

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

FABRICIA CRETON NERY

**ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA “ESCALA DE ESTIGMA
INTERNALIZADO PARA TRANSTORNO MENTAL – ISMI-BR”**

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Co-orientadora: Laisa Marcorela Andreoli Sartes

JUIZ DE FORA

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

FABRICIA CRETON NERY

**ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA “ESCALA DE ESTIGMA
INTERNALIZADO PARA TRANSTORNO MENTAL – ISMI-BR”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para obtenção do título de mestre em Psicologia.
Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani.

JUIZ DE FORA

2013

Nery, Fabricia Creton.

Estudo das Propriedades Psicométricas da "Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental - ISMI-BR" / Fabricia Creton Nery. -- 2013.
167 p.

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Coorientador: Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2013.

1. Psicologia. 2. Estigma Internalizado. 3. Psicometria.
4. Transtorno Mental. I. Ronzani, Telmo Mota, orient. II.
Sartes, Laisa Marcorela Andreoli, coorient. III. Título.

Fabricia Creton Nery

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE ESTIGMA
INTERNALIZADO (ISMI) PARA PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia por Fabricia Creton Nery

Dissertação defendida e aprovada em 20 de dezembro de dois mil e treze, pela banca constituída por:



Orientador: Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora



Presidente: Prof. Dr. Lélcio Moura Lourenço
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Profa. Dra. Mafina de Bittencourt Bandeira
Universidade Federal de São João Del Rei

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por conduzir meus passos e me fortalecer a cada momento.

Aos meus pais pelo amor incondicional. Obrigada pelas incontáveis orações e por tornar essa conquista possível. Obrigada pelo exemplo de respeito e amor e por terem me ensinado os maiores e melhores valores da vida.

À minha irmã Conceição, pela presença em todos os momentos. Obrigada por sempre acreditar em mim e por ser tão especial na minha vida, sem você eu não estaria aqui.

Ao meu cunhado Osiel, pelo apoio e incentivo durante toda essa caminhada.

Ao meu sobrinho Artur, presente de Deus, que me trouxe tanta alegria e me tornou mais forte.

À Letícia, minha irmã de coração. Obrigada pela amizade, companheirismo e incentivo. Obrigada por compreender a minha ausência e por me mostrar o que eu tenho de melhor, sempre.

À Daih, pelas conversas e risadas. Obrigada por se fazer presente em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis. Você é um anjinho!

Aos meus amigos Nil e Júnior. Obrigada pelo cuidado e carinho de sempre e por tornar essa caminhada mais agradável e divertida.

À Gabriela e Henrique pelo companheirismo e apoio durante todo o processo. Gabi, obrigada pelas incansáveis conversas, pela cumplicidade e pela amizade que construímos. Henrique, obrigada pela paciência e disponibilidade e por se fazer presente nos momentos difíceis e especiais.

À Polly e Leo, pelos ensinamentos e por acreditar no meu trabalho.

À Bárbara, pela dedicação nas intermináveis coletas de dados e por está comigo a cada etapa desempenhada. Babi, obrigada pelo comprometimento, seriedade e por tomar esse trabalho como seu diante das dificuldades, aflições e conquistas.

Ao grupo estigma, Aninha, Érika, Jéssica e Nathy, pelo apoio, risadas e incentivos. Esse trabalho é um produto do grupo!

À Flaviane, pelo apoio nas fases iniciais do mestrado. Obrigada por abraçar e acreditar nesse trabalho, sua presença foi fundamental!

Ao Prof. Telmo pelo exemplo de dedicação e responsabilidade. Obrigada por confiar no meu trabalho e por me proporcionar um grande crescimento acadêmico e profissional.

À minha co-orientadora, Professora Laisa pelos ensinamentos e contribuições.

Aos professores, Alexander Moreira, Marina Bandeira e Lélío Lourenço, que gentilmente aceitaram avaliar este trabalho. Obrigada pelas valiosas contribuições!

Aos pacientes dos serviços de saúde mental, que se prontificaram a participar desta pesquisa.

Aos profissionais dos serviços de saúde mental que colaboraram e proporcionam meios para a realização da coleta de dados.

À Universidade Federal de Juiz de Fora pela concessão da bolsa de mestrado

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro a pesquisa.

Ao grupo CREPEIA pelas experiências compartilhadas.

E a todos que estiveram presentes e contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional, meu muito obrigada!

Sumário

1. Apresentação	15
1.1 Descrição do instrumento - Internalized Stigma oh Mental Illness - ISMI	19
2. Introdução	22
3. Transtorno Mental	27
3.1 Aspectos históricos da Reforma Psiquiátrica	27
3.2 Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico	30
4. Estigma e transtorno mental	33
4.1 Estigma público ou social	34
4.2 Estigma internalizado	39
4.3 Estigma internalizado e portadores de transtorno mental	42
4.4 Instrumentos de estigma internalizado para portadores de transtorno mental	42
5. Medidas em psicologia	53
5.1 Propriedades psicométricas de um instrumento	57
5.1.1 Fidedignidade	57
5.1.2 Validade	60
5.2 Adaptação transcultural de um instrumento	63
6. Objetivos	66
6.1 Estudo 1	66
6.2 Estudo 2	66
7. Estudo 1	67
7.1 Introdução	67
7.2 Método	68

7.2.1 Descrição do instrumento original	68
7.2.2 Procedimentos	71
7.3 Resultados	74
7.4 Discussão	80
7.5 Conclusão	81
8. Estudo 2	83
8.1 Justificativa	83
8.2 Método	84
8.2.1 Delineamento da pesquisa	84
8.2.2 Procedimentos de coleta de dados	85
8.2.3 Locais de realização do estudo	87
8.2.4 Participantes	89
8.2.5 Instrumentos	93
8.3 Análise de dados	96
8.4 Aspectos éticos	99
8.5 Resultados	99
8.5.1 Fidedignidade	99
8.5.2 Validade de construto	104
8.6 Discussão	112
9. Considerações finais	128
10. Referências bibliográficas	130

Lista de tabelas

Tabela 1 - Tradução da ISMI	78
Tabela 2 – Caracterização sócio demográfica da amostra	90
Tabela 3 – Características clínicas da amostra	92
Tabela 4 - Caracterização sócio demográfica da amostra do reteste	92
Tabela 5 - Consistência interna da ISMI-BR	100
Tabela 6 - Coeficiente do teste reteste	101
Tabela 7 - Pontuação média dos itens	102
Tabela 8 - Pontuação média das subescalas	104
Tabela 9 - Correlação entre os escores dos instrumentos	105
Tabela 10 - Correlação entre os escores da ISMI-BR	105
Tabela 11 - Análise Fatorial entre ISMI-BR e CES-D	106
Tabela 12 - Análise Fatorial entre a ISMI-BR e EEH	108
Tabela 13 - Análise Fatorial entre a ISMI-BR e a EAER	109
Tabela 14 - Análise dos Componentes Principais	110

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo dos estágios do estigma internalizado	41
Figura 2 - Gráfico de sedimentação (eigenvalues)	111

Lista de Anexos

Anexo 1 - Autorização da autora da Escala ISMI	154
Anexo 2 – Questionário	155
Anexo 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	163
Anexo 4 - Termo de aprovação do comitê de ética em pesquisa da UFJF	165
Anexo 5 - Comprovante de submissão do artigo " <i>Adaptação transcultural da versão brasileira da “Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI-BR”</i> na Revista Cadernos de Saúde Pública	167

Resumo

O estudo do estigma entre a população portadora de transtorno mental tem apresentado significativos avanços na literatura internacional, representando um indicativo de necessidade e relevância de estudos na área. No entanto, grande parte dos estudos tem apresentado como foco de investigação a perspectiva do estigmatizador e pouco se conhece sobre o fenômeno na perspectiva do estigmatizado, o chamado estigma internalizado ou autoestigma. O estigma internalizado é considerado o efeito negativo mais significativo do estigma social e pode provocar a perda de status, baixa autoestima e esperança, falta de aderência ao tratamento, entre outros prejuízos. Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos na área, inclusive no desenvolvimento de instrumentos de avaliação, pois esta é uma ferramenta importante para avanços do conhecimento e melhorias de intervenção. Neste contexto, a presente pesquisa foi dividida em dois estudos: 1) Realizar a tradução e adaptação cultural da Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI para o contexto brasileiro; 2) Avaliar as propriedades psicométricas da escala ISMI adaptada para o Brasil. No primeiro estudo a ISMI foi traduzida para o português e retrotraduzida para o inglês. Todas as observações foram acatadas pelo comitê de peritos para a consolidação da versão final, que foi submetida ao pré-teste. Não foi necessária nenhuma alteração e a versão foi avaliada em suas propriedades psicométricas. No segundo estudo foram entrevistados 308 pacientes dos serviços de saúde mental da cidade de Juiz de Fora, MG. O questionário foi composto pelos instrumentos: Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI-BR; Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER); Escala de Esperança de Herth (EEH); Escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e questionário sócio demográfico. Quanto ao tipo de tratamento a qual os pacientes se vinculavam, 25% (n=76) frequentavam o serviço

diariamente e 75% (n=232) frequentavam o serviço para consultas periódicas. No que se refere ao diagnóstico, a maior incidência foi de Transtornos de Humor (afetivos), com 47,7%, seguido de Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (27,3%) e Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (25%). A média de idade foi de 46 anos variando de 19 a 72 anos de idade. Quanto ao tempo de tratamento, 35% (n=108) relataram fazer tratamento a mais de 11 anos. A fidedignidade do instrumento foi considerada alta, uma vez que o Coeficiente alpha de Cronbach foi de 0,90, o Coeficiente de Spearman-Brown (Split-half) foi de 0,86 e a correlação teste reteste foi de 0,80. A evidência de validade de construto pela Análise por hipótese mostrou-se de acordo com os apontamentos da literatura. Os índices de correlação foram satisfatórios, sendo: ISMI e EE =-0,62; ISMI e EAER =-0,67 e ISMI e CES-D =0,59. A Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI-BR apresentou boas propriedades psicométricas demonstrando ser útil para a população brasileira. A escala poderá contribuir para investigação, compreensão e avanços no tratamento do estigma internalizado entre portadores de transtorno mental.

Palavras-chave: Estigma Internalizado, Psicometria, Transtorno mental

Abstract

The study of stigma among the population with mental illness have shown significant advances in the international literature, representing an indication of need and relevance of studies in the area. However, most studies have focused on the perspective of stigmatizer and little is known about the phenomenon from the perspective of the stigmatized, called internalized stigma or self-stigma. Internalized stigma is considered the most significant negative effect of social stigma and can result in loss of status, low self-esteem, hopelessness, lack of adherence to treatment, among other damages. It is necessary to develop studies in the area, including the development of assessment tools, which is important tool for advances in knowledge and for improving interventions. In this context, the present study was divided into two studies: 1) To do the translation and cultural adaptation of Internalized Stigma of Mental Illness scale - ISMI for the Brazilian context, 2) To assess the psychometric properties of the ISMI for Brazil scale. In the first studie, the ISMI was translated into Portuguese and translated back into English. All comments were accepted by the committee of experts to consolidate the final version, which was submitted to the pre-test. There was no change needed and the version was evaluated on its psychometric properties. In the second studie 308 patients of mental health services were interviewed in the city of Juiz de Fora, MG. The questionnaire was composed of the instruments: the Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI-BR; the Rosenberg Self-Esteem Scale (EAER), the Herth Hope Scale (EEH), Center for Epidemiologic Studies (CES-D) and demographic questionnaire . Regarding the type of treatment to which patients were linked, 25% (n=76) attended the service daily and 75% (n=232) attending the service for periodic cappointments. With regard to diagnosis, the highest incidence was Mood disorders (affective), with 47.7 %, followed by Neurotic, stress-related and somatoform

disorders (27.3%) and Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (25%). The mean age was 46 years ranging from 19 to 72 years old. Regarding the duration of treatment, 35% (n=108) reported being in treatment for more than 11 years. The reliability of the instrument was considered high, since the Cronbach's alpha coefficient was 0.90, the Spearman-Brown coefficient (split-half) was 0.86 and test-retest correlation was 0.80. The evidence for the construct validity by the hypothesis Analysis was consistent with the literature. Correlation coefficients were satisfactory, being: ISMI and EE=-0.62; ISMI and EAER=-0.67 and ISMI and CES-D=0.59. The Internalized Stigma of Mental Illness Scale - ISMI - BR presented good psychometric properties and demonstrated to be useful for the Brazilian population. The scale can contribute to research, knowledge and advances in the treatment of internalized stigma among individuals with mental illness.

Keywords: Internalized Stigma, Psychometry, Mental Illness

1. Apresentação

O Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA) é um grupo de estudos sobre álcool e outras drogas, vinculado ao Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS) da Universidade Federal de Juiz de Fora. O CREPEIA é formado por diferentes linhas de pesquisa, dentre elas, a linha de estudo sobre Estigma, que tem como objetivo principal estudar estigma relacionado aos usuários de substâncias, linha a qual se vincula a atual pesquisa.

Os estudos inicialmente desenvolvidos pela linha tiveram por finalidade a investigação do estigma social ou público, avançando posteriormente para o estudo do estigma internalizado. As primeiras pesquisas desenvolvidas pelo grupo tiveram por objetivo investigar o estigma social dos profissionais de saúde e estudantes de cursos de saúde em relação aos dependentes de álcool e outras drogas. Estes estudos revelaram que a dependência de substância é altamente moralizada pelos profissionais e estudantes da área da saúde e que lidar com essa condição de saúde é uma das maiores dificuldades apontadas por esse grupo de profissionais/estudantes (Martins, Silveira, Soares, Gomide & Ronzani, 2010, Silveira, Martins & Ronzani, 2009).

A literatura sobre o estigma tem ressaltado que a principal consequência do estigma público é o estigma internalizado, que por sua vez provoca inúmeros prejuízos para o indivíduo, como a baixa autoestima, baixa autoeficácia e possível agravamento da situação de saúde (Corrigan, 1998, Silveira, 2010). Tal pressuposto impulsionou o interesse em pesquisar o estigma internalizado, culminando na criação de um estudo que tem por objetivo avaliar o estigma internalizado entre usuários de álcool e outras drogas em tratamento.

No decorrer dos estudos desenvolvidos pelo grupo, observou-se a necessidade de avaliar o fenômeno estigma internalizado de modo consistente e válido, sendo cabível a utilização de uma medida psicométrica adequada para a realidade nacional. Com o objetivo de conhecer os instrumentos de mensuração do estigma internalizado presentes na literatura nacional e internacional realizou-se uma revisão de literatura em janeiro de 2011 nas principais bases de dados. Onze escalas diferentes foram encontradas e analisadas, sendo todas validadas para a realidade internacional. Os estudos encontrados foram categorizados e analisados, sobretudo as características dos instrumentos de estigma internalizado construídos ou validados pelas pesquisas (Soares, Nery, Silveira, Noto & Ronzani, 2011).

Os resultados deste estudo (Soares, et al., 2011), sobretudo a não identificação de um instrumento nacional para a avaliação do estigma internalizado, fomentou o desenvolvimento de um projeto com o objetivo de estudar as evidências de validade e fidedignidade de um instrumento para medir o estigma internalizado para o Brasil. Procedeu-se à escolha do instrumento e, em seguida, às etapas do procedimento de adaptação transcultural.

O instrumento escolhido para a adaptação transcultural foi a Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) (Risher, Otilingam & Grajales, 2003). O instrumento destina-se à avaliação do estigma internalizado em uma população portadora de transtorno mental geral. No entanto, o objetivo inicial do grupo de pesquisa era validar um instrumento para a população de dependentes de substâncias, sendo esse objetivo condizente com o histórico de pesquisa do grupo. Diante disso, iniciaram-se duas frentes de pesquisa, uma com o objetivo de validar o instrumento para a população de dependentes de substâncias (Soares, 2011), e outra com o objetivo de validar o instrumento para a população portadora de transtorno mental geral, sendo o último a

pesquisa aqui apresentada. Essas frentes trabalharam em conjunto na fase inicial do estudo, ou seja, no processo de tradução e retrotradução do instrumento. As duas pesquisas se diferenciaram no desenvolvimento do pré teste e consolidação final da escala e posterior avaliação das propriedades psicométricas.

A escolha por validar uma escala existente para outra cultura, em detrimento da construção de um instrumento próprio, se deu pela possibilidade de comparação dos resultados em estudos multicêntricos e por minimizar tempo e custo para a elaboração do estudo. A escolha do instrumento a qual se baseará o processo de validação se deu por algumas razões: primeiro pelo fato do instrumento ter sido apontado como um dos mais utilizados em pesquisas da área, de acordo com revisões de literatura (Broham, Sladem, Clement & Thornicroft, 2010, Livingston & Boyd, 2010, Boyd, Adler, Otilingam & Peter, 2013); segundo porque o instrumento objetiva medir estigma internalizado em uma população portadora de transtorno mental geral; e terceiro por apresentar propriedades psicométricas confiáveis e válidas no estudo original.

O quarto aspecto importante levado em consideração no momento da escolha do instrumento foi a facilidade de acesso aos itens do mesmo, uma vez que esses foram disponibilizados na publicação da versão original do artigo. Outra justificativa que contribuiu para a escolha da escala foi a facilidade de contato com a autora do instrumento original, incluindo o interesse e prontidão da mesma em participar do processo de validação. A autora da escala original foi convidada a participar ativamente do processo de validação do instrumento para cultura brasileira (Anexo 1 – Autorização da autora da escala ISMI).

