S. R., Wald, R. L., Garzino-Demo, A., Synowski, S. J., Sun, L. et al. (2008). Type C coping, alexithymia, and heart rate reactivity are associated independently and differentially with specific immune mechanisms linked to HIV progression. *Brains, Behavior, and Immunity*, 22(5), 781-792.
- Tourinho, E. Z., Teixeira, E. R. & Maciel, J. M. (2000). Fronteiras entre análise do comportamento e fisiologia: Skinner e a temática dos eventos privados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 425-434.
- Trigo, M., Silva, D. & Rocha, E. (2005). Factores psicossociais de risco na doença coronária: para além do comportamento tipo A. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 24(2), 261-281.
- Tsuchihashi-Makaya, M., Kato, N., Chishaki, A., Takeshita, A. & Tsutsui, H. (2009). Anxiety and poor social support are independently associated with adverse outcomes in patients with mild heart failure. *Circulation*, 73(2), 280-287.
- Tziallas, D., Kostapanos, M. S., Skapinakis, P., Millionis, H. J., Athanasiou, T., Elisaf, M. S. et al (2011). The association between type D personality and the metabolic syndrome: a cross-sectional study in a university-based outpatient lipid clinic. *BMC Research Notes*, 4:105.

- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica* (C. Dornelles, trad., M. L. T. Nunes, rev. técnica). Porto Alegre: Artmed.
- Vetor Editora (2013). Recuperado em 18 de outubro de 2013, de: <https://www.vetoreditora.com.br/produto/1661996/neo-pi-r-e-neo-ffi-r-conj-de-livros-e-crivos>.
- Vilchinsky, N., Yaakov, M., Sigawi, L., Leibowitz, M., Reges, O., Levit, O. et al. (2012). Preliminary evidence for the construct and concurrent validity of the DS14 in Hebrew. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(2), 234-240.
- Von Känel, R., Barth, J., Kohls, S., Saner, H., Znoj, H., Saner, G. et al. (2009). Heart rate recovery after exercise in chronic heart failure: role of vital exhaustion and type D personality. *Journal of Cardiology*, 53(2), 248-256.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490.
- Weng, C. Y., Denollet, J., Lin, C. L., Lin, T. K., Wang, W. C., Lin, J. J. et al. (2013). The validity of the type D construct and its assessment in Taiwan [Versão eletrônica]. *BMC Psychiatry*, 13(46), 1-9. Recuperado em 16 de setembro de 2013, de <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/46>
- Whooley, M. A., De Jonge, P., Vittinghoff, E., Otte, C., Moos, R., Carney, R. M. et al. (2008). Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 300(20), 2379-2388.
- Williams, L., O'Connor, R. C., Howard, S., Hughes, B. M., Johnston, D. W., Hay, J. L. et al. (2008). Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 63-69.
- Wister, A., Loewen, N., Kennedy-Simonds, H., McGowan, B., McCoy, B. & Singer, J. (2007). One-year follow-up of a therapeutic lifestyle intervention targeting cardiovascular disease risk. *Canadian Medical Association Journal*, 177(8), 859-865.
- World Health Organization. (2013). Deaths from CVD and diabetes. World Health Organization (WHO) Web Site. Recuperado em 15 agosto, 2013, em www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cvd/en/index.html.
- Yu, D. S. F., Thompson, D. R., Yu, C. M., Pedersen, S. S. & Denollet, J. (2010). Validating the type D personality construct in Chinese patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(2), 111-118.
- Yu, X., Zhang, J. & Liu, X. (2008). Application of the Type D Scale (DS14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy control. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 595-601.