Recentemente, uma pesquisa de revisão de literatura desenvolvida por Boyd, et al. (2013) constatou a existência de 54 versões da ISMI disponíveis na literatura em diferentes países, línguas e culturas. Esse resultado nos indica o reconhecimento e a

importância desse instrumento para mensuração do estigma internalizado, reforçando a adequação quanto a escolha do mesmo.

A primeira etapa do processo de adaptação transcultural, ou seja, a tradução e retrotradução do instrumento de medida foram realizadas seguindo os procedimentos descritos por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2002). Ao final do processo obteve-se a “Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental adaptada para dependentes de substâncias – ISMI-BR” (Soares, 2011) e a “Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI-BR”.

O estudo de adaptação transcultural da Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental adaptada para dependentes de substâncias – ISMI-BR (Soares, 2011) configurou-se como uma pesquisa de mestrado no qual foram entrevistadas 299 pessoas dependentes de substâncias psicoativas. As evidências de validade foram confirmadas, resultando em um instrumento confiável e válido para mensurar o estigma internalizado na população portadora de dependência de substâncias no Brasil (Soares, 2011).

O estudo das propriedades psicométricas da ISMI-BR possibilitará uma melhor compreensão do fenômeno estudado e servirá como fonte de reflexões, questionamento e construção de novas hipóteses e problemas de pesquisa. Contribuirá para a continuidade de pesquisas na área de validação/construção de instrumentos para avaliação do estigma internalizado em pacientes portadores de transtorno mental. Proporcionará o estímulo e desenvolvimento de novas iniciativas de verificação das propriedades psicométricas do instrumento, sobretudo a verificação da validade de construto, considerando as contribuições de Strauss e Smith (2009) que entendem a validade de construto como um processo e não como um resultado, no qual a mesma se torna mais evidente a partir de novas avaliações psicométricas do instrumento.

A validação do instrumento aqui proposto servirá como uma ferramenta para os profissionais de saúde da área, para que possam implementar em sua rotina diária, a avaliação do estigma internalizado entre seus pacientes, contribuindo para uma melhor compreensão dos aspectos relacionados ao processo de saúde, proporcionando meios para melhorias e adequações no tratamento. O presente estudo pode contribuir para o aumento da qualidade de vida das pessoas portadoras de sofrimento mental, e manutenção dos benefícios alcançados ao longo do tempo.

1.1 Descrição do instrumento - Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI

A ISMI é um instrumento cujo objetivo é avaliar o estigma internalizado em pacientes portadores de transtorno mental. É caracterizada por itens curtos e simples, que se referem ao presente, não possuindo situações hipotéticas e nem fazendo referência a um tipo específico de experiência, como história de vida e tratamentos anteriores.

Para a construção dos itens da escala em sua versão original, foi conduzido um grupo focal com pacientes psiquiátricos em tratamento no Department of Veterans Affairs (VA) do sistema público de saúde dos EUA. Foi feita uma discussão sobre o estigma, elaborando afirmativas que correspondessem ao que as pessoas com alto estigma internalizado diriam sobre como é viver com um transtorno mental. Após a construção da escala, 127 pacientes do VA responderam o questionário. Os pacientes possuíam o diagnóstico de qualquer transtorno mental, sendo que alguns pacientes apresentavam mais de um transtorno. Os participantes eram, em sua maioria, homens que conviviam com o transtorno há muitos anos e que necessitavam receber alguma ajuda do governo.

A escala utilizada era composta por 55 itens relativos ao estigma internalizado, que foi examinada e reduzida para uma versão com 29 itens, para facilitar o seu uso em trabalhos futuros. As opções de resposta na escala basearam-se no sistema de pontuação tipo Likert variando de: discordo totalmente (1), discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4). Os itens do instrumento foram agrupados em 5 subescalas.

1) Alienação (6 itens): Objetiva medir a experiência subjetiva de ser avaliado de forma inferior aos demais membros da sociedade ou ter a identidade deteriorada;

2) Aprovação do estereótipo (7 itens): Objetiva medir o grau de concordância dos respondentes com os estereótipos sobre doença mental;

3) Percepção de discriminação (5 itens): Objetiva identificar a percepção dos respondentes da maneira como são frequentemente tratados pelos outros;

4) Evitação social (6 itens): Objetiva identificar estratégias de evitação;

5) Resistência ao estigma (5 itens): Objetiva descrever a experiência de resistir ou não ser afetado pelo estigma internalizado. Essa subescala possui pontuação invertida e busca verificar a validade das respostas.

Os autores utilizaram outros instrumentos, além da ISMI, para realizar as análises de correlação, sendo: *Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale*, *Rosenberg self-esteem scale*, *Devaluation-Discrimination scale*, *The Boston University (BU) Empowerment Scale*, *The Personal Empowerment Scale* e *Recovery Assessment Scale*.

Os resultados encontrados pelos pesquisadores indicaram uma boa consistência interna, representada por um coeficiente *alpha de Cronbach* igual a 0,90. As cinco subescalas apresentaram os seguintes níveis de consistência interna e fidedignidade no teste reteste respectivamente: Alienação ($\alpha=0,79$; $r=0,68$); Aprovação do Estereótipo ($\alpha=0,72$; $r=0,94$); Percepção de discriminação ($\alpha=0,75$; $r=0,79$); Evitação Social

($\alpha=0,80$; $r=0,89$) e Resistência ao Estigma ($\alpha=0,58$; $r=0,80$). Pelo fato da subescala de resistência ao estigma ter apresentado um baixo coeficiente de confiabilidade, os autores testaram uma versão com 24 itens. Essa versão com 24 itens teve um coeficiente alpha de 0,91 e a correlação no teste reteste de 0,73.

As análises correlacionais indicaram uma associação positiva da ISMI com a escala Desvalorização-Discriminação ($r=0,35$) e a escala CES-D ($r=0,53$) e inversamente associada com a escala de autoestima ($r= -0,59$), empoderamento ($r= -0,52$), encorajamento pessoal ($r= -0,34$) e orientação de recuperação ($r= -0,49$). Adotou-se um valor $p<0,01$. Utilizou-se a Análise Fatorial Exploratória de Máxima Verossimilhança.

A análise fatorial foi realizada com o instrumento composto por 24 itens. A escolha dos 4 fatores foram inicialmente estabelecidos com base nos pressupostos teóricos. A escolha do número de fatores também foi confirmado pela regra do polegar, onde 4 fatores multiplicados por 24 itens, indicam a necessidade de uma amostra mínima de 96 participantes, mas com 29 itens e 5 fatores a amostra mínima deveria ser com 145 participantes.

Os resultados da ISMI demonstraram uma boa fidedignidade e evidências satisfatórias de validade. As análises demonstraram que o constructo estigma se difere de outros constructos medidos pelas outras escalas. A ISMI se apresentou como um instrumento útil para medir estigma internalizado entre portadores de transtorno mental (Ritsher, et al., 2003).

2. Introdução

A assistência oferecida ao portador de transtorno mental passou por significativas transformações ao longo dos anos, fundamentada na busca por melhoria do tratamento e respeito aos direitos humanos. A política de desinstitucionalização psiquiátrica colaborou para a promoção de mudanças positivas no cenário brasileiro, apresentando-se como um avanço na área e demarcando inúmeros aspectos ainda por desenvolver e qualificar.

Os movimentos emergentes à reforma psiquiátrica objetivavam a reformulação da função terapêutica dos hospitais, interpretando a institucionalização como apenas uma etapa do tratamento. A interação com a comunidade foi estimulada de modo a estabelecer uma aproximação da psiquiatria com a saúde pública, atentando-se para as peculiaridades do sujeito e a importância de um trabalho psicossocial (Alves, et al, 2009).

As lutas para sua reinserção social e garantia de tratamento qualificado, configuram-se como uma tentativa de diminuir o distanciamento social vivido pelo portador de sofrimento mental ao longo dos anos. Foram construídas e estimuladas novas formas de relacionamento entre o portador de sofrimento mental e a sociedade de modo a promover a cidadania e bem-estar (Alves, et al, 2009).

Atualmente o acompanhamento oferecido aos pacientes portadores de transtorno mental ainda é insuficiente, tendo em vista as dificuldades e entraves envolvidos nesse processo, incluindo dificuldades políticas, econômicas e capacitação profissional. Além disso, considera-se que os serviços substitutivos ainda são considerados de número reduzido para a demanda atual do país (Hanson & Rapp, 1992).

As novas perspectivas políticas adotadas no Brasil também impulsionaram o reconhecimento e importância dos aspectos psicossociais envolvidos no processo de

saúde doença. Entre os processos psicossociais importantes para o portador de transtorno mental, podemos destacar o estigma internalizado.

O estigma internalizado é um significativo problema a ser enfrentado pelos portadores de transtorno mental, acarretando uma série de prejuízos para sua vida, como baixa autoestima, baixa autoeficácia e baixa aderência ou procura por tratamento (Alexander & Link, 2003, Corrigan, 1998). O fenômeno estigma internalizado é avaliado pela psicologia social em diversos grupos e condição de saúde, como HIV/AIDS e dependência de substâncias, no entanto a grande maioria dos estudos é voltada para a investigação desse fenômeno entre os portadores de transtorno mental.

A percepção da sociedade sobre uma condição de saúde estigmatizada, como o sofrimento mental, pode exercer um papel importante na forma como os grupos estigmatizados são tratados, assim como a percepção de perigo, imprevisibilidade ou violência (Link & Phelan, 1999), e essas concepções presentes na sociedade se tornaram componentes das crenças individuais vinculadas ao desenvolvimento do estigma internalizado.

O auto estigma tem forte influência nos resultados das intervenções propostas pelos serviços de saúde, devendo ser interpretado como importante para a instauração da melhoria da qualidade de vida das pessoas que sofrem de alguma doença (Hansson, 2006) considerando o efeito do estigma na vida das pessoas e sua influência na qualidade de vida das mesmas (Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997).

Os serviços de saúde mental devem oferecer alternativas de tratamento que possibilitem melhoria na qualidade de vida, de modo a manter os benefícios ao longo do tempo, configurando a necessidade de levar em consideração os efeitos do estigma. Um dos dificultadores é a falta de dados consolidados para exploração dos aspectos relacionados ao fenômeno estigma. O escasso número de produção científica sobre o

tema no Brasil dificulta o conhecimento do fenômeno e consequentemente a elaboração de políticas e formas de tratamento apropriadas. Uma das formas de se explorar esse fenômeno psicossocial é através do desenvolvimento de instrumentos de medida padronizados e confiáveis, que devem ser utilizados como otimizadores do processo de avaliação psicológica.

A utilização de medidas em psicologia sofreu algumas transformações no decorrer dos anos, influenciada pelas mudanças e demandas sociais, questões éticas e avanços teóricos no campo no conhecimento. No passado, a avaliação psicológica se restringia a aplicação de testes isolados, sem levar em consideração a necessidade de adaptação e adequação desses instrumentos para o uso, o que levou a uma associação da avaliação a uma prática de exclusão social (Reppold, 2011). No entanto, essa concepção foi sendo modificada a partir do momento em que a avaliação psicológica deixou de ser associada à utilização restrita de instrumentos de medida (visão simplista).

A avaliação em psicologia passou a ser entendida como uma área responsável pela operacionalização das teorias psicológicas em eventos observáveis, de modo a fomentar a observação sistemática do fenômeno investigado, estabelecendo uma relação direta entre a teoria e prática, ou seja, entre a ciência e a profissão (Primi, 2003).

Atualmente os pesquisadores que objetivam desenvolver instrumentos de mensuração, tem buscado atender a um rigor metodológico e teórico cada vez maior, objetivando acatar as necessidades metodológicas e técnicas dos instrumentos, como as diferentes evidências de validade, a necessidade de contextualização dos resultados e a relevância social do instrumento (Reppold, 2011). Além das necessidades mencionadas inerentes ao processo de avaliação psicológica na atualidade, Noronha e Reppold (2010) ressaltam a necessidade de se atentar para os aspectos éticos e a preocupação com o bem-estar e responsabilidade social.

O respeito aos preceitos éticos é de caráter crucial no que se refere à avaliação psicológica, incluindo o uso de instrumentos de medida. Segundo Hutz (2009), três princípios éticos devem estar presentes no momento da avaliação psicológica e utilização de instrumentos, sendo: *Beneficência* – refere-se à avaliação do benefício que trará para o avaliado em detrimento do eventual malefício que essa pode provocar, *Respeito* – refere-se à necessidade de oferecer informação clara e precisa sobre a avaliação para o avaliado; e *Justiça* – refere-se à necessidade dos dados serem avaliados a luz do contexto onde a avaliação foi conduzida. Um dos desafios para o uso ético e competente dos instrumentos está na qualificação da formação profissional, tanto para a construção dos instrumentos de medida quanto para o uso adequado dos instrumentos disponíveis.

A utilização de instrumentos de medida para a avaliação de fenômenos psicológicos é de grande importância na prática clínica e na pesquisa, no entanto é crucial que o teste seja adequado para a população que se objetiva estudar, para que os resultados possam ser confiáveis e possam servir para a elaboração de conclusões (Leite, 2011). Além da escolha adequada do instrumento é fundamental que as instruções dadas pelos autores sejam repetidas e o estado físico e psicológico do avaliado seja verificado (Leite, 2011).

É importante ressaltar que o instrumento psicológico é apenas uma ferramenta no processo de avaliação psicológica (Urbina, 2007). O resultado de um exame psicométrico não deve ser analisado de forma individualizada, ou seja, outros fatores devem ser levados em consideração, como ambiente de inserção do paciente e histórico de doença, pois o resultado da medida propriamente dita pode ser influenciado por outras características do sujeito que serão verificadas clinicamente (Leite, 2011).

Estudos tem mostrado a necessidade de construir novos instrumentos de mensuração do estigma internalizado ou aperfeiçoar as escalas existentes de modo a auxiliar na investigação desse fenômeno e suas implicações na vida do seu portador, visto que os instrumentos são imprescindíveis para a elaboração de intervenções efetivas para reduzir o estigma internalizado e melhorar a recuperação do paciente (Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting, & Rye, 2008, Luoma, O’Hair, Kohlenberg, Hayes & Fletcher, 2010).

Para que um instrumento de medida possa ser utilizado em um contexto cultural diferente do que foi construído, seja para prática profissional do psicólogo ou para fins de pesquisa, é necessário que o mesmo seja validado, procedimento que envolve tanto a adaptação dos itens quanto a avaliação das propriedades psicométricas (Bandeira, Del Prette, Del Prette & Magalhães, 2009).

O presente estudo tem por objetivo traduzir e validar para o contexto brasileiro a Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI-BR, apresentando e discutindo as evidências de validade e fidedignidade obtida pela análise psicométrica da mesma.

3. Transtorno mental

3.1 Aspectos históricos da Reforma Psiquiátrica

O processo social de construção da concepção do transtorno mental passou por grandes transformações ao longo dos anos, demarcando a existência de diferenças entre as características dos seres humanos e formação de categorias sociais. As diversas conotações negativas atribuídas ao portador de sofrimento mental representaram a formação de estigma e rótulos sociais, que sucessivamente são internalizados pelos portadores de tal condição de saúde.

Considera-se relevante destacar a significativa influência do contexto social e situacional para a formação das concepções estigmatizantes inerentes aos portadores de sofrimento mental, avaliando-se as consequências sociais e pessoais no âmbito afetivo, cognitivo e comportamental, tanto na perspectiva do estigmatizador quanto na do estigmatizado (Dovidio, Major & Crocker, 2003). O processo de estigmatização do portador de transtorno mental é antigo e persistente ao longo da história, inclusive a própria história da psiquiatria é permeada pela construção de crenças e estereótipos negativos para com o portador dessa condição de saúde (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999).

Tendo em vista a influência do processo histórico na construção da concepção social do portador de sofrimento mental, considera-se relevante o conhecimento da historicidade e da evolução dos fatos para se compreender os fenômenos sociais, as representações e os lugares ocupados por essa população (Gonçalves & Sena, 2001). Uma longa trajetória marcada pela exclusão, intolerância e descrédito, sobretudo as formas desumanas de tratamento instituídas pelos hospícios e casas de internamento, foi vivenciada pelos portadores de transtorno mental.

O século XX foi marcado por alguns questionamentos acerca do modelo de tratamento psiquiátrico hospitalocêntrico. Desrespeito aos direitos humanos. Denúncias de violência começaram a surgir entre algumas camadas sociais e novos modelos de tratamento foram sendo elaborados, no qual se pregava uma maior interação e democracia nas relações entre os pacientes e os profissionais (Barros & Egry, 1994). Estratégias diferenciadas foram sendo propostas a fim de efetivar o rompimento com o hospital psiquiátrico e instituir uma reforma psiquiátrica em diferentes países, culminando o surgimento da proposta de Reforma Psiquiátrica (Alves et al, 2009, Fortes, 2010).

O modelo da reforma psiquiátrica teve por objetivo romper com o paradigma psiquiátrico clássico, questionando as bases científicas, culturais e políticas da internação, defendendo uma horizontalização do poder entre o técnico e o paciente (Robaina, 2010).

No Brasil, a década de 50 foi marcada pela criação do primeiro hospício (em 1952), consolidando o modelo hospitalar no país (Fortes, 2010). A partir da segunda metade de década de 70, emergiram críticas à ineficiência do estado, incluindo a assistência à saúde e o caráter privatista da política de saúde, iniciando uma série de questionamentos e denúncias ao abandono, maus-tratos e violência a que eram submetidos os pacientes internados nos hospícios do país (Tenório, 2002).

Em 1970, as críticas dos profissionais da saúde acerca das condições de tratamento, culminaram no surgimento do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil (Furtado & Campos, 2005). O Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP) surgiu a partir da década de 80 o qual propunha um modelo de intervenção que possibilitasse a desinstitucionalização do portador de sofrimento mental de modo a proporcionar o resgate da cidadania e reinserção social (Randemark, Jorge & Queiroz,

2004). De acordo com Silva (2011), a reforma psiquiátrica no Brasil foi inaugurada em uma crise do modelo assistencial vigente na época.

A partir da década de 80, importantes mudanças foram sendo observadas, como a inauguração da chamada desinstitucionalização do portador de transtorno mental (Prandoni & Padilha, 2004, Tenório, 2002). Foi promulgado o projeto de lei nº 3.657/89 (Lei da Reforma psiquiátrica) (Amarante, 1995, Tenório, 2002) e a Lei 10. 216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de sofrimento mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, certificando os direitos do portador de sofrimento mental, a responsabilidade do estado na promoção de política de assistência a saúde, incluindo a participação da sociedade e da família e vedando a internação psiquiátrica perante a existência de serviços substitutivos e extra-hospitalares cabíveis para o tratamento (Forte, 2010). A reforma foi um movimento permeado por muitos conflitos, envolvendo muitas camadas sociais (Silva, 2001)

Os movimentos da Reforma Psiquiátrica culminaram na criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de modo a estabelecer uma rede de atenção diária a saúde mental, priorizando uma assistência comunitária (Brasil, 2005).

A criação desses serviços substitutivos como estratégia prática da reforma psiquiátrica teve por intuito garantir ao portador de transtorno mental a sua cidadania e reinserção social por tanto tempo negada. No entanto, devemos considerar os impasses encontrados no processo de instauração dos serviços substitutivos, pois não basta apenas fechar as portas dos hospitais psiquiátricos, e sim organizar a sociedade de modo a respaldar o retorno desses indivíduos para o convívio social, objetivando a desconstrução gradativa do estigma associado a eles (Sadigursky & Tavares, 1998).

3.2 Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico

A Legislação em Saúde Mental no Brasil prevê a substituição do modelo centrado na referência hospitalar para a instauração de um modelo de atenção diversificado pela base territorial, buscando garantir a consolidação de uma rede de atenção extra-hospitalar (Brasil, 2004a). Os modelos de atenção à saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica passaram a ser constituídos por serviços substitutivos ao hospital que estivessem em acordo com os ideais propostos pela reforma. Tais ideais basearam-se na necessidade de transformação da clínica para que esta pudesse atuar como mediadora entre o tratamento necessário e o acesso a dispositivos sociais, de modo a estabelecer uma nova relação entre os portadores de transtorno mental e a sociedade, baseada no respeito e na convivência com a diferença.

As iniciativas municipais na implantação dos serviços substitutivos passaram a ser ressarcidas através de portarias ministeriais, objetivando deslocar os recursos das internações psiquiátricas para ações de modelo assistencial em saúde mental (Hirdes, 2009).

Para a consolidação da transformação do modelo assistencial hospitalocêntrico, destaca-se a criação de novas modalidades assistenciais, denominadas de serviços substitutivos, sendo: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias assistidas), Centros de Convivência, Serviços ambulatoriais, unidade psiquiátrica em hospital geral, dentre outros (Brasil, 2001). Tais serviços funcionam dentro da rede do Sistema Único de Saúde - SUS.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Os Centros de Atenção Psicossocial compõem a principal estratégia de reforma psiquiátrica e constituem-se nas modalidades de serviços de *CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Infância e adolescência e CAPS*

Álcool e outras drogas, definidos por ordem de abrangência e especificidade de atendimento. São instituições abertas à comunidade, destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais severos e persistente, visando prestar atenção diária à saúde em um regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Objetiva estimular a integração social através de ações intersetoriais e parcerias com a comunidade, promover a autonomia do paciente, gerenciar projetos terapêuticos personalizados, organizar uma rede de atendimento em saúde mental, desenvolver atividades individuais, em grupos, familiares e comunitárias (Brasil, 2004b).

Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral: Consiste na criação de leitos destinados ao atendimento de pacientes com transtornos psiquiátricos dentro de um hospital geral. Tem por objetivo diminuir a estigmatização dos pacientes, diminuir o tempo de internamento e melhorar o atendimento (Tavares, 1997). Atualmente os leitos psiquiátricos em hospital geral são insuficientes (Gentil, 2007).

Residências terapêuticas: Os Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias assistidas) funcionam como unidades de suporte aos pacientes que foram submetidos a tratamento psiquiátrico hospitalar prolongado e que não possuem suporte familiar ou outra possibilidade de moradia, visando promover a inserção social, autonomia e reabilitação psicossocial (Suiyama, Rolim & Colvero, 2007).

Centros de convivência: Os Centros de Convivência são serviços com um papel diferenciado e estratégico que dispõem do espaço terapêutico para a convivência e recreação dos pacientes com transtornos mentais, pois utiliza recursos fora do campo sanitário e patológico, como a cultura, nas suas mais diversas expressões, tendo como objetivo a ressocialização e a produção de fortes efeitos terapêuticos na vida dos pacientes frequentadores desse serviço (Brasil, 2004a).

Ambulatórios: Os atendimentos ambulatoriais são garantidos ao portador de transtorno mental destinados à realização de consultas em serviços externos ao hospital. São integrados ao Sistema Único de Saúde e funcionam como uma das portas de entrada ao sistema assistencial de saúde mental, seguindo aos princípios de hierarquização e regionalização da rede de atenção, incluindo atendimento individual e grupal. As atividades poderão ser realizadas por profissionais de ensino médio (visitas domiciliares, atendimento em grupo e atividades comunitárias), por uma equipe técnica (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou uma equipe integrada (médico generalista, enfermeiro, agentes de saúde e auxiliares) (Brasil, 2004a).

O tratamento do paciente crônico é um dos maiores desafios da saúde mental no país, uma vez que os pacientes precisam de cuidado contínuo e serviços de reabilitação psicossocial, sendo que o suporte e a aceitação social são fatores de grande importância para a recuperação (Leff & Trieman, 2000). Para que uma mudança no sistema de saúde seja satisfatória é necessário se compreender as atitudes da comunidade e a percepção do indivíduo para com sua condição de saúde.

Os serviços substitutivos em saúde mental configuram um grande avanço no que se refere à qualidade de atendimento ao portador de sofrimento mental, sobretudo no que se refere à tentativa de implementar uma nova concepção e cultura da doença mental, procurando minimizar os estigmas relacionados ao portador de sofrimento mental e os prejuízos que isso acarreta.

Apesar dos avanços em relação ao tratamento oferecido ao portador de transtorno mental, tem-se observado muitos problemas e desafios, reflexo da insuficiência dos serviços substitutivos, pouco repasse de verbas, dificuldade de reinserção social, despreparo da família e dos profissionais para receber esses pacientes, dentre outros dificultadores (Silva, 2011).

4. Estigma e transtorno mental

O termo *estigma* tem origem grega e era utilizado para referir-se a marcas corporais (cortes ou marcas com fogo), comumente utilizadas em escravos ou criminosos, que assinalavam alguma característica negativa sobre seu portador, demarcando uma diferenciação entre o grupo social dominante do grupo dominado, configurando uma conjuntura de segregação e evitação social (Neuberg, Smith & Asher, 2003). Depois de certo período histórico, a palavra *estigma* passou a ser representativa de características negativas atribuídas as pessoas, transpondo as evidências de marcas corporais (Goffman, 1978).

Segundo Goffman (1978), o estigma pode ser compreendido como uma marca ou sinal construído pela sociedade, com base em características atribuídas a determinadas pessoas ou grupos, que designa ao portador/estigmatizado um status deteriorado e menos valorizado. Segundo este autor, a sociedade cria meios de categorizar as pessoas, construindo atributos considerados comuns para os membros de cada categoria, criando pré-concepções baseadas em expectativas normativas. Dessa forma, quando nos deparamos com uma pessoa, identificamos evidências de que ela possui uma característica que a torna diferente dos outros, enquadrando-a numa categoria marcada por qualidades indesejáveis, atribuindo-a um status deteriorado, desvalorizado e desacreditado, sendo essa característica um estigma. Ao enquadrar um indivíduo em uma categoria estigmatizada, deixamos de considerá-lo em sua totalidade reduzindo-o a características inerentes à categoria na qual foi incluído (Goffman, 1978).

Após o trabalho de Erning Goffman, *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, publicado em 1963, os estudos sobre estigma se tornaram mais frequentes, inclusive no campo da psicologia social, buscando compreender como as pessoas constroem categorias e crenças estereotipadas assim como os impactos

negativos da estigmatização na vida dos indivíduos (Link & Phelan, 2001). Em uma perspectiva psicossocial, a estigmatização é compreendida como um processo dinâmico e contextual, produzido socialmente e moldado por forças históricas e sociais (Corrigan & Watson, 2002).

O conceito de estigma é constituído por uma complexidade de elementos e fenômenos e a sua definição ainda não é consensual, sendo utilizado para uma variedade de circunstâncias e de forma multidisciplinar (Link & Phelan, 2001). A variação conceitual do estigma é um problema a ser enfrentado pelos pesquisadores e estudiosos da área, justificada pela variedade de circunstâncias em que o estigma se manifesta e pela possibilidade de ser explicado à luz de diversas disciplinas (Link & Phelan, 2001).

De acordo com Hinshaw (2007), a dificuldade de se chegar a uma conclusão sobre o estigma, sobretudo em relação ao doente mental, aumenta a relevância de estudos e atenção clínica na área, uma vez que a doença mental é uma condição de saúde altamente estigmatizada, sofrendo grandes consequências negativas desse processo.

O estigma deve ser entendido e estudado como mais um fator determinante da condição de vida das pessoas (Link & Phelan, 2001). Podemos compreender o conceito de estigma sob duas perspectivas, sendo: estigma público ou social e estigma internalizado (Corrigan & Wassel, 2008).

4.1 Estigma público ou social

O estigma social ou público se fundamenta em características conferidas a membros de um determinado grupo, atribuindo-lhes um caráter desfavorecido ou desonrado pela sociedade em geral, implicando em julgamentos morais e desvalorização global (Hinshaw, 2007). Segundo Link e Phelan (1999, 2001) o estigma público ocorre

através da atribuição de uma “marca” ou rótulo a um conjunto de pessoas, levando as demais pessoas a rejeitarem e evitarem contato com o grupo estigmatizado, uma vez que essas características são indesejáveis pela sociedade, configurando uma separação entre “nós”, o grupo estigmatizador, e “eles”, o grupo estigmatizado.

O indivíduo estigmatizado é possivelmente exposto a uma desvalorização global com base em algumas características específicas que ele possui (Hinshaw, 2007). O estigma atinge indivíduos e grupos sociais de forma incisiva, sendo significativamente negativo na construção da identidade e papel social. Pessoas com transtornos mentais são comumente alvo de atribuições estigmatizantes, acarretando prejuízos e déficits em suas atividades cotidianas e autopercepção.

O estigma público pode ser destinado a vários grupos populacionais. No caso dos portadores de transtorno mental, o estigma representa uma marca negativa do público, carregada de estereótipos e crenças altamente estigmatizantes (Corrigan & Kleinleis, 2005). O estereótipo negativo atribuído a esse grupo, como “pessoas com transtorno mental são perigosas e não confiáveis”, é o fenômeno de maior responsabilidade para a estigmatização, além de gerar uma série de outras reações como o medo, raiva e coerção social (Corrigan & Wassel, 2008). Corrigan e Wassel (2008) ainda acrescentam que o estereótipo (como componente importante na formação do estigma público) pode gerar a crença de que os portadores de transtorno mental são como crianças que necessitam de ajuda e são incapazes de viver de forma independente.

Segundo Link e Phelan (2001) o estigma público é conceituado através da interação de cinco componentes. O primeiro componente inerente ao processo de estigmatização é a rotulação do indivíduo. A rotulação é fundamentada na identificação das diferenças humanas, onde ocorre uma simplificação da definição do indivíduo. O segundo componente é a ligação de estereótipos as diferenças rotuladas, ou seja, quando

há uma ligação entre as pessoas rotuladas e características indesejáveis. Estes estereótipos irão separar o grupo rotulado dos demais grupos sociais, o que proporcionará uma separação entre “nós” e “eles”, criando uma condição de separação social, que se configura como o terceiro componente do estigma. O quarto e quinto componente irão ocorrer em decorrência dos demais e se configurará como perda de status e discriminação. Destaca-se que para esses autores o estigma é totalmente dependente do poder social, político e econômico. O poder está ligado à condição de estabelecer uma diferença entre as pessoas, de identificar o grupo que possui ou não determinada característica e julgá-las como superiores ou inferiores, de modo a possibilitar a rejeição e exclusão dos grupos estigmatizados.

Para uma melhor compreensão do estigma, considera-se relevante a compreensão desses componentes, assim como, de outros fenômenos relacionados, como preconceito e atitudes, de modo a evitar a confusão conceitual entre os fenômenos.

Rótulação: A atribuição de rótulos a grupos sociais está diretamente relacionado à construção de categorias sociais. A criação de categorias é permeada por uma simplificação exagerada das características do indivíduo, no qual se observa uma característica considerada determinante e se ignora as outras, contribuindo para a seleção de diferenças humanas que são socialmente relevantes (Link & Phelan, 2001). A rotulação cria expectativas de comportamentos, tendo duas principais consequências: 1) comportamentos que não estão em acordo com o rótulo tendem a passar despercebidos e 2) as expectativas geradas pela rotulação de determinado grupo podem induzir a manifestação comportamental de modo a confirmar as expectativas. A aplicação de um rótulo pode antecipar um comportamento (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2005).

De acordo com Link e Phelan (1999) o rótulo identifica ou define que tipo de pessoa ela é e o rótulo é desviante quando usado para designar a violação de uma norma social, como é o caso dos sinais e sintomas do transtorno mental, por que eles violam as regras esperadas ou padrões normais.

Estereótipos: No processo de estigmatização, um grupo rotulado será alvo frequente de estereótipos. Os estereótipos são crenças compartilhadas sobre as características de um determinado grupo com maior propensão de ter conotações negativas (Hilton & Hoppel, 1996; Rodrigues, et al., 2005). Podem ser divididos em duas categorias, sendo: autoestereótipo – voltado para o grupo a qual se pertence e heteroestereótipo - voltado para um grupo externo (Krüger, 2004). Os estereótipos possibilitam categorizar os indivíduos mais rapidamente com base em características simples e visíveis (Rodrigues, et al., 2005), são frequentemente automáticos e facilitam a eficiência cognitiva, visto que proporcionam uma rápida tomada de decisão necessitando de poucas informações, sendo construída culturalmente (Link & Phelan, 2001).

Os pensamentos estereotipados servem a múltiplas situações, simplificando as informações obtidas a fim de evocar respostas a situações ambientais ou justificar o acontecimento das mesmas (Ronzani & Furtado, 2010). Os estereótipos podem ser negativos ou positivos e, muitas vezes, levam a generalizações incorretas (Rodrigues, et al., 2005). No processo de construção do estigma, o estereótipo será sempre negativo (Ronzani & Furtado, 2010). Na maior parte das vezes, os estereótipos caracterizam todos os indivíduos de um grupo em função de uma única característica tida como típica do grupo (Silveira, Soares, Noto & Ronzani, 2012).

A formação de categorias rotuladas e dotadas de atribuições estereotipadas podem levar o indivíduo a um afastamento do convívio social, ou seja, a uma separação do

meio, de modo que o indivíduo experiencia uma perda de status. Essa separação pode se dá pelo desejo do indivíduo, ele se afastar do meio, ou pela ação da sociedade, no qual o desejo de distanciamento acontece a partir da inferência de ameaça, causada por percepções distorcidas das diferenças entre grupos, como a falta de controle e imprevisibilidade, no caso dos portadores de transtorno mental (Blascovich, Mendes, Hunter & Lickel, 2003). A perda de status pode ser considerada uma consequência negativa da rotulação e do estereótipo, no qual o indivíduo assume um caráter desvalorizado dentro da sociedade (Link & Phelan, 2001). A perda de status e o afastamento social pode levar o indivíduo a ser alvo de preconceito e discriminação.

Preconceito: O preconceito está ligado ao processo de estigmatização, pois sua base de formação está nas crenças estereotipadas sobre as características pessoais, ou seja, a base cognitiva do preconceito é o estereótipo. O preconceito é uma atitude e se inclui aos aspectos afetivos negativos em relação a determinado grupo (Rodrigues, et al., 2005), representando o aspecto emocional da diferenciação, pela qual se desvaloriza os grupos minoritários (Hinshaw, 2007b). Os sentimentos negativos em relação a um grupo constituem o componente afetivo (preconceito) e a discriminação o componente comportamental. O preconceito está ligado ao endossamento dos estereótipos negativos (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003).