- Yu, X. N., Chen, Z., Zhang, J. & Liu, X. (2011). Coping mediates the association between Type D personality and perceived health in Chinese patients with coronary heart disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(3), 277-284.
- Zanon, C. & Hutz, C. S. S. (2009). Propriedades psicométricas da Escala Fatorial de Neuroticismo e do Questionário de Ruminação e Reflexão. *Avaliação Psicológica*, 8(2), 279-281.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

Divisão de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Pesquisa: Adaptação cultural e validação da DS14 para adultos da região de Ribeirão Preto

Gostaria de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa. Meu nome é Ana Luisa Magaldi Suguihura (RG 30.256.420-2), sou psicóloga (CRP 06/81086) e trabalho com o psicólogo e professor Dr. Ricardo Gorayeb (RG. 4.196.967-4, CRP 06/5558), docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e responsável pelo Serviço de Psicologia do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento do Hospital das Clínicas (HCFMRPUSP). Estamos realizando um estudo para trazer para o Brasil um instrumento de avaliação da personalidade Tipo D, que tem se mostrado um fator de risco importante no surgimento e evolução das cardiopatias. Para isso, convido o(a) sr.(a) a fazer parte deste estudo. Se aceitar, será levado a uma sala de atendimento no Ambulatório de Psicologia deste hospital e, durante uma única entrevista que durará aproximadamente uma hora, responderá a perguntas sobre: suas características sociodemográficas (ex. cidade em que mora, idade, até que ano estudou na escola, etc.), como você se comporta quando está com outras pessoas, que tipo de pensamentos e sentimentos você costuma ter. É importante você saber que a participação nesta pesquisa não é obrigatória, podendo ficar totalmente à vontade para não participar dela, se esta for a sua decisão.

A realização deste estudo possibilitará que no futuro nós, profissionais da saúde, possamos reconhecer dentre os pacientes cardiopatas quais são aqueles que têm esta característica e, assim, ajudá-los mais rapidamente.

Caso aceite participar desta investigação, o(a) sr.(a) precisa saber que:

- 1- Participar ou não deste estudo não influenciará no seu tratamento médico-hospitalar, caso seja paciente do hospital, nem na sua relação docente-discente e/ou com a chefia, caso seja aluno ou funcionário da instituição, e que o(a) sr.(a) poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, se assim desejar, sem que isso lhe traga qualquer tipo de problema;
- 2- Tem o direito de receber a resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre a pesquisa ou sobre outras situações relacionadas à mesma;
- 3- Não será oferecida nenhuma recompensa ou remuneração financeira por sua participação no estudo;
- 4- O(a) sr.(a) poderá ser convocado para responder novamente à escala após três meses desde a primeira aplicação, como parte do método da pesquisa, sem que isto signifique que haja qualquer problema relacionado ao(a) sr.(a);

- 5- Os resultados obtidos com a pesquisa serão divulgados ao público ou publicados em revistas científicas e apresentados em congressos. Não haverá divulgação dos seus dados pessoais ou de informações que o(a) identifiquem; eles serão mantidos em segredo;
- 6- O(a) sr.(a) poderá ter acesso aos resultados do estudo e publicações, se assim desejar;
- 7- Não há nenhum risco significativo em participar da pesquisa, a não ser a sensação de desconforto ou cansaço em responder às perguntas feitas, dificuldades para entender o que lhe for perguntado ou possíveis dúvidas que aparecerem. Caso isso ocorra, a pesquisadora estará disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas;
- 8- Se durante a aplicação dos testes a pesquisadora identificar no(a) sr.(a) sofrimento emocional significativo ou se o(a) sr.(a) manifestar interesse em obter atendimento psicoterápico, ela poderá encaminhá-lo(a) a serviços especializados;
- 9- Se durante a aplicação dos instrumentos da pesquisa o(a) sr.(a) apresentar mal estar ou indisposição, ou manifestar qualquer tipo de incômodo físico, a pesquisadora imediatamente interromperá a coleta de dados até que o(a) sr.(a) se sinta melhor para continuar, podendo o processo ser interrompido, se esta for sua vontade.

Em caso de dúvidas, o(a) sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora através do telefone e endereço que se encontram ao final desta página.

Eu,, portador do RG nº, tendo sido esclarecido sobre as condições desse estudo, especialmente no que diz respeito a seu objetivo, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados.

Declaro que concordo com as condições apresentadas, que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que manifesto minha vontade de participar desse estudo.

Ribeirão Preto, de de 20.....