Atitudes: As atitudes são formadas por componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (Hinshaw, 2007b). São decorrentes do processo de aprendizagem e se caracterizam por uma organização duradoura de crenças e cognições, no qual se inclui componentes afetivos pro ou contra um objeto e que predispõe para uma ação coerente com as cognições e afetos (Rodrigues, et al., 2005).

Discriminação: O efeito imediato do preconceito é a discriminação. A discriminação pode ser caracterizada como uma resposta comportamental baseada no

preconceito onde há possibilidade de causar danos aos membros do grupo (Corrigan, et al., 2003). É caracterizada pela exclusão, rejeição e desvalorização (Link & Phelan, 2001). Quando nos referimos à esfera de comportamento (expressões hostis, condutas agressivas, etc.) estamos falando de discriminação, no qual se inclui crenças estereotipadas (Rodrigues, et al., 2005).

4.2 Estigma internalizado

O estigma internalizado, também conhecido como auto estigma, é considerado uma das principais consequências do estigma público. Esse processo acontece quando os indivíduos internalizam o estigma público prejudicando a si mesmo (Link, 1987). A diferenciação entre estigma público e auto estigma é que o primeiro refere-se a uma reação da população para com o portador de determinadas características estigmatizada (Corrigan & Watson, 2002).

A internalização do estigma é considerada um processo subjetivo que se inicia quando um subgrupo imerso em atitudes preconceituosas de uma cultura dominante, identificam as crenças e estereótipos sociais relativos à sua condição, sucessivamente concordam com essas atribuições, ou seja, passam a acreditar que suas características pessoais são representadas adequadamente por essas conotações e aplicam essas atitudes e crenças estereotipadas a si mesmo, tendo a experiência de diminuição da autoestima e auto eficácia, afastamento social e desvalorização social (Corrigan, Watson & Barr, 2006). Esse processo de construção do estigma internalizado é reforçado por outros estudo na área (Angermeyer & Matschinger, 2004, Corrigan, 1998, Corrigan & Watson, 2002, Link, 1987, Link, Cullen, Struening, Shrout & Dohrenwend, 1989,).

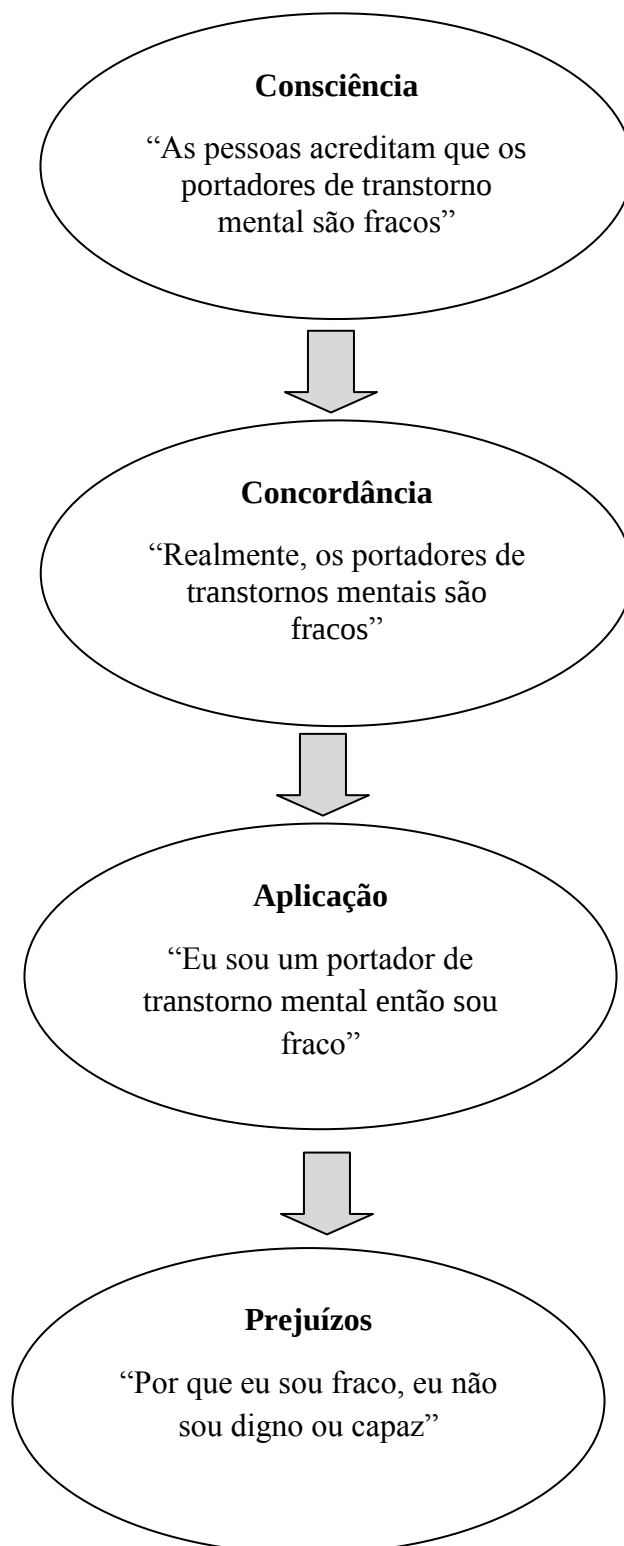
Considera-se importante salientar que a consciência do estigma não é suficiente para caracterizar o estigma internalizado, apesar de ser um componente necessário, pois

o indivíduo pode reconhecer o estigma social relacionado à sua condição e reagir de forma diferente diante dele, não necessariamente concordando e internalizando as concepções (Corrigan & Watson, 2002, Link, 1897). Os indivíduos podem reagir de diferentes maneiras diante do estigma social, no entanto três possibilidades são destacadas: a) o indivíduo pode internalizar as crenças estigmatizantes apresentando efeitos negativos em sua forma de relacionar com o mundo, além de outras consequências negativas; b) podem reagir com indignação diante dessas crenças, tornando-se ativas no sistema de saúde e mais participativa no trabalho, buscando melhorias para sua condição; e c) podem não reagir ao estigma social e o ignorar, minimizando seus efeitos e impactos na sua vida (Corrigan & Watson, 2002).

Em determinados estudos observamos uma confusão conceitual entre o estigma percebido e o estigma internalizado, sendo que esses fenômenos configuram-se como conceitos distintos. Como descrito acima, a percepção do estigma (a consciência do estigma social) é apenas o primeiro estágio para o processo de internalização do estigma (Corrigan & Watson, 2002, Corrigan & Rao, 2012). O estigma percebido se dá quando o indivíduo percebe as crenças e estereótipos negativos associados a sua condição presentes na sociedade (Luoma et al., 2007).

Uma definição conceitual clara do estigma internalizado é apresentada por Corrigan e Rao (2012), no qual se delimita os quatro componentes necessários para que ocorra esse fenômeno, sendo: *consciência* do estigma sobre sua condição de saúde, *concordância* de que esses estereótipos negativos são verdadeiros sobre o grupo a qual pertence e *aplicação* dessas concepções a si próprio e consequente diminuição da autoestima e autoeficácia. A **Figura 1** representa graficamente esse modelo.

Figura 1 – Modelo dos estágios do estigma internalizado



Fonte: Figura adaptada de Corrigan e Rao (2012).

Os efeitos negativos do estigma internalizado, assim como a sua manifestação irão se diferenciar entre os diferentes grupos e indivíduos. O estigma deve ser

compreendido e estudado como um fator determinante na condição de vida das pessoas, no qual se devem levar em consideração as peculiaridades inerentes a cada grupo estigmatizado (Link & Phelan, 2001).

4.3 Estigma internalizado e portadores de transtorno mental

O contexto cultural e social é de grande importância na formação de crenças no que se refere ao portador de transtorno mental e conseqüentemente na forma como ele é visto e tratado na sociedade. Imerso nesse contexto, o estigma se configura como um fenômeno complexo e multifacetado, uma vez que é formado socialmente e faz parte de uma cultura presente na sociedade, configurando-se como uma crença social enraizada pelos princípios históricos.

O estigma é considerado um significativo problema na vida do portador de transtorno mental, uma vez que acarreta sofrimento, discriminação e rejeição (Alexander & Link, 2003). Geib e Corrigan (2008) destacam que os portadores de transtorno mental são expostos diariamente a dois desafios inerentes a sua condição de saúde, sendo: o enfrentamento dos sintomas psiquiátricos decorrentes de sua condição e as conseqüências relacionadas ao estigma.

As conseqüências negativas podem estar relacionadas tanto ao estigma público, como a limitação de oportunidade de viver de forma independente, o impacto sobre os familiares e manutenção de medos pessoais a respeito de pessoas com transtorno mental, quanto ao estigma internalizado (Corrigan & Kleinlein, 2005). As concepções estigmatizantes podem ser mantidas na sociedade através de estereótipos e imagens negativas da doença nos meios de comunicação e legislação não igualitária (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). As crenças disfuncionais características do processo de internalização do estigma, podem impulsionar o aumento do sentimento de

inferioridade, ansiedade, depressão, angústia, vergonha e culpa (vanBrakel, 2006). Dentre outras consequências, a estigmatização pode provocar a diminuição da oportunidade de conseguir um emprego, alugar um apartamento, diminuição das habilidades sociais e rede de suporte social, angústia, raiva, auto reprovação e violência física (Corrigan, 1998).

As consequências negativas do estigma internalizado podem afetar indivíduo em duas condições distintas: primeiro, ao se tornarem pacientes psiquiátricos os indivíduos se sentem desvalorizados por pertencerem a uma categoria que eles acreditam que as pessoas veem de forma negativa; segundo, os pacientes podem estar preocupados em como será a resposta do outro à sua condição, ou seja, os pacientes internalizam expectativas de rejeição, engajando-se em mecanismos de defesa, interações tensas ou isolamento (Link, 1987, Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007).

Alguns autores ainda destacam que a internalização do estigma pode provocar a perda da autoestima e autoeficácia e perspectivas limitadas de tratamento e recuperação (Corrigan, 1998, Link, Mirotznik & Cullen, 1991). Esses impactos ainda podem desencadear um baixo rendimento, perda do emprego ou desemprego, isolamento e autorreprovação (Corrigan, 1998).

Não há indícios de que o estigma influencia o curso da doença mental, no entanto o estigma associado a um transtorno mental, como a esquizofrenia, pode levar a um baixo acesso aos serviços de saúde, atraso na busca por ajuda ou agravamento do afastamento de convívio social e recuperação (Zelst, 2009). A redução da disposição em buscar ajudar poderá levar à diminuição dos recursos de enfrentamento, levando até mesmo à hospitalização do paciente portador de transtorno mental, enquanto que uma forte identificação positiva com o grupo pode encorajar as pessoas a buscarem grupos de ajuda mútua e aumentar o empoderamento (Rüsch, et al., 2009). Um estudo

desenvolvido por Vogel, et al. (2006) concluiu que os pacientes que apresentavam maior nível de estigma internalizado compareciam com menor frequência aos serviços de aconselhamento psicológico.

Outro agravante do estigma internalizado consiste no desenvolvimento de estratégias negativas para evitar o estigma, sendo uma delas a hesitação em estabelecer relações com pares, o que pode desencadear uma perda ou diminuição de suporte e aumento do isolamento social (Verhaeghe, Bracke & Bruynooghe, 2008).

Alguns portadores de transtorno mental não apresentam condições visíveis que possibilitam o reconhecimento de seu transtorno publicamente. Nesses casos, a maior fonte de estigma pode estar no estabelecimento do diagnóstico formal dessa condição (Rüsch, et al., 2009), ou seja, o próprio diagnóstico pode exacerbar os efeitos do estigma (Ben-Zeev, Young & Corrigan, 2010). Por esse motivo, muitas pessoas que sofrem alguma condição de saúde estigmatizada, como HIV/AIDS, transtorno mental ou dependências de substâncias, acabam por não procurar tratamento (Corrigan, 2004, Corrigan & Kleinlein, 2005) ou interrompem precocemente o mesmo na tentativa de evitar ser associado a características estereotipadas e/ou sofrer as consequências do processo de estigmatização.

Alguns autores salientam que o diagnóstico formal pode transformar as crenças sobre desvalorização e discriminação de pacientes psiquiátricos em expectativas de rejeição, uma vez que as visões anteriores sobre as atitudes da comunidade em relação aos pacientes tidas como inofensivas tornam-se aplicáveis pessoalmente e nada inofensivas (Link, 1987). Neste sentido, a estigmatização pode se tornar muito mais danosa para o indivíduo do que o fato de portar uma doença em si (Ronzani, Furtado & Higgins-Biddle, 2009). Tal condição influencia direta ou indiretamente a qualidade de saúde do estigmatizado (Berger, Wagner & Baker, 2005).

Na contramão desses apontamentos, Rüschi, et al. (2009) ressalta que uma maior identificação com um grupo de pessoas na mesma situação estigmatizada pode encorajar a busca por ajuda, e um diagnóstico formal propiciaria isso. Esse pressuposto é reforçado por outros estudos que demonstram uma relação entre maiores índices de resistência ao estigma e maior autoestima, rede social satisfatória e empoderamento (Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek, & Amering, 2009).

As implicações do estigma para a vida do seu portador não são lineares, afetando as diversas esferas da vida, levando em consideração os componentes cognitivos, comportamentais e afetivos. O impacto negativo do estigma internalizado nos aspectos psicossociais do indivíduo merecem uma atenção, como no funcionamento social, esperança e autoestima (Corrigan & Wassel, 2008), assim como em outros fenômenos relacionados à saúde, como depressão. A esperança pode ser definida como uma expectativa de realização de um objetivo (Stotland, 1969 conforme citado em Herth, 1992). Estudos têm apontado que a baixa esperança está associada ao estigma internalizado (Livingston e Boyd, 2010, Soares, 2011, Corrigan & Watson, 2002).

A autoestima também é um fenômeno altamente associado ao estigma internalizado. O estudo desenvolvido por Boyd, et al. (2013) salientou que os achados mais comuns dos estudos de validação da Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI disponíveis na literatura foram a correlação entre estigma internalizado e maior depressão, baixa autoestima e maior gravidade dos sintomas.

A baixa autoestima é considerada uma das principais consequências negativas do estigma internalizado (Corrigan, 2004, Link et al., 2001, Werner, Aviv & Barak, 2008). A autoestima refere-se a como o indivíduo se sente em relação a si mesmo e fundamenta a capacidade de reagir ativa e positivamente as oportunidades da vida (Branden, 1994).

O estudo desenvolvido por Felicíssimo, Ferreira, Soares, Silveira e Ronzani (2013) mostrou que um número significativo de estudos apresentaram uma relação negativa entre estigma internalizado e autoestima, em que pessoas com maiores níveis de estigma internalizado apresentavam menor autoestima. Para Fung et al. (2007) há uma relação de influência mútua entre esses dois fenômenos, uma vez que a baixa autoestima aumenta a percepção de causas negativas em si mesmo. A relação entre estigma internalizado e autoestima está na elaboração conceitual do estigma internalizado, uma vez que ao final do processo ocorre a diminuição da autoestima e autoeficácia (Corrigan & Watson, 2002).

Os sintomas depressivos também estão correlacionados com a manifestação de estigma internalizado (Vyavaharkar et al., 2010, Werner, Stein-Shvachman & Heinik, 2009, Yen, et al., 2005). A depressão pode levar ao desenvolvimento do estigma internalizado, uma vez que leva a avaliações negativas sobre o eu e a vida, e o auto estigma pode levar à depressão (Kanter, et al., 2008, Ritsher et al., 2003). No entanto, a direção dessa associação precisa ser verificada com cuidado.

Tendo em vista a grande quantidade de consequências negativas provocadas pelo estigma, considera-se fundamental o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao mesmo. Corrigan (1998) salienta que uma estratégia é promover o empoderamento dos estigmatizados e ensinar maneiras de enfrentar o estigma usando estratégias cognitivas e comportamentais que resignifiquem a concepção de estigma internalizado. Acredita-se que essas técnicas podem minimizar a diminuição da autoestima e autoeficácia passando a construir melhores expectativas para consigo mesmo.

Rüsch, et al., (2005) ressaltam que as iniciativas para reduzir o estigma devem ser pautadas em três estratégias: contato, educação e protesto. O contato configura-se

por estabelecer situações saudáveis em que o estigmatizado interaja com os demais grupos sociais. Algumas pesquisas tem apontado essa estratégia como positiva no qual se verifica a associação desta com a diminuição do desejo de distância social (Angermeyer & Matschinger, 1997) e menor discriminação (Angermeyer & Matschinger, 2004). O protesto configura-se como uma maneira de pressionar o poder público para a criação de leis mais igualitárias e melhor proteção legal para as pessoas portadoras de transtorno mental. O protesto tem se mostrado eficiente na redução de imagens públicas negativas acerca da doença mental (Rüsch, et al., 2005). Outra medida a ser considerada na tentativa de diminuir o estigma é a necessidade de se oferecer informação de qualidade a comunidade e ao estigmatizado, uma vez que as informações distorcidas podem estimular o afastamento social, raiva e hostilidade. As mudanças de atitudes, comportamento e crenças devem ser o foco das iniciativas de redução do estigma, e a educação é aliada fundamental nesse passo (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003).