Participante

Ana Luisa Magaldi Suguihura
Pesquisadora Responsável

Divisão de Psicologia – Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo
Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP
Telefone: (0xx16) 3602-2547

APÊNDICE B

ROTEIRO DE TRADUÇÃO

Tradutor (*escolha uma das opções*): ()#1 ()#2

Nome do tradutor:

Perfil do tradutor (*escolha uma das opções*): ()“Ciente do conceito”

()“Não ciente do conceito”

DS¹⁴

Versão original do item	Versão traduzida (T1 ou T2)
Below are a number of statements that people often use to describe themselves.	
Please read each statement and then <i>circle</i> the appropriate <i>number</i> next to that statement to indicate your answer.	
There are no right or wrong answers: Your own impression is the only thing that matters.	
1. I make contact easily when I meet people	
2. I often make a fuss about unimportant things	
3. I often talk to strangers	
4. I often feel unhappy	
5. I am often irritated	
6. I often feel inhibited in social interactions	
7. I take a gloomy view of things	
8. I find it hard to start a conversation	
9. I am often in a bad mood	
10. I am a closed kind of person	

Versão original do item	Versão traduzida (T1 ou T2)
11. I would rather keep other people at a distance	
12. I often find myself worrying about something	
13. I am often down in the dumps	
14. When socializing, I don't find the right things to talk about	
<i>Tradução das categorias de resposta</i>	
0 = false	
1 = rather false	
2 = neutral	
4 = true	
<i>Tradução das instruções de pontuação</i>	
<u>Scoring of the DS14</u>	
<u>Scoring of the Negative Affectivity and Social Inhibition.</u>	
The Negative Affectivity and Social Inhibition scales can be used as continuous variables to assess each of these two personality traits in their own right.	
Scores on both scales range from 0–28, and can be calculated as follows:	
Negative Affectivity = sum of scores on items 2 + 4 + 5 + 7 + 9 + 12 + 13.	
Social Inhibition = sum of scores on items 1 [reversed] + 3 [reversed] + 6 + 8 + 10 + 11 + 14.	
<u>Assessment of Type D Personality</u>	
With reference to assessment of Type D personality, 10 is the cut-off for both scales.	
Subjects are classified as Type D if both <i>Negative Affectivity is greater than or equal to 10 and Social Inhibition is greater than or equal to 10.</i>	

APÊNDICE C

ROTEIRO DE RETROTRADUÇÃO

Tradutor (*escolha uma das opções*): ()#1 ()#2

Nome do tradutor:

País de origem:

DS¹⁴

Versão original do item (T-12)	Versão traduzida (RT1 ou RT2)
Abaixo estão algumas afirmações que as pessoas usam com frequência para se autodescreverem.	
Por favor, leia cada afirmação e então assinale o número apropriado para indicar sua resposta.	
Não há respostas certas ou erradas: o que importa é sua própria impressão.	
1. Eu me relaciono facilmente quando conheço/encontro pessoas.	
2. Com frequência eu crio caso por coisas sem importância.	
3. Com frequência eu converso com estranhos.	
4. Com frequência eu me sinto infeliz.	
5. Com frequência eu fico irritado(a).	
6. Com frequência eu me sinto inibido(a) em interações sociais.	
7. Eu tenho uma visão sombria das coisas.	
8. Eu acho difícil começar uma conversa.	
9. Com frequência eu estou de mau humor.	
10. Eu sou uma pessoa fechada.	
11. Eu prefiro manter as pessoas à distância.	
12. Com frequência eu me pego preocupado com alguma coisa.	
13. Com frequência eu fico melancólico (“de baixo astral”).	
14. Em encontros sociais, eu não acho os	

assuntos certos para conversar.	
<i>Tradução das categorias de resposta</i>	
0 = falso	
1 = quase falso	
2 = neutro	
3 = quase verdadeiro	
Versão original do item (T-12)	Versão traduzida (RT1 ou RT2)
4 = verdadeiro	
<i>Tradução das instruções de pontuação</i>	
<u>Pontuação da DS14</u>	
<u>Pontuação da Afetividade Negativa e Inibição Social</u>	
As escalas de Afetividade Negativa e de Inibição Social podem ser usadas como variáveis contínuas para avaliar cada um destes traços de personalidade respectivamente.	
A pontuação em ambas as escalas varia de 0 a 28 e pode ser calculada como se segue:	
Afetividade Negativa = soma dos pontos obtidos nos itens 2 + 4 + 5 + 7 + 9 + 12 + 13.	
Inibição Social = soma dos pontos obtidos nos itens 1 [pontuação invertida] + 3 [pontuação invertida] + 6 + 8 + 10 + 11 + 14.	
<u>Avaliação da Personalidade Tipo D</u>	
Para a avaliação da personalidade tipo D a nota de corte para ambas as escalas é de 10 pontos.	
Os sujeitos são classificados como tipo D se a pontuação obtida tanto para a Afetividade Negativa quanto para a Inibição Social forem igual ou maior que 10.	