No entanto, considera-se imprescindível o desenvolvimento de pesquisas fidedignas visando à investigação desse fenômeno, de modo a incentivar propostas de tratamentos e redução do estigma pautadas no conhecimento real sobre o fenômeno em questão e o seu significado para cada indivíduo em sua realidade específica. É importante que se desenvolva meios confiáveis, contextualizados e válidos de se estudar a internalização do estigma, e os fatores que envolvem e formam esse processo (Vauth, Kleim, Wirtz & Corrigan, 2007). Uma das formas de se verificar o estigma internalizado é por meio da utilização de escalas psicométricas, que se configuram como uma fonte de obtenção de informação fidedigna e adequada.

A utilização de instrumentos voltados para identificação do estigma internalizado em pacientes portadores de transtorno mental pode significar um grande

avanço na área, uma vez que o estigma internalizado poderá ser identificado pelo próprio profissional de saúde, possibilitando uma adequação e contextualização das iniciativas de tratamento.

4.4 Instrumentos de estigma internalizado para portadores de transtorno mental

O desenvolvimento de pesquisa sobre o estigma internalizado, sobretudo na construção de medidas confiáveis é de grande importância, uma vez que proporciona o desenvolvimento de formas de tratamento mais apropriadas e qualificadas. Ainda se considera escasso os estudos sobre validação ou construção de instrumentos, sobretudo no âmbito nacional, tendo em vista alguns avanços e crescimentos nos estudos internacionais.

Uma pesquisa desenvolvida por Soares, et al., (2011) objetivou identificar os instrumentos de mensuração do estigma presentes na literatura, no qual 11 instrumentos foram identificados, sendo todos construídos e validados para realidade internacional: 1) Versão Turca da Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) estudo de validação desenvolvida na Turquia e voltada para a avaliação do estigma internalizado em população portadora de transtorno mental geral (Ersoy & Varan, 2007); 2) Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS) desenvolvida para avaliar o estigma internalizado em portadores de transtorno mental nos Estados Unidos da América (Corrigan, et al., 2007); 3) Versão Americana da Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI), desenvolvida nos Estados Unidos da América e tem por objetivo avaliar o estigma internalizada em portadores de transtorno mental geral (Risher, et al., 2003); 4) Self-stigma of Mental Illness Scale (CSSMIS) estudo de validação voltada para população com transtorno mental geral (Fung, et al., 2007); 5) Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH) desenvolvida nos Estados Unidos da América e é voltada para transtorno

mental geral (Vogel, et al., 2006); 6) Depression Self-Stigma Scale (DSSS) desenvolvida nos Estados Unidos da América e objetiva medir estigma internalizado em uma população portadora de depressão (Kanter, et al., 2008); 7) Internalized HIV/AIDS Stigma Scale (IHSS), desenvolvida nos Estados Unidos da América e tem por finalidade avaliar o estigma internalizado em portadores de HIV/AIDS (Sayles, et al., 2008); 8) Internalized AIDS-Related Stigma Scale (IA-RSS) foi desenvolvida na Inglaterra e tem por finalidade avaliar o estigma entre portadores de HIV/AIDS (Kalichman, et al., 2009); 9) Stigma Scale for Chronic Illness (SSCI) desenvolvida para avaliar o estigma em pessoas com distúrbios neurológicos nos Estados Unidos da América (Rao, et al., 2009); 10) Self-Stigma of Depression Scale (SSDS) foi desenvolvida na Austrália e objetiva avaliar o estigma entre pacientes com depressão (Barney, et al., 2010); e 11) Weight self-stigma questionnaire (WSSQ) desenvolvida nos Estados Unidos da América e procura avaliar o estigma em pacientes com obesidade (Lillis, et al., 2010).

Um estudo desenvolvido por Boyd, et al., (2013) teve por objetivo investigar todas as versões da Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI disponíveis na literatura. Verificou-se a existência de 55 versões do instrumento validadas em diferentes países e línguas e para populações clínicas diferenciadas, como transtorno mental geral, dependência de substâncias, depressão, esquizofrenia, dentre outras.

No que se refere à literatura nacional, é reconhecido o estudo desenvolvido por Soares (2011) cujo objetivo foi validar para realidade brasileira uma escala de mensuração do estigma internalizado entre pacientes portadores de dependência de substâncias. O estudo consistiu na validação da Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI (Ritsher, et al., 2003) adaptada para dependentes de substâncias. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 299 dependentes de substâncias em tratamento na cidade de Juiz de Fora, MG. A versão brasileira composta por 29 itens se mostrou válida e

confiável para o uso, prometendo ser um instrumento útil para mensurar estigma internalizado entre os dependentes de substâncias.

A fim de identificar instrumentos brasileiros que avaliem estigma internalizado, realizou-se uma busca nas bases de dados BVS, Lilacs, Scielo, Psycinfo, Web of science e Pubmed utilizando os descritores “saúde mental”, “Brasil” e “estigma” (para BVS, Lilacs e Scielo) e “mental disorder”, “brazil” e “stigma” (para Psycinfo, Web of science e Pubmed). Foram encontrados 298 estudos, dos quais, nenhum se referia à validação ou construção de instrumentos para mensurar o estigma internalizado. Esse resultado nos aponta para a escassez de estudos no Brasil e uma possível inexistência de instrumentos publicados para avaliar estigma internalizado em portadores de transtorno mental.

A definição do conceito de estigma internalizado pode gerar alguns equívocos, pois existe uma grande proximidade conceitual desde com outros construtos relacionados, sobretudo aqueles que são importantes para a formação do estigma, como atitudes e estereótipos. É relevante destacar a existência de instrumentos brasileiros que objetivam avaliar construtos relacionados ao estigma na população portadora de transtorno mental, como é o caso da Escala Community Attitudes Toward Mentally Ill – CAMI. A escala foi validada para o contexto brasileiro e tem por finalidade avaliar as atitudes da comunidade em relação ao doente mental (Siqueira, 2009). O estudo da atitude da comunidade é de grande importância para a implementação e expansão dos serviços de saúde mental e investigação das variáveis relacionadas ao seu processo de saúde inclusive para a exploração dos componentes do estigma internalizado entre os pacientes de modo a colaborar para uma melhor avaliação psicológica do paciente e adequação do tratamento e melhoria da qualidade de vida do mesmo.

Encontra-se na literatura estudos desenvolvidos no Brasil que tem por finalidade avaliar o estigma, no entanto esses estudos não fazem uso de instrumentos validados para avaliação desse construto. O estudo desenvolvido por Lucchesi e Malik (2009) objetivou avaliar o estigma voltado aos portadores de transtorno mental na cultura dos hospitais gerais enquanto fator limitante para implementação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Os autores avaliaram o estigma através de entrevistas e observação participante entre o corpo clínico de um hospital geral em Taubaté, São Paulo. Outro estudo cujo objetivo foi avaliar o estigma público com relação a doença de Alzheimer utilizou como instrumento uma entrevista semi estruturada baseada na avaliação de três dimensões do estigma (estereótipo, preconceito e discriminação) construída especificamente para o estudo (Blay, Peluso, 2010).

O estudo desenvolvido por Elkington, et al., (2010) que objetivou explorar a associação entre estigma percebido da doença mental e comportamentos de risco ou proteção de contaminação de HIV em pacientes do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, utilizou a escala Stigma of Psychiatric Illness and Sexuality among Women (SPISEW), relatando ter traduzido e adaptado culturalmente o instrumento para a pesquisa, porém não apresentou as evidências de validade e propriedades psicométricas da escala para o uso no Brasil. O estudo de Nunes e Torrenté (2009) teve por objetivo avaliar os processos estigmatizantes e modalidades de violência vividos por portadores de transtorno mental dos centros de atenção psicossocial da Bahia e Sergipe. Os pesquisadores utilizaram para coleta de dados entrevistas e grupos focais com familiares e usuários dos serviços. O estudo desenvolvido por Peluso e Blay (2009) em São Paulo utilizou um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores do estudo para avaliar o estigma público em relação às pessoas com esquizofrenia.

Os estudos citados apontam para o interesse em se desenvolver pesquisas sobre estigma no Brasil, no entanto verifica-se o foco na avaliação do estigma público e a não utilização de medida psicométrica, indicando a necessidade de se desenvolver instrumentos confiáveis e válidos para a realidade nacional.

O desenvolvimento de medidas em psicologia no Brasil ainda é pouco desenvolvido quando comparado com a produção internacional, e seu uso ainda é pouco disseminado entre os profissionais da rede básica de saúde, sobretudo para a avaliação de fenômenos psicossociais. O desenvolvimento de medidas requer certo grau de rigor metodológico e cuidado na delimitação do construto a ser mensurado.

5. Medidas em psicologia

A utilização de instrumentos de medida em psicologia pode trazer importantes contribuições para a prática profissional, seja na elaboração de um diagnóstico ou na investigação de fenômenos psicossociais, inclusive auxiliando no processo de tomada de decisão inerente à conduta profissional de tratamento (Manfredini & Argimon, 2010).

O uso de medidas psicológicas suscita questionamentos e críticas entre os estudiosos e profissionais da área, considerando a maior dificuldade de quantificação do seu objeto de estudo, quando comparado com medidas em ciências exatas. As principais críticas quanto à utilização de instrumentos nesta área se referem à possibilidade de mensuração de um fenômeno abstrato, pois a medida psicológica usualmente envolve uma variável inerente ao indivíduo quase sempre referente a construtos hipotéticos e abstratos (Erthal, 1987). Essa característica da medida em psicologia configura a necessidade primordial de descrever cuidadosamente o fenômeno observado (Erthal, 1987).

O desenvolvimento e utilização de medidas passaram por transformações ao longo dos anos, configurando uma evolução e aperfeiçoamento da técnica de construção, utilização e precisão dos instrumentos. De acordo com Pasquali (2003), as avaliações psicológicas, incluindo o desenvolvimento de testes, tiveram início por volta de 1880 com os trabalhos de Galton, que visavam avaliar as aptidões humanas através da medida sensorial. As décadas seguintes, segundo Pasquali (2003), configuraram o avanço na área, demarcada pelos estudos de Cattell por volta de 1890, que focou na investigação das diferenças individuais e pelos estudos de Binet, na década de 1900, com a avaliação das aptidões humanas sob a perspectiva da saúde e da educação, influenciado pelas propostas de Spearman que por sua vez inaugurou o pensamento e os fundamentos da teoria psicométrica clássica. Após o desenvolvimento da teoria clássica

da psicometria, as décadas seguintes foram marcadas por importantes avanços, como: Emergência dos testes de inteligência (1910 a 1930), a década da análise fatorial (1930), a era da sistematização (1940 a 1980) e a era da psicometria moderna (1980) (Pasquali, 2003).

Segundo Pasquali (2003), os primeiros testes psicológicos para avaliação das aptidões humanas, foram desenvolvidos no final do século XIX e início do século XX, período no qual a psicometria ganhou forças e se desenvolveu. A criação de medidas em psicologia também foi influenciada pelo crescimento da estatística, pela necessidade do homem de voltar seu pensamento para si próprio e pelos estudos desenvolvidos na área da psicofísica (Erthal, 1987). Neste período, destaca-se a junção da psicologia experimental ao movimento de criação dos testes (Erthal, 1987). De acordo com Noronha e Alchieri (2002) a regulamentação da psicologia enquanto profissão também contribuiu para a consolidação do uso de instrumentos padronizados no desenvolvimento de avaliação psicológica.

Atualmente os instrumentos padronizados têm sido cada vez mais utilizados na avaliação de diferentes fenômenos da saúde mental (Duarte & Bordin, 2000). Os instrumentos caracterizam-se por procedimentos sistemáticos de coleta de informações úteis e confiáveis que contribuem para o processo amplo e complexo da avaliação psicológica. Os instrumentos em psicologia são ferramentas que proporcionam uma avaliação mais detalhada e cuidadosa dos dados coletados, ou seja, do fenômeno manifesto pelo sujeito, proporcionando o desenvolvimento de estudos, planejamento adequado de tratamento e acompanhamento do paciente (Dennis, Ferguson & Tyrer, 1992).

Os testes psicológicos são ferramentas importantes no processo de avaliação psicológica, contribuindo para o estabelecimento do diagnóstico diferencial, tipo de

tratamento necessário e prognóstico, inclusive no campo da psiquiatria (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005). A avaliação psicológica constitui uma fonte de informação dos fenômenos psicológicos, visando dar subsídios para os trabalhos realizados na área de atuação do psicólogo, no qual a demanda e os fins aos quais se destina necessariamente antecede o processo de avaliação (Santos, 2011). A avaliação psicológica é um método científico e a inclusão de instrumentos de mensuração sistematizados no processo de avaliação agrega positivamente a esse procedimento, possibilitando a obtenção de informações sobre aspectos psíquicos do sujeito de modo confiável e válido (Anache, 2011, Noronha, 1999).

Os instrumentos de medida proporcionam contribuições no campo teórico e no campo prático, como na realização de diagnóstico, seleção, classificação, orientação para o tratamento e treinamento (Souza Filho, Belo & Gouveia, 2006). O conhecimento obtido por meio de um instrumento ultrapassa o campo da especulação, uma vez que se fundamenta em evidências empíricas, e apresenta propriedades adequadas de validade e precisão (Anastasi & Urbina, 2000). A partir de medidas objetivas os fenômenos psicológicos podem ser avaliados com mais confiança (Erthal, 1987).

De acordo em Erthal (1987), os instrumentos de medida desempenham 4 funções principais, sendo: *Quantificação*: permite a descrição precisa do fenômeno incluindo uma referência de magnitude; *Comunicação*: permite condensar informações para uma melhor comunicação, sendo mais precisa; *Padronização*: assegura a equivalência entre objetos com características diversas, havendo uma unificação da linguagem; e *Objetividade*: permite a classificação com menor ambiguidade.

Um aspecto relevante a ser destacado na medida em psicologia, é a possibilidade de interferências dos fatores externos e internos no decorrer da utilização de um instrumento. No entanto, essas interferências devem ser minimizadas no processo de

construção e utilização da medida. Os principais fatores que podem influenciar no resultado de uma medida psicológica, são características subjetivas da população estudada, que pode ser minimizada pela escolha adequada no instrumento, a má utilização do instrumento e os erros cometidos durante o processo de construção do mesmo (Erthal, 1987). Sendo assim, é fundamental que o psicólogo tenha conhecimento dessas possíveis interferências na medida, incluindo o conhecimento detalhado da população estudada e das características do teste, que inclui o conhecimento da população para a qual foi construído, o fenômeno que se propõe avaliar e as propriedades psicométricas apresentadas.

Um dos problemas mais graves quanto ao uso dos instrumentos é a inadequação do uso por parte dos profissionais, problema este que está diretamente relacionado à formação do psicólogo (Noronha, 2002). Deve-se levar em consideração a falha nacional no que se refere à formação técnica e ética do psicólogo, no qual se verifica a necessidade de proporcionar na formação um embasamento teórico necessário para entender, criticar e utilizar instrumentos (Trevizan, 2011).

O mau uso ou inadequação da escolha do instrumento dá margem para o surgimento de dúvidas, inconsistências e inverdades dos resultados encontrados. A escolha do instrumento, a pertinência do construto avaliado, as qualidades psicométricas (validade e precisão), e a interpretação dos resultados são critérios essenciais que devem ser colocados em prática pelos profissionais qualificados (Anastasia & Urbina, 2000). Os resultados oriundos da utilização de instrumentos psicológicos devem ser avaliados a luz da teoria que sustentou a construção do instrumento de medida (Nunes, 2011), demarcando a necessidade de se conhecer o construto avaliado.

Para um instrumento ser útil e eficiente ele precisa atender determinadas especificações que o atribuam reconhecimento e credibilidade por parte da comunidade

científica e dos profissionais que fazem uso na prática (Noronha & Vendramini, 2003). Para que um instrumento possa produzir resultados válidos e confiáveis em diferentes contextos e aplicações, faz-se necessário a verificação das propriedades psicométricas do mesmo, sobretudo no momento de elaboração do instrumento (Pasquali, 2001).

A avaliação da qualidade psicométrica dos instrumentos são de responsabilidade ética do profissional da psicologia (Tavares, 2010), tanto aquele que se propõe a construir ou validar um instrumento, quanto o profissional que se dispõe a fazer uso do mesmo.

5.1 Propriedades Psicométricas de um instrumento

A avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento é fundamental para a verificação da qualidade e possibilidade de uso do mesmo. As propriedades psicométricas referem-se, sobretudo à verificação das evidências de validade e da fidedignidade, pois essas duas propriedades são indispensáveis para o desenvolvimento de uma medida em psicologia de modo a caracterizá-la como legítima e confiável (Pasquali, 2001).

5.1.1 Fidedignidade

O conceito de fidedignidade é relatado na literatura sob diferentes expressões, como: precisão, fidedignidade e confiabilidade (Pasquali, 2001). Essa avaliação psicométrica é importante, sobretudo pela necessidade de verificar a exatidão nas medidas, minimizando os erros, que são representados pela variabilidade dos escores produzidos por diferentes aplicações do instrumento.

A fidedignidade refere-se a uma medida sem erros, ou seja, o quanto os escores dos sujeitos se mantêm idênticos em diferentes ocasiões (Pasquali, 2003). A

fidedignidade reflete o quanto um fenômeno permanece constante entre múltiplas medidas de um mesmo objeto (Duarte & Bordin, 2000) e dizem respeito a estabilidade no tempo e a consistência interna da escala (Fachel & Comey, 2003). A medida de confiabilidade de um instrumento permite determinar se ele é estável, mesmo se usado por diferentes observadores em diferentes momentos, ou seja, se os resultados obtidos serão os mesmos, caso o fenômeno permaneça imutável (Blacker & Endicott, 2000).

Viana (1973 como citado por Fachel & Comey, 2003) ressalta alguns complicadores importantes no processo de verificação da fidedignidade, sendo: uso impreciso de palavras ou palavras desconhecidas, má estruturação da frase, uso de dupla negação, instruções inadequadas, dentre outros.

A fidedignidade de um instrumento é avaliada por meio de técnicas específicas. Existe uma variedade de métodos estatísticos para esse fim. Os procedimentos de fidedignidade objetivam avaliar a estabilidade temporal (técnica do teste reteste) e a consistência interna (técnica das metades (*split half*), o coeficiente alpha de Cronbach).

a) Técnica das metades (split half)

Esse procedimento avalia a homogeneidade dos itens do instrumento testado. No método *split-half* os itens são separados em duas metades (normalmente itens pares e ímpares) e a correlação é calculada pelo escore total obtido em cada metade. O escore total de ambas as partes devem ser semelhantes. Se o resultado da correlação entre as metades for alto, o instrumento possui alta confiabilidade (no sentido de consistência interna) (Pasquali, 2003). Esse método é utilizado quando há uma única aplicação do instrumento e também mede a consistência interna do instrumento (Fachel & Comey, 2003).

Esse tipo de técnica possui a vantagem de exigir apenas uma aplicação, minimizando tempo e evitando interferências de eventos temporais (Pasquali, 1997). É

importante salientar as críticas da literatura quanto à utilização desse procedimento. Segundo Pasquali (2003), o método das duas metades pressupõe que os itens sejam equivalentes e uniformes, pré-requisito de difícil verificação, ainda mais se tratando de um instrumento multifatorial.

b) Coeficiente Alpha de Cronbach (α)

Esse procedimento é amplamente utilizado na avaliação da consistência interna dos itens, e pode ser realizada com os dados obtidos por uma única coleta de dados. Esse coeficiente é obtido pelo cálculo de três variâncias fundamentais, sendo: variância total do teste, variância de cada item individualmente e a soma das variâncias desses itens. A baixa variância entre os itens reflete uma boa confiabilidade do instrumento. Considera-se que os coeficientes próximos de 1 indicam maior homogeneidade. Por outro lado, coeficientes próximos de 0 indicam ausência de consistência interna e baixa homogeneidade.

c) Teste – reteste

Nesta técnica o sujeito é avaliado duas ou mais vezes pelo mesmo entrevistador em momentos distintos, cujo objetivo é avaliar a equivalência dos resultados dessas aplicações. O intervalo de tempo entre as duas aplicações não deve ser muito curto, para que o sujeito não lembre as respostas fornecidas anteriormente e nem muito longa, de modo que a situação sofra mudanças (Fachel & Comey, 2003, Menezes & Nascimento, 2010, Bühringer & Sassen, 2010).

Uma escala é fidedigna se as repetidas medidas apresentarem os mesmos resultados, inferindo que não foi observada mudança na característica avaliada. Esse resultado é obtido calculando-se a correlação entre o teste e o reteste. Essa medida representa a estabilidade temporal do instrumento (Fachel & Comey, 2003).

5.1.2 Validade

A validade de um instrumento permite determinar se ele mede aquilo que se propõe a medir (Duarte & Bordin, 2000, Alchieri & Cruz, 2003), ou seja, se a medida corresponde à propriedade medida dos objetos (Pasquali, 1997). Este procedimento envolve uma avaliação sistemática do instrumento, realizando-se um julgamento, por parte dos pesquisadores, sobre se o instrumento mede o que se propõe (Almeida Filho, 1989, Morley & Snaith, 1989, Menezes & Nascimento, 2000).

Alguns pressupostos teóricos defendem um agrupamento da validade em três categorias principais, sendo: validade de construto, validade de conteúdo e validade de critério (Morley & Snaith, 1989, Prieto & Muniz, 2000, Pasquali, 2003).

Validade de construto

A validade de construto é considerada central na avaliação de validade de um instrumento, uma vez que permite comprovar de maneira empírica que os itens do realmente são representantes legítimos do traço que se quer medir (Pasquali, 2003), ou seja, refere-se à capacidade do instrumento de medir um conceito abstrato um construto (Menezes & Nascimento, 2000, Bruscato, 1998). Existem várias maneiras de verificar a validade de construto, como a Análise Fatorial, Análise da Consistência Interna e Análise por Hipótese (Pasquali, 2003).

a) Análise Fatorial: A análise fatorial é uma ferramenta estatística que propicia a observação de um grande número de variáveis, agrupando-as em um mesmo tipo de variação. Esse tipo de procedimento hipotetiza que os itens agrupados em um mesmo fator referem-se a um mesmo construto, fornecendo informações sobre o construto subjacente ao instrumento (Noronha & Baptista, 2007). Verifica quantos construtos teóricos comuns são necessários para explicar a correlação entre os itens do instrumento

(Pasquali, 1997). Avalia o quanto as variáveis se correlacionam para a representação de um fator e o quanto cada fator representa o construto a ser avaliado. Os fatores são identificados de acordo com a força de correlação entre os itens.

b) Análise da Consistência Interna: A análise da consistência interna é uma medida da correlação entre os componentes individuais de um instrumento, no qual se verifica a homogeneidade dos itens (Blacker & Endicott, 2000). Esse procedimento também pode ser denominado de consistência interitens e a consistência será maior quando os itens se apresentarem de forma mais homogenia, ou seja, se apresentarem mais correlacionados entre si (Fachel & Camey, 2003). A consistência interna é observada através da correlação entre cada item de um instrumento e o escore total e ela pressupõe que os itens estejam intercorrelacionados, ou seja, que o índice de correlação entre os itens seja alto, partindo do pressuposto de que os itens contribuem para medida de um construto comum (Pasquali, 2003). A análise da consistência interna pode também indicar a fidedignidade do instrumento

c) Análise por Hipótese: É uma técnica importante para se verificar o quanto o instrumento que está sendo avaliado se correlaciona com outros instrumentos que medem construtos iguais ou diferentes.

A técnica de Análise por hipótese é amplamente utilizada para a verificação da validade de construto de um teste. Segundo Campbell e Fiske (1967, como citado por Pasquali, 2003), a verificação da validade de construto fundamenta-se na verificação de dois aspectos: 1) o teste deve ser correlacionar positivamente com outras medidas as quais ele deveria estar relacionado teoricamente (*validade convergente*) e 2) o teste não deve se relacionar com variáveis as quais ele se difere teoricamente (*validade discriminante*).

A validade convergente-discriminante permite verificar o quanto as medidas do instrumento avaliado está correlacionada com as medidas dos outros instrumentos que medem construtos semelhantes ou diferentes. A técnica de validade convergente possibilita observar se a escala se correlacionam significativamente com outros instrumentos que tenham construtos semelhantes. E a técnica de validade discriminante possibilita verificar se os itens do constructo mensurado estão relacionados a outros construtos, no qual se espera que os itens não se correlacionem com variáveis que são teoricamente diferentes (Pasquali, 1997).

Validade de conteúdo

Consiste em verificar se o instrumento constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamento, explicitando a importância de cada item dentro do instrumento (Pasquali, 2001). Os procedimentos mais utilizados é o exame cuidadoso do conteúdo da escala, e da relevância dos itens para a representatividade do instrumento, ou seja, a abrangência com que o universo do fenômeno a ser testado é captado pelo instrumento (Portney & Watkins, 1993). Esse tipo de validade, na maioria das vezes é realizado por uma análise dos juízes experientes na área ou pesquisadores e análise da literatura, incluindo análise de outros instrumentos (Pasquali, 2003), pois não há método estatísticos para a avaliação da validade de conteúdo.

A validade de conteúdo de um instrumento é garantida pela técnica de construção do mesmo (Menezes & Nascimento, 2000, Pasquali, 1997). Segundo Pasquali (2003) a validade de conteúdo é garantida cumprindo-se algumas etapas, sendo: definição do domínio cognitivo, definição do universo do conteúdo, definição da representação do conteúdo, relação entre conteúdo e processos cognitivos, construção do teste, análise teórica dos itens e análise empírica dos itens.

Validade de critério

Avalia o grau com que o instrumento discrimina sujeitos de acordo com um critério-padrão (De Micheli, 2000, Pasquali, 1997). O critério padrão é tido como a representação da verdade e é denominado “*padrão ouro*”, é útil na avaliação de um novo instrumento, considerando um instrumento previamente existente para medir o mesmo construto, de modo a comparar os dois instrumentos e avaliar os avanços do último em relação ao existente. Essa validade aborda a qualidade da escala de funcionar como um preditor de um comportamento ou se relacionar com outra medida do mesmo construto.

A validade de critério pode ser estimada por testes estatísticos, sendo esses representados pela correlação entre os resultados dos dois instrumentos. A correlação próxima de 1 indica uma associação entre os instrumentos, sugerindo que o instrumento pode ser considerado válido.

Existem dois tipos de validade de critério, sendo a *validade concorrente* e a *validade preditiva* que se diferenciam pelo tempo que ocorre entre a aplicação do teste a ser validado e o teste utilizado como critério. A *validade concorrente* é quando os dois instrumentos são aplicados simultaneamente. A *validade preditiva* é quando o teste a ser avaliado é aplicado antes do instrumento de critério (Pasquali, 2003).

5.2 Adaptação transcultural de um instrumento

A elaboração de um instrumento de medida é um procedimento bastante complexo e envolve uma série de procedimentos para que a validade e fidedignidade da medida sejam asseguradas. Para a realização desse procedimento é aconselhável à adaptação de um instrumento já devidamente testado em culturas diferentes ao invés de

desenvolver um instrumento novo em cada um dos países que objetivam investigar o mesmo fenômeno (Duarte & Bordin, 2000). A adaptação transcultural de um instrumento possibilita uma série de vantagens, dentre elas a minimização de custos e tempo e possibilidade de comparação dos resultados de pesquisas multinacionais e internacionais.

O processo de adaptação transcultural de um instrumento consiste na combinação da tradução literal das palavras e frases e no processo cuidadoso de adaptação cultural para a população alvo (Behling, 2000, Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993). Uma importante questão inerente ao processo de adaptação transcultural de um instrumento é a importância de se atentar para as diferenças entre culturas, no que se refere aos fenômenos mentais, culturas, línguas, fatores socioculturais (Duarte & Bordin, 2000).

Nas adaptações transculturais de instrumentos alguns aspectos devem ser cuidadosamente observados, como: as relações interpessoais envolvidas durante a coleta dos dados, a técnica de coleta, as questões formuladas, as tarefas requeridas, as normas, as escalas e os conceitos. Segundo Duarte e Bordin (2000) é necessário que os pesquisadores interessados a fazer a adaptação transcultural de um instrumento sigam as seguintes etapas:

Tradução e adaptação: Deve ser tão fiel quanto possível ao instrumento original, no entanto é realizada junto com a adaptação da linguagem. Deve ser elaborada por dois tradutores independentes nativos do país para o qual o instrumento está sendo validado.

Síntese: Elaborar uma versão síntese das duas traduções do instrumento

Retrotradução: Fazer uma tradução do instrumento para a linguagem original do instrumento. Feita por dois retrotradutores independentes. O objetivo dessa etapa foi

verificar a consistência da tradução, ou seja, se ele refletia os mesmos conteúdos da versão original.

Comitê de peritos: Análise de todas as versões produzidas pelo estudo (duas traduções, uma síntese e suas retrotraduções). As observações feitas durante o processo devem ser levadas em consideração pelos peritos. O objetivo dessa etapa foi produzir uma versão final. É avaliada a equivalência semântica idiomática e cultural do instrumento. Também são discutidas as instruções, itens e formato do instrumento. Essa etapa resulta na formulação da versão final do instrumento.

Estudo piloto ou pré-teste: Aplicação do instrumento em uma amostra de participantes com o intuito de verificar a compreensão dos itens por parte dos respondentes, a adequação das respostas e o formato e aplicação do instrumento.

Avaliação das propriedades psicométricas: Testar os índices de fidedignidade e validade do instrumento na nova população a ser estudada.

6. Objetivos

Realizar a adaptação transcultural e validação da Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI para o Brasil, através de dois estudos e objetivos específicos.

6.1 Estudo 1

Realizar a tradução e adaptação cultural da Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI.

6.2 Estudo 2

Avaliar a validade e fidedignidade da versão brasileira da Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI-BR (Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI)

7. Estudo 1 - Adaptação transcultural da versão brasileira da “Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI-BR”

Artigo enviado para publicação a Revista Cadernos de Saúde Pública, em novembro de 2013.

7.1 Introdução

O estigma relacionado à doença mental tem sido discutido na literatura como um processo que acarreta prejuízos significativos para essa população, incluindo desde a integração social à sua recuperação (Fung, et al., 2007). O processo de estigmatização caracteriza-se por uma desvalorização do indivíduo, associado ao isolamento social, julgamento moral e discriminação, tendo por base uma característica pessoal considerada negativa (Corrigan & Watson, 2002). Autores argumentam que o estigma ocorre quando a rotulação, a perda de status, os estereótipos e a discriminação coexistem dentro de uma estrutura de poder (Link & Phelan, 2001).

Uma das principais consequências do estigma social é a internalização do estigma que ocorre quando um subgrupo torna-se consciente dos estereótipos negativos atribuídas a eles, concordam com esses estereótipos e os aplica a si mesmo (Corrigan & Watson, 2002). Uma série de consequências negativas pode ser desencadeada pela internalização do estigma, como evitação das interações sociais e formas de tratamento, baixa autoestima, baixa autoeficácia, baixa satisfação no trabalho, no funcionamento psicossocial, nos relacionamentos e percepção subjetiva de desvalorização e marginalização (Ritsher, et al., 2003, Alexander & Link, 2003, Link, 1987, Corrigan, et al., 2006, Watson, et al., 2007).

O estudo do estigma internalizado é pouco desenvolvido no Brasil em comparação à produção internacional, que tem apresentado um crescimento significativo (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen & Phelan, 2001, Boyd, et al., 2013). A produção no Brasil é ainda menor no que se refere ao desenvolvimento de instrumentos psicométricos para este tema (Soares, et al., 2011). Desenvolver instrumentos de medidas confiáveis e válidos para investigar o estigma internalizado e suas implicações, aponta-se como uma necessidade brasileira, uma vez que estudos nesse campo do conhecimento possibilitam o desenvolvimento de intervenções efetivas de redução do estigma e consequente melhora na qualidade de vida do estigmatizado (Luoma, Rye & Kohlenberg, 2010).

Um procedimento confiável para o desenvolvimento de um instrumento é o processo de tradução e adaptação cultural de uma medida validada em outra linguagem e contexto, em detrimento da construção de uma nova medida, propiciando a comparação dos resultados em estudos multicêntricos e minimizando tempo e custo (Guillemin, et al., 1993). É relevante destacar que a estratégia de adaptação cultural de um instrumento vai além da tradução dos itens, deve ser levado em consideração o sentido e uso dos termos e o real significado da palavra em diferentes contextos (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000).

O presente estudo objetiva descrever o procedimento de tradução e adaptação cultural da *Internalized Stigma of Mental Illness, ISMI - BR*.

7.2 Método

7.2.1 Descrição do instrumento original

A Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI é um instrumento que tem por finalidade mensurar o estigma internalizado entre portadores de transtorno mental geral.

A ISMI foi originalmente publicada em 2003 nos Estados Unidos da América (Ritscher, et al., 2003). Os procedimentos de verificação das propriedades psicométricas do instrumento será apresentado em outro estudo desenvolvido pelo mesmo grupo de pesquisa (Soares, 2011).

Para a construção da ISMI, os autores desenvolveram grupos focais de pessoas com transtornos psiquiátricos que recebiam tratamento do Department of Veterans Affairs (VA) ou do sistema público de saúde mental dos Estados Unidos. Feita uma discussão geral sobre o estigma, aliada a ideias presentes na literatura, elaboraram-se afirmações correspondentes ao que pessoas com alto e baixo nível de estigma internalizado diriam acerca de como é viver como um portador de transtorno mental. Após a construção da escala, 127 pacientes do ambulatório de saúde mental com diagnóstico de transtorno mental, com ou sem comorbidades, responderam o questionário. Os respondentes eram, em sua maioria, homens que conviviam com o transtorno mental por muitos anos, mas que ainda necessitavam receber algum tipo de assistência do governo.