APÊNDICE D

DS-14 – VERSÃO SEMIFINAL

DS¹⁴

Nome Data.....

	Sexo	M	F
	Idade		
	Anos de estudo/Escolaridade		
	Renda familiar aproximada/pessoas		
	População		

Abaixo estão algumas afirmações que as pessoas usam para se descreverem. Por favor, leia as afirmações e circule, ao lado de cada uma, o número que indica sua resposta. Não há respostas certas ou erradas: o que importa é sua própria impressão.

0 = Falso	1 = Falso em parte	2 = Neutro	3 = Verdadeiro em parte	4 = Verdadeiro
------------------	---------------------------	-------------------	--------------------------------	-----------------------

		Falso	Falso em parte	Neutro	Verdadeiro em parte	Verdadeiro
1	Quando conheço pessoas, tenho facilidade em me relacionar com elas.	0	1	2	3	4
2	Eu costumo criar caso por coisas sem importância.	0	1	2	3	4
3	Eu geralmente converso com estranhos.	0	1	2	3	4
4	Eu me sinto infeliz com frequência.	0	1	2	3	4
5	Eu fico irritado(a) com frequência.	0	1	2	3	4
6	Geralmente me sinto inibido(a) em interações sociais.	0	1	2	3	4
7	Eu tenho uma visão pessimista das coisas.	0	1	2	3	4
8	Eu acho difícil começar uma conversa.	0	1	2	3	4
9	Eu fico de mau humor com frequência.	0	1	2	3	4
10	Eu sou do tipo de pessoa fechada.	0	1	2	3	4
11	Eu prefiro manter uma certa distância das pessoas.	0	1	2	3	4
12	Com frequência eu me pego preocupado(a) com alguma coisa.	0	1	2	3	4
13	Eu me sinto de baixo astral com frequência.	0	1	2	3	4
14	Em encontros sociais, eu não sei sobre o que devo conversar.	0	1	2	3	4

APÊNDICE E

DS-14 – VERSÃO FINAL

DS¹⁴

Nome Data.....

Sexo	M	F
Idade		
Anos de estudo/Escolaridade		
Renda familiar aproximada/pessoas		
População		

Abaixo estão algumas afirmações que as pessoas usam para se descreverem. Por favor, leia as afirmações e circule, ao lado de cada uma, o número que indica sua resposta. Não há respostas certas ou erradas: o que importa é sua própria impressão.

0 = Falso	1 = Quase falso	2 = Neutro	3 = Quase verdadeiro	4 = Verdadeiro
------------------	------------------------	-------------------	-----------------------------	-----------------------

		Falso	Quase falso	Neutro	Quase verdadeiro	Verdadeiro
1	Quando conheço pessoas, tenho facilidade em me relacionar com elas.	0	1	2	3	4
2	Eu costumo criar caso por coisas sem importância.	0	1	2	3	4
3	Eu geralmente converso com estranhos.	0	1	2	3	4
4	Eu me sinto infeliz com frequência.	0	1	2	3	4
5	Eu fico irritado(a) com frequência.	0	1	2	3	4
6	Geralmente me sinto tímido(a) com outras pessoas.	0	1	2	3	4
7	Eu tenho uma visão negativa das coisas.	0	1	2	3	4
8	Eu acho difícil começar uma conversa.	0	1	2	3	4
9	Eu fico de mau humor com frequência.	0	1	2	3	4
10	Eu sou do tipo de pessoa fechada.	0	1	2	3	4
11	Eu prefiro manter uma certa distância das pessoas.	0	1	2	3	4
12	Com frequência eu me pego preocupado(a) com alguma coisa.	0	1	2	3	4
13	Eu me sinto de baixo astral com frequência.	0	1	2	3	4
14	Em encontros sociais, eu não sei sobre o que devo conversar.	0	1	2	3	4

APÊNDICE F
FOLHA DE RESPOSTAS – BFP
BFP – Bateria Fatorial de Personalidade
(Nunes, Hutz e Nunes, 2010)
PROTOCOLO DE RESPOSTAS

Instruções

Para anotar as respostas, siga as instruções abaixo:

Para cada item, você tem a opção de marcar de “1” a “7”. Se você acha que a sentença absolutamente não o descreve adequadamente, marque “1”. Se você acha que a frase o descreve muito bem, marque o “7” no Protocolo de Respostas. Se você considerar que a frase o descreve “mais ou menos”, marque “4”.

Considere que quanto mais você acha que a frase é apropriada para descrevê-lo, maior deve ser o valor a ser marcado na escala (respostas, 5, 6, 7); quanto menos você se identificar com a descrição feita, menor será o valor a ser registrado na escala (respostas 1, 2 e 3). Note que todos os valores da escala podem ser marcados.

Não existem respostas certas ou erradas. É importante que suas respostas sejam sinceras. Responda a todos os itens.

1		22		43		64		85		106	
2		23		44		65		86		107	
3		24		45		66		87		108	
4		25		46		67		88		109	
5		26		47		68		89		110	
6		27		48		69		90		111	
7		28		49		70		91		112	
8		29		50		71		92		113	
9		30		51		72		93		114	
10		31		52		73		94		115	
11		32		53		74		95		116	
12		33		54		75		96		117	
13		34		55		76		97		118	
14		35		56		77		98		119	
15		36		57		78		99		120	
16		37		58		79		100		121	
17		38		59		80		101		122	
18		39		60		81		102		123	
19		40		61		82		103		124	
20		41		62		83		104		125	
21		42		63		84		105		126	

APÊNDICE G

CARTAZ – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Sua participação na pesquisa “Adaptação cultural e validação da DS14 para adultos da região de Ribeirão Preto” é muito importante!

A DS14 é uma escala que avalia a presença da personalidade tipo D, que parece estar associada ao surgimento e evolução de cardiopatias.

Para participar você precisa ter entre **20 e 69 anos.**

A avaliação dura cerca de 60 minutos e é realizada no Laboratório de Psicologia e Saúde (Serviço de Psicologia, 3º andar) com até seis pessoas por sessão, em que os participantes respondem a dois testes que investigam características da personalidade.

Para agendar seu horário, entre em contato com a psicóloga Ana Luisa (pesquisadora responsável) pelo telefone **3602.2547** ou pelo e-mail **alsuguihura@usp.br**.

ANEXOS

ANEXO A
APROVAÇÃO CEP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

CÓPIA

Ribeirão Preto, 11 de maio de 2011

Ofício nº 1602/2011
CEP/MGV

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA DS14 PARA ADULTOS DA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 323ª Reunião Ordinária realizada em 09/05/2011 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 2317/2011.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
ANA LUISA MAGALDI SUGUIHURA
PROF. DR. RICARDO GORAYEB (Orientador)
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DO AUTOR

From: J.Denollet@uvt.nl
To: ricgorayeb@hotmail.com; palmero@psb.uji.es
CC: c.r.nauta@uvt.nl; s.s.pedersen@uvt.nl
Subject: RE: DS 14 translation to Brazilian Portuguese and Spanish
Date: Mon, 13 Dec 2010 10:23:42 +0100

Dear Professor Gorayeb,

Thank you for your interest in the Type D construct and its assessment with the DS14 scale.

I apologize for this late response, but please find included Portuguese and Spanish versions of the DS14 measure of Type D personality.

I hereby grant you permission to use these scales for research purposes. If you feel a Brazilian Portuguese version of the scale is needed, please let me know.

I would greatly appreciate it if you would be willing to keep me posted on the finding of your research.

Sincerely yours,

Johan Denollet

ANEXO C

DS-14 – VERSÃO ORIGINAL

DS¹⁴ Name : Today's date :

Below are a number of statements that people often use to describe themselves. Please read each statement and then *circle* the appropriate *number* next to that statement to indicate your answer. There are no right or wrong answers: Your own impression is the only thing that matters.