O questionário utilizado continha 55 itens relativos ao estigma internalizado, os quais foram examinados e reduzidos para uma escala de 29 itens. Embora a versão com 55 itens tenha mostrado uma alta confiabilidade ($\alpha = 0,92$), os autores optaram por uma escala mais curta para facilitar o seu uso em trabalhos futuros. Para cada uma das 5 subescalas, os itens que tiveram baixa correlação item-total ($r < 0,40$) foram excluídos. Em relação às opções de resposta, utilizou-se um sistema de pontuação do tipo Likert: (1) discordo totalmente; (2) discordo; (3) concordo; (4) concordo totalmente. Nas instruções, não foi utilizado o termo “doentes mentais”. Os respondentes foram encorajados a pensarem sobre si mesmos como quisessem. Os itens foram agrupados tematicamente em cinco subescalas: 1) Alienação (6 itens): busca medir a experiência

subjetiva de ser avaliado de forma inferior aos demais membros da sociedade, ou ter a identidade deteriorada; 2) Aprovação do Estereótipo (7 itens): procura medir o grau de concordância dos respondentes com os estereótipos sobre as pessoas com transtorno mental; 3) Percepção de Discriminação (5 itens): busca identificar a percepção dos respondentes da maneira como são frequentemente tratados pelos outros; 4) Evitação Social (6 itens): busca identificar estratégias de evitação nas relações sociais; 5) Resistência ao Estigma (5 itens): procura descrever a experiência de resistir ou não ser afetado pelo estigma internalizado. Essa subescala verifica a validade das respostas, pois a pontuação é invertida.

Em relação aos resultados, a ISMI composta por 29 itens apresentou consistência interna satisfatória, obtendo coeficiente alpha de Cronbach igual a 0,90 (N=127). As suas cinco subescalas apresentaram os seguintes níveis de confiabilidade na primeira aplicação dos questionários (alpha de Cronbach) e no teste-reteste: Alienação (0,79; 0,68); Aprovação do Estereótipo (0,72; 0,94); Percepção de Discriminação (0,75; 0,79); Evitação Social (0,80; 0,89); Resistência ao Estigma (0,58; 0,80). Pelo fato da subescala Resistência ao Estigma ter obtido um baixo coeficiente de consistência interna, os autores testaram uma versão da escala ISMI composta por 24 itens correspondentes às outras quatro subescalas. Esta versão com 24 itens teve um coeficiente alpha de 0,91 e a correlação no teste-reteste de 0,73.

As análises fatoriais realizadas indicaram que a ISMI foi positivamente associada à escala Desvalorização-Discriminação ($r = 0,35$) e à escala CES-D ($r = 0,53$); e inversamente associada às escalas de auto-estima ($r = -0,59$), empoderamento ($r = -0,52$), encorajamento pessoal ($r = -0,34$) e orientação de recuperação ($r = -0,49$). Para todas as análises, adotou-se valor de $p < 0,01$. O grau com o qual o constructo de estigma internalizado foi diferenciado do constructo de medida dos outros instrumentos foi

analisado através da Análise Fatorial Exploratória de Máxima Verossimilhança para a articulação dos itens da ISMI e de cada outra escala. O contraste agudo entre os fatores foi fechado usando a rotação Varimax. Em geral, os resultados mostraram que a ISMI possui boa confiabilidade e evidências de validades satisfatórias. A análise fatorial indicou que o constructo medido pelos 29 itens da ISMI, é distinto dos constructos medidos pelas outras escalas. Concluiu-se, portanto, que a escala ISMI apresentou ser um instrumento útil para medir o estigma internalizado no transtorno mental (Ritscher, et al., 2003).

7.2.2 Procedimento

Antes de iniciar o procedimento de adaptação transcultural, a principal autora do instrumento original foi contatada e concedeu autorização para que a escala fosse traduzida e adaptada para o Brasil, caracterizando um estudo de parceria entre a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e a University of Califórnia, San Francisco (UCSF).

A escolha do referido instrumento, em detrimento de outros existentes na literatura internacional (Soares, et al., 2011) se deu em função da boa qualidade psicométrica apresentada pelo instrumento original, estrutura curta e simples, fácil acesso à escala na íntegra e facilidade de contato e interesse da autora principal em participar do processo de tradução e adaptação cultural.

A adaptação transcultural da presente escala para o contexto cultural brasileiro foi realizada segundo os procedimentos recomendados por Beaton, et al., (2002). De acordo com esses autores, o processo de tradução e adaptação cultural consiste em cinco estágios: tradução do instrumento original, síntese das traduções, retrotradução, avaliação do comitê de peritos e pré-teste.

Tradução do instrumento original: A tradução do instrumento original foi realizada por dois tradutores (T1 e T2), trabalhando independentemente. Os tradutores são naturais do Brasil, e possuem domínio semântico, conceitual e cultural do idioma do instrumento original. Um dos tradutores teve acesso aos objetivos básicos que trata o instrumento, para conduzir uma tradução que considerasse as peculiaridades do tema estudado. O outro tradutor desconhecia o tema, não tendo ligações com a área de estudo. Sua tradução ofereceu uma linguagem usada pela população em geral.

Síntese das traduções: Dois juízes se reuniram para sintetizar em uma versão única as duas traduções (T1 e T2). Foram discutidas e anotadas as divergências das traduções. Essa etapa resultou na versão única (T12), que manteve o consenso dos juízes.

Retrotradução: A partir da síntese do instrumento, foram feitas 2 retrotraduções (RT1 e RT2), por 2 retrotradutores, os quais eram especialistas da língua do país do instrumento original e trabalharam com a versão única (T12) construída pelas duas traduções, sem conhecer o instrumento original. Esta etapa destinou-se a averiguar se a versão única traduzida refletia os mesmos conteúdos que a versão original, assegurando a consistência da tradução.

Comitê de Peritos: O penúltimo passo foi submeter todo o material – as duas traduções (T1 e T2), a versão única (T12) e as duas retro traduções (RT1 e RT2) ao Comitê de Peritos. Foram consideradas as observações feitas pelos tradutores, retrotradutores e juízes de síntese em cada uma das etapas. O Comitê foi minimamente formado por um professor de línguas, pelos juízes de síntese, por dois professores metodologistas, conhecedores do tema do questionário, e pela autora da escala original. Por se apresentar de maneira mais clara, optou-se por encaminhar a retrotradução 2 (RT2) à autora, de forma que ela pudesse compará-la com escala original e, assim,

avaliá-la. O objetivo desse estágio foi produzir uma versão final, sintetizando todas as versões produzidas anteriormente.

Foram discutidas instruções, itens, formato do instrumento, entre outras questões. As decisões deste comitê foram tomadas procurando garantir as equivalências semântica, idiomática e cultural entre o instrumento original e o instrumento traduzido. As equivalências semântica e idiomática correspondem ao significado das palavras e ao uso de expressões nos respectivos idiomas, e a equivalência cultural correspondem às situações apresentadas no instrumento, as quais devem referir-se às situações vivenciadas no contexto da população à qual se destina (Beaton, et al., 2002).

Durante todos os procedimentos, manteve-se contato com a autora do instrumento original e cada possibilidade de mudança foi discutida com a mesma. Optou-se pela adaptação em formato de entrevista, levando em consideração as limitações que poderiam interferir nas respostas caso se optasse pela forma de aplicação auto administrada, como o analfabetismo e problemas de linguagem. A utilização de entrevistas no Brasil permite a aplicação de questionários a sujeitos com baixo nível de escolaridade, sendo esta uma adequação importante para a população dos serviços de saúde mental (Bandeira, Calzavara, Costa & Cesari, 2009).

Pré-teste: Esse estágio teve por objetivo avaliar a compreensão dos itens, o entendimento das instruções e das opções de respostas, a estrutura do questionário, a dificuldade de responder e o grau de atenção do respondente. Objetivou-se detectar as possíveis necessidades de ajuste para a aplicação à população alvo do instrumento.

Esse estágio foi realizado em uma instituição pública da cidade de Juiz de Fora, MG, especializada no atendimento aos portadores de transtorno mental. Foram entrevistados 20 pacientes em atendimento no serviço. As entrevistas foram realizadas por uma autora do estudo. Para aplicação da escala, o entrevistador utilizava um cartão

contendo as alternativas de respostas, para facilitar a compreensão e memorização dos números correspondentes a cada opção de resposta.

O aplicador foi treinado pela equipe de pesquisadores do estudo, que incluiu a leitura minuciosa da escala, discussão dos artigos relacionados ao estudo, simulação da entrevista e discussão da experiência em campo. No decorrer do processo de aplicação, o avaliador se atentou às dúvidas e dificuldades no decorrer da entrevista, registrando-as em um diário de campo. Depois de encerrada a aplicação do questionário, o entrevistado foi questionado sobre eventuais dúvidas e dificuldade no decorrer da entrevista.

Cada entrevista teve duração média de 15 minutos. Não foi necessária nenhuma alteração na escala, sendo esta versão considerada satisfatória.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora – Parecer nº 057/2010. Todos os participantes leram e concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido. Assinado o termo, iniciou-se a aplicação do instrumento, conduzido no interior do serviço a qual o paciente se vinculava.

7.3 Resultados

1ª estágio – Tradução

Algumas divergências foram detectadas nas versões das traduções (T1 e T2) da ISMI-BR. Essas divergências foram analisadas pelos juízes no processo de síntese das traduções. No entanto, as versões foram significativamente próximas.

2º estágio - Síntese das Traduções

Neste passo, os juízes mesclaram as duas traduções, atentando para a clareza do instrumento e sua compreensão pela população a ser estudada. A versão síntese (T12) foi encaminhada a dois retrotradutores.

3º estágio – Retrotradução

As duas versões do trabalho de retrotradução foram semelhantes entre si (RT1 e RT2). Os itens 6, 12 e 16 foram idênticos entre as duas retro-traduições, apesar do retrotradutor 1 ter usado o termo “mental disorder”, e o retrotradutor 2, “mental illness”, para se referirem a “doença mental”. Os demais itens foram semelhantes entre as duas retrotraduições. Ao comparar as retrotraduições com a versão original da escala, observou-se que nenhum item da RT1 era idêntico ao da escala original, enquanto os itens 7 e 8 foram idênticos entre a RT2 e a escala original.

4º estágio - Comitê de Peritos

O Comitê de Peritos teve por objetivo construir uma versão brasileira que mantivesse as mesmas características do instrumento original, avaliando todos os elementos referentes às equivalências. Foram consideradas todas as observações e resultados das traduções e retrotraduições anteriormente citadas.

Tendo por objetivo manter a referência internacional da escala, optou-se por manter o nome do instrumento original traduzido e a sigla original. O nome final da escala foi *Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental – ISMI-BR*. No que se refere às instruções dadas ao respondente no início da aplicação do instrumento, manteve-se a tradução literal.

A partir da análise do comitê de peritos e em parceria com a autora da escala, onze itens tiveram alterações, sendo eles: 1, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 24 e 29. Os demais dezoito itens não sofreram modificação a partir da síntese das traduções (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 16, 17, 20, 22, 23, 25, 26, 27 e 28). A seguir, será descrito as alterações elaboradas nos onze itens.

No item 1, a palavra “excluído” foi substituída por “deslocado”, e o item enviado para nova retrotradução e, posteriormente, reenviado para a autora da escala.

No entanto, foi sugerida a tradução literal do termo “*out of place in the world*”, visto que “deslocado do mundo” sugere que a pessoa não está no mundo. O original “fora de lugar no mundo”, por sua vez, sugere que a pessoa não possui um lar, mas ainda está no mundo. A sugestão foi acatada.

No item 10, a palavra “gratificante” foi substituída por “satisfatória”. Nos itens 12 e 29, a expressão “estereótipos” foi alterada para “imagens”. Segundo o avaliador do comitê de peritos, “estereótipo” é um termo pouco usual e pouco preciso para a população geral. A palavra “imagem” pode ser um conceito mais claro e, ao mesmo tempo, está relacionada à conceituação técnica da palavra “estereótipo”.

No item 13, as palavras “*out of place*” e “*inadequate*” da escala original haviam sido traduzidas para “*deslocado*” e “*inadequado*” e retrotraduzidas para “*displaced*” e “*inappropriate*”. No entanto, como os significados das expressões da retrotradução se distanciaram das palavras originais, pediu-se aos retrotradutores que encontrassem um sinônimo para “*displaced*” e “*inappropriate*”. Feito isso, a palavra “*deslocado*” foi alterado para “*fora de lugar*”, e obteve-se a confirmação com o retro-tradutor de que o termo “*inadequado*” poderia ser a tradução de “*inadequate*”.

O sentido da frase do item 14 foi alterado durante a síntese da tradução, prejudicando a retrotradução. Portanto, o item foi reenviado aos dois tradutores – procedeu-se novamente a síntese das traduções – e reenviado para nova retrotradução. Em processo de análise do comitê, procedeu-se a substituição da expressão “*pessoa mentalmente doente*” para “*pessoa com doença mental*”, por considerar que o segundo seria mais compreensível pelos entrevistados.

No item 15, a palavra “*patronize*” da escala original havia sido traduzida corretamente como “*condescendência*”. No entanto, houve a inclusão entre parênteses do termo “*aprovação*” como uma maneira de explicar a expressão. Contudo, na medida

em que “aprovação” não é um sinônimo de “condescendência”, somente a palavra “condescendência” foi mantida na frase.

No item 18 houve mudança de sentido da frase na retrotradução, devido à falha na tradução. Assim, a ordem da oração traduzida foi modificada, reenviada para nova retrotradução e a versão final apresentou-se como “*As pessoas percebem que eu tenho uma doença mental pela minha aparência*”.

No item 19, a expressão “*for having*”, retrotradução de “*por eu ter*” foi substituída por um sinônimo, por sugestão da autora da escala. No entanto, a versão em português não sofreu alterações, visto que correspondia à expressão da escala original.

No item 21, a palavra da escala original “*possibly*” havia sido traduzida como “*provavelmente*” e retro-traduzida como “*probably*”. Apesar de próximas, “*possibly*” e “*probably*” possuem sinônimos distintos. Portanto, “*provavelmente*” foi substituída por “*possivelmente*” e a frase foi enviada para nova retrotradução, não ocasionando outras alterações.

Por fim, no item 24, a retrotradução “*made me feel*” não correspondeu à expressão equivalente da escala original, “*has made me*”, devido ao equívoco na síntese da tradução. Assim, a expressão “*fez com que eu me sentisse*” foi substituída por “*me tornou*”, e a frase foi enviada para nova retrotradução, não ocasionando outras alterações.

Ao final desse processo, procedeu-se a substituição do termo “*doente/doença mental*” para “*transtorno mental*”, uma vez que o segundo foi considerado mais apropriado para se referir à população. Após a consolidação dos itens do instrumento, os mesmos foram cuidadosamente analisados e transcritos na 3ª pessoa, de modo a facilitar a leitura das questões pelos entrevistadores, uma vez que a escala será aplicada em formato de entrevista. As modificações realizadas tiveram como objetivo tornar o

instrumento compreensível pela população alvo e contextualizar os itens a realidade brasileira, procurando aumentar a equivalência de significado geral dos termos.

Os itens da escala original e a adaptação final podem ser analisados na Tabela 1. Após a reunião do comitê de peritos e, acatando as sugestões e os esclarecimentos fornecidos pela autora da escala pôde-se concluir a versão para o pré-teste.

5º Estágio - Pré-teste

Esse procedimento auxiliou na verificação da compreensão dos itens por parte dos respondentes e a adequação das respostas. O pré-teste possibilitou assegurar que o instrumento estava compreensível, que os itens se adequam culturalmente ao contexto brasileiro e que mantinha as dimensões dos itens originais. Não foram constatadas dificuldades de entendimento ou adequação dos itens. Esse procedimento possibilitou a consolidação da versão final do instrumento.

Tabela 1 – Versão original e versão brasileira da “Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental – ISMI”

Item	Escala original	Versão brasileira traduzida e adaptada
1	I feel out of place in the world because I have a mental illness.	Você se sente fora de lugar no mundo por ter um transtorno mental.
2	Mentally ill people tend to be violent.	Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas.
3	People discriminate against me because I have a mental illness.	As pessoas te discriminam por você ter um transtorno mental.
4	I avoid getting close to people who don't have a mental illness to avoid rejection.	Você evita se aproximar das pessoas que não tem transtorno mental para evitar rejeição.
5	I am embarrassed or ashamed that I have a mental illness.	Você fica envergonhado ou constrangido por ter um transtorno mental.
6	Mentally ill people shouldn't get married.	Pessoas com transtorno mental não deveriam se casar.
7	People with mental illness make important contributions to society.	As pessoas com transtorno mental fazem importantes contribuições para a sociedade.
8	I feel inferior to others who don't have a mental illness.	Você se sente inferior aos outros que não possuem transtorno mental.
9	I don't socialize as much as I used to because my mental illness might make me look or behave “weird.”	Você não se socializa tanto quanto você costumava porque seu transtorno mental poderia te fazer parecer ou se comportar “estranho”.
10	People with mental illness cannot live a good, rewarding life.	Pessoas com transtorno mental não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória.