0=FALSE 1=RATHER FALSE 2=NEUTRAL 3=RATHER TRUE 4=TRUE

¹ I make contact easily when I meet people - - - 0 1 2 3 4 ² I often make a fuss about unimportant things - 0 1 2 3 4 ³ I often talk to strangers - - - - - 0 1 2 3 4 ⁴ I often feel unhappy - - - - - 0 1 2 3 4 ⁵ I am often irritated - - - - - 0 1 2 3 4 ⁶ I often feel inhibited in social interactions - - - 0 1 2 3 4 ⁷ I take a gloomy view of things - - - - - 0 1 2 3 4	⁸ I find it hard to start a conversation - - - - - 0 1 2 3 4 ⁹ I am often in a bad mood - - - - - 0 1 2 3 4 ¹⁰ I am a closed kind of person - - - - - 0 1 2 3 4 ¹¹ I would rather keep other people at a distance - 0 1 2 3 4 ¹² I often find myself worrying about something - - 0 1 2 3 4 ¹³ I am often down in the dumps - - - - - 0 1 2 3 4 ¹⁴ When socializing, I don't find the right things to talk about 0 1 2 3 4

ANEXO D
AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA DO HCFMRP-USP PARA CONVIDAR
FUNCIONÁRIOS (FRENTE)

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Diploma de Administração e Ciências do Comportamento
Divisão de Psicologia

Ribeirão Preto, 10 de outubro de 2012.

Solicitação de autorização para funcionários participarem em pesquisa

Ilma. Sra.
Deocélia B. Jardim
DD. Chefe de Gabinete da Superintendência
HCFMRPUSP

Prezada Senhora

Venho por meio deste, solicitar de V. S. autorização para que os funcionários de nossa instituição possam participar da pesquisa abaixo descrita.

1- **Orientador** - Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

2- **Mestranda** - Psicóloga Ana Luisa Magaldi Suguilhura

3- **Objetivo** - Efetuar a validação das propriedades psicométricas de teste psicológico (DS-14), que foi traduzido e adaptado pelos autores para o português, dependendo desta validação com população normal para ser utilizado posteriormente com pacientes cardiopatas.

4- **Aspectos éticos** - O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRPUSP, a participação deve ser voluntária, todos os interessados deverão ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de participarem.

5- **Procedimento** - Serão efetuadas duas aplicações. A primeira, com 70 participantes, durará aproximadamente 1 hora. A segunda, com 35 participantes sorteados, será realizada 3 meses após e terá a duração de 10 minutos. A aplicação poderá ser coletiva, podendo haver até 6 funcionários agendados para o mesmo horário.

Solicito autorização para que a pesquisa seja divulgada entre os funcionários da instituição.

Os interessados deverão agendar horário para a 1ª aplicação através do email alsuguilhura@usp.br ou do telefone 3602 2547 (Serviço de Psicologia do HC Campus)

Na certeza de poder contar com o apoio de V. S, subscrevo-me,

atenciosamente

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb
CRP 06/ 005558

ANEXO E
AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA DO HCFMRP-USP PARA CONVIDAR
FUNCIONÁRIOS (VERSO)

comp. n.º 34933/12

17.04.12

CHEFIA DE GABINETE

10110112

panicle

J 75

Deocélia Bassotelli Jardim

Chefe de Gabinete HCFMRP-USP

RECEBIDO P/ PROC. JURIDICA

EM 11/10/2012

11:00:12

Tru

Senhor Chefe de Gabinete...

Considerando que a participação dos membros
 será voluntária, nada a opor quanto à divulgação
 solicitada,

Pd, 11/10/12

PROF. DR. SANTOS JORGE

PROFESSOR DA PRÁTICA Chefe

R.P. n.º 9756

Se o senhor não estiver
 muito ao Eng. P. e não

Deocélia Bassotelli Jardim

Chefe de Gabinete HCFMRP-USP

17/10/12

CHEFIA DE GABINETE

12.00.12

HCFMRP

USP - RIBEIRÃO

15/10/12

panicle