11	I don't talk about myself much because I don't want to burden others with my mental illness.	Você não fala muito sobre você mesmo porque você não quer incomodar os outros com o seu transtorno mental.
12	Negative stereotypes about mental illness keep me isolated from the "normal" world.	Imagens negativas sobre o transtorno mental te mantêm afastado do mundo "normal".
13	Being around people who don't have a mental illness makes me feel out of place or inadequate.	Estar rodeado por pessoas que não tem um transtorno mental te faz sentir fora de lugar ou inadequado.
14	I feel comfortable being seen in public with an obviously mentally ill person.	Você se sente à vontade quando está em público na companhia de uma pessoa com transtorno mental.
15	People often patronize me, or treat me like a child, just because I have a mental illness.	As pessoas frequentemente te tratam com condescendência, ou te tratam como criança apenas porque você tem um transtorno mental.
16	I am disappointed in myself for having a mental illness.	Você está desapontado consigo mesmo por ter um transtorno mental.
17	Having a mental illness has spoiled my life.	Ter um transtorno mental tem prejudicado sua vida.
18	People can tell that I have a mental illness by the way I look.	As pessoas percebem que você tem um transtorno mental pela sua aparência.
19	Because I have a mental illness, I need others to make most decisions for me.	Por você ter um transtorno mental você precisa que os outros tomem a maioria das decisões por você.
20	I stay away from social situations in order to protect my family or friends from embarrassment.	Você evita situações sociais para proteger sua família ou amigos do constrangimento.
21	People without mental illness could not possibly understand me.	Pessoas sem transtorno mental possivelmente não conseguiriam te compreender.
22	People ignore me or take me less seriously just because I have a mental illness.	As pessoas te ignoram ou não te levam a sério apenas porque você tem um transtorno mental.
23	I can't contribute anything to society because I have a mental illness.	Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter um transtorno mental.
24	Living with mental illness has made me a tough survivor.	Viver com um transtorno mental te tornou um forte sobrevivente.
25	Nobody would be interested in getting close to me because I have a mental illness.	Ninguém se interessaria em se aproximar de você porque você tem um transtorno mental.
26	In general, I am able to live my life the way I want to.	Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.
27	I can have a good, fulfilling life, despite my mental illness.	Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de seu transtorno mental.
28	Others think that I can't achieve much in life because I have a mental illness.	Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida por você ter um transtorno mental.
29	Stereotypes about the mentally ill apply to me.	As imagens sobre as pessoas com transtorno mental se aplicam a você.

7.4 Discussão

A escolha do instrumento traduzido e adaptado no presente estudo fundamentou-se nas qualidades psicométricas da escala original, sendo a mesma, confiável e válida, apresentando uma linguagem simples e fácil aplicação (Ritscher, et al., 2003).

Autores argumentam que o processo de tradução e adaptação cultural de um instrumento é importante para a comparação entre estudos de diferentes países (Falcão, Cicinelli & Ferraz, 2003) possibilitando um melhor entendimento e compreensão da dimensão dos fenômenos avaliados. A qualidade do instrumento não é garantida apenas pela tradução linguística dos itens, faz-se necessário a adaptação cultural para preservar o significado conceitual do instrumento (Beaton et al., 2000). A tradução e adaptação cultural de um instrumento requer uma metodologia específica, buscando manter a qualidade do mesmo, minimizando as chances de ocorrência de uma tradução tendenciosa e o distanciamento da versão original (Beaton, et al., 2002).

O presente estudo, baseou-se nas recomendações do *guideline* proposto por de Beaton et al. (2002), fundamentado em 5 etapas: tradução, síntese das traduções, retrotradução, avaliação do comitê de peritos e realização do pré-teste. Todas as etapas e resultados encontrados foram detalhadamente descritos no presente estudo, de modo a transparecer as adequações correspondentes ao objetivo da pesquisa, contribuindo significativamente para o entendimento do objetivo do instrumento e servindo-se de parâmetro metodológico para o desenvolvimento de futuros estudos na área.

Vale ressaltar que o contato com a principal autora da escala original (Ritscher, et al., 2003) foi de suma importância, uma vez que as informações colhidas dessa fonte permitiram realizar mudanças baseadas em evidências, como a tradução de expressões que mais se aproximavam dos termos original em inglês e adequações no sentido de alguns itens diante dos ajustes necessários.

Salienta-se no presente estudo, o cuidado com que os critérios de equivalência semântica foram analisados, considerando-se especialmente, a necessidade de não distorcer a redação dos itens, de mantê-la coerente com o contexto brasileiro e compreensível aos prováveis respondentes. Para garantir a validade do instrumento, foi levado em consideração a adaptação cultural, os hábitos e as atividades da população brasileira.

Cabe ressaltar que o processo de tradução e adaptação cultural não é suficiente para que um instrumento seja utilizado em um determinado contexto, fazendo-se necessário a verificação das propriedades psicométricas do mesmo (Dini, Quaresma & Ferreira, 2004, Pasquali, 1998, Pasquali, 2003). A avaliação das propriedades psicométricas do presente instrumento está sendo verificada pelos autores deste estudo.

7.5 Conclusão

O estudo do estigma internalizado é pouco desenvolvido no Brasil, sobretudo no que se refere à construção/validação de instrumentos. Um estudo desenvolvido por Soares, et al., (2011) relata a inexistência de estudos de validação/construção de instrumentos de mensuração de estigma internalizado no Brasil, apontando para a necessidade de desenvolvimento de pesquisas nesse campo de conhecimento.

A adoção de uma metodologia adequada para o processo de tradução e adaptação cultural é fundamental para a manutenção da qualidade de um instrumento, assim como o respeito às diferenças culturais, hábitos e atividades de uma população. É importante que os pesquisadores relatem todo o processo de tradução, a fim de que a escolha e utilização do instrumento em outros estudos sejam condizentes com os fenômenos a serem avaliados.

A versão final da *Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental – ISMI-BR* mostrou-se satisfatória após a realização do pré-teste. O instrumento apresentou linguagem adequada ao contexto brasileiro, sendo de fácil aplicação, formato adequado para o uso, entendimento apropriado por parte dos avaliados e consistência em relação ao instrumento original. Sendo assim, o instrumento se encontra apropriado para o desenvolvimento de estudo da verificação das propriedades psicométricas do mesmo.

Avanços de conhecimento – destacando estudos referente à discriminação e transtorno mental - são impulsionados pelo enfrentamento de questões relacionadas a medidas do fenômeno, como uma definição clara do construto estudado (Mello, et al., 2010). Destacando a necessidade de explorar aspectos relacionados ao fenômeno em questão de modo a ampliar a compreensão e o impacto na vida do paciente.

A adaptação transcultural de um instrumento pode representar uma fase inicial de pesquisas quantitativas na área, uma vez que pode fomentar teoricamente e estimular o desenvolvimento estratégias de prevenção (Bastos & Faerstein, 2012). O instrumento, após a validação geral, servirá como ferramenta para os profissionais de saúde, para que a avaliação do estigma internalizado seja implementada como rotina dos serviços, contribuindo para uma melhor compreensão do fenômeno e adequação no tratamento, de modo a garantir uma maior qualidade ao pacientes. Tendo em vista a amplitude do conceito de estigma internalizado e a complexidade de medida desse fenômeno, espera-se que novos estudos sejam desenvolvidos a fim de contribuir para o avanço nessa área de conhecimento.

8 Estudo 2 – Estudo das propriedades psicométricas da Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI

8.1 Justificativa

O estudo do estigma internalizado é pouco desenvolvido no Brasil, sobretudo no que se refere à construção/validação de instrumentos válidos e confiáveis para mensurar o estigma internalizado na população portadora de transtorno mental.

O estudo desenvolvido por Soares, et al., (2011) apresenta os instrumentos de mensuração do estigma internalizado presentes na literatura. Este estudo consistiu em uma revisão sistemática de literatura, cujo objetivo foi analisar os artigos empíricos de construção ou validação de um instrumento de mensuração do estigma internalizado, publicados em língua inglesa, portuguesa ou espanhola até janeiro de 2011. Foram avaliados 11 estudos e entre os instrumentos analisados, seis mensuravam o estigma internalizado referente a transtornos mentais, porém constatou-se uma limitação no que se refere à abrangência dos transtornos pesquisados. A análise revelou restrições de publicação em alguns países, como no Brasil, o que pode apresentar-se como um limitador para o desenvolvimento de estudos na área, assim como um indicador de necessidade de pesquisas nesse campo do conhecimento.

Estudos apontam para uma necessidade de se aperfeiçoar os instrumentos existentes ou desenvolver novos instrumentos para investigação do estigma internalizado, visto que as investigações por intermédio de um instrumento são de grande importância para promoção de intervenções efetivas no auxílio a redução do estigma internalizado, assim como na adesão ao tratamento (Luoma, et al., 2010).

A literatura preconiza que, quando não se dispõe de um instrumento de medida adaptado e validado para uso na cultura onde se vive, pode-se desenvolver um novo

instrumento ou adaptar um instrumento previamente validado em outra linguagem minimizando tempo, custo e tornando possível a comparação de resultados em estudos multicêntricos (Guillemin, et al., 1993). Desta forma, optou-se pela validação de um instrumento já existente, tendo em vista as vantagens desse procedimento e a possibilidade de comparação dos dados obtidos nos estudos.

Ao optamos pela utilização de um instrumento já existente, faz-se necessária a adoção de uma série de procedimentos metodológicos padronizados, para que as propriedades do instrumento possam ser avaliadas, tendo em vista as diferenças culturais. Autores salientam que os procedimentos metodológicos que precisam ser adotados envolvem o processo de tradução e adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento a ser validado (Dini, et al., 2004, Paschoal, 2000). A verificação das propriedades psicométricas do instrumento, consiste na adoção de estratégias que garantam sua legitimidade e confiança (Pasquali, 2001). O estudo a seguir tem por objetivo explorar os índices de fidedignidade e validade da ISMI-BR.

8.2 Método

8.2.1 Delineamento da Pesquisa

O presente estudo caracteriza-se por um delineamento transversal, de metodologia quantitativa. O projeto conta com a parceria da University of Califórnia, San Francisco (UCSF), instituição a qual se vincula a autora principal da escala original.

A amostra foi composta por pacientes de serviços para o tratamento de transtornos mentais, vinculados a Secretaria Municipal de Saúde Mental, da cidade de Juiz de Fora – MG. A realização da coleta dos dados na cidade de Juiz de Fora, se justifica pelo critério de conveniência em função da logística disponível,

proporcionando maior agilidade no processo. Foram incluídos os pacientes vinculados a duas modalidades de tratamento: a) pacientes que frequentaram os serviços para realizar consultas periódicas, como consultas ao psiquiatra ou psicólogos (consultas ambulatoriais); e b) pacientes que frequentaram o serviço diariamente.

Os participantes foram submetidos a um questionário em forma de entrevista individualizada com duração média 26 minutos (variando de 10 a 65 minutos). Todos os pacientes que se adequaram ao critério de inclusão foram convidados a participar da pesquisa.

8.2.2 Procedimentos de coleta de dados

Antes de dar início à coleta de dados, foi solicitada uma autorização do gestor da secretaria municipal de saúde mental, assim como, de cada coordenador das instituições envolvidas. Foi disponibilizada a cada instituição, uma cópia do projeto de pesquisa, do questionário utilizado, do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e do parecer de aprovação do comitê de ética.

As entrevistas foram realizadas na própria instituição. Os pacientes que frequentavam o serviço periodicamente foram abordados no momento que aguardavam para a consulta e os pacientes que frequentavam o serviço diariamente, foram abordados em um momento em que os mesmos não tinham atividades previstas na rotina diária de atividades. Primeiro, os pesquisadores anotavam no nome de todos os pacientes que estavam no serviço no momento da coleta e, em seguida, convidavam todos os pacientes que se adequavam aos critérios de inclusão para participar da entrevista. Os participantes eram informados sobre o objetivo, o procedimento, o anonimato, a liberdade de interromper a qualquer momento e que a entrevista não

interferiria no tratamento que eles recebiam no serviço. Após aceitar o convite, o paciente era dirigido a uma sala individualizada para a realização da entrevista. Após concluir a entrevista o participante era convidado a participar do procedimento de reteste. O reteste foi realizado no intervalo de 25 a 30 dias, por meio de entrevista individualizada no mesmo local da entrevista. O reteste foi agendado individualmente com os participantes.

As entrevistas foram realizadas por estudantes do curso de graduação em psicologia da UFJF e pela autora do presente estudo. Os entrevistadores foram devidamente treinados a fim de obter uma padronização dos procedimentos. As questões eram lidas pelo entrevistador e as respostas dos pacientes eram anotadas no questionário. Os entrevistadores fizeram uso de um cartão de resposta, que foi oferecido ao entrevistado, para facilitar a escolha das alternativas de resposta. Todos os pacientes entrevistados tinham seu nome registrado em uma planilha, de modo a evitar aplicação do questionário mais de uma vez em cada paciente.

O diagnóstico de cada paciente foi obtido mediante a análise do prontuário de registros individuais arquivados nas instituições. A busca foi feita após autorização do serviço e através do nome do paciente. A análise do prontuário se restringiu a identificar o último diagnóstico registrado pelos profissionais.

Os diagnósticos inclusos na pesquisa foram classificados de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10. A utilização do referido manual diagnóstico se deu pelo fato de ser o instrumento utilizado pelos profissionais de saúde, sobretudo psiquiatras na classificação diagnóstica dos pacientes.

Procurou-se conhecer inicialmente a rotina e procedimentos organizacionais dos serviços, tendo o cuidado de não interferir de modo negativo no funcionamento da instituição e no trabalho dos funcionários.

8.2.3 Locais de realização do estudo

As entrevistas foram realizadas em serviços municipais de saúde mental de Juiz de Fora, MG. Optou-se por conduzir a coleta de dados nos serviços especializados, por dois motivos principais: a) a fim de garantir uma maior fidedignidade nos diagnósticos atribuídos aos pacientes, uma vez que os mesmos são designados por especialistas; e b) pela facilidade em encontrar pacientes com os diagnósticos desejados para o estudo.

Os serviços nos quais foi realizada a coleta de dados são:

1. *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*: Os Centros de Atenção Psicossocial constituem a principal estratégia de reforma psiquiátrica. São instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, visando prestar atenção diária em um regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Objetiva estimular a integração social através de ações intersetoriais e parcerias com a comunidade, promover a autonomia do paciente, gerenciar projetos terapêuticos personalizados, organizar uma rede de atendimento em saúde mental, desenvolver atividades individuais, em grupos, familiares e comunitárias (Brasil, 2004b).

A Coleta de dados se deu em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora, sendo o CAPS Casa Viva (n= 40; 13,0%) e o CAPS-HU (n=110; 35,7%). Nos dois serviços foram entrevistados pacientes que frequentavam para consultas periódicas e pacientes que frequentavam o serviço diariamente.

2. *Centro de Convivência*: Os Centros de Convivência são serviços com um papel diferenciado e estratégico que dispõem do espaço terapêutico para a convivência e recriação dos pacientes com transtorno mental, pois utiliza recursos fora do campo sanitário e patológico, como a cultura, nas suas mais diversas expressões, tendo como objetivo a resocialização e a produção de efeitos terapêuticos na vida dos pacientes frequentadores desse serviço (Brasil, 2004a). A coleta se deu no Centro de Convivência Recriar, o único disponível na cidade de Juiz de Fora. O número de pacientes entrevistados foi de 25 (8,1%).

3. *Centro de Atenção à Saúde Mental (CASM)*: Consiste em uma instituição que visa prestar serviço de atendimento ambulatorial a pacientes portadores de transtorno mental de Juiz de Fora. Os atendimentos ambulatoriais são garantidos ao portador de sofrimento mental, sendo destinada à realização de consultas em serviços externos aos hospitais. Nesta instituição foram realizadas 128 entrevistas (41,6%), sendo todas com pacientes que realizavam o tratamento por meio de consultas periódicas aos profissionais.

4. *Residências Terapêuticas*: Os Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias assistidas) funcionam como unidades de suporte aos pacientes que foram submetidos a tratamento psiquiátrico hospitalar prolongado e que não possuem suporte familiar ou outra possibilidade de moradia, visando promover a inserção social, autonomia e reabilitação psicossocial (Suiyama, Rolim & Colvero, 2007). A coleta foi realizada em três residências terapêuticas da cidade, nos quais se realizou um total de 5 entrevistas (1,6%).

8.2.4 Participantes

Foram convidados a participar os indivíduos em tratamento nos serviços de saúde mental do município de Juiz de Fora e que se adequaram aos critérios de elegibilidade, sendo eles: a) ter recebido o diagnóstico de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípico e Delirantes; Transtornos do Humor (afetivos) e Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes b) ser usuário do serviço de tratamento especializado; e c) ser maior de 18 anos. Os critérios de exclusão dos participantes foram: a) apresentar dificuldade de responder o questionário devido a déficits cognitivos; e b) possuir comorbidade de dependência de substância.

Embora o instrumento original tenha sido validado para transtorno mental geral, optou-se por delimitar neste estudo de validação os três transtornos supracitados por algumas razões: a) ser os diagnósticos mais prevalentes na população brasileira; b) ser os transtornos mais comuns nos estudos de estigma internalizado (Soares, et al., 2011; Boyd, et al., 2013); c) ter por finalidade obter uma melhor avaliação das propriedades psicométricas, uma vez que quanto maior a variação de transtornos envolvidos menor a homogeneidade de manifestações e menos precisas serão as informações sobre as condições de saúde.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2011 a março de 2013. A amostra foi composta por 308 indivíduos em tratamento. O cálculo de amostragem foi feito, seguindo a recomendação metodológica de um número de participantes correspondente à proporção de dez indivíduos para cada item da escala a ser validada (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005; Pallant, 2007). No entanto, considera-se relevante destacar que a definição do tamanho da amostra varia entre os psicometristas, no qual se aponta a presença de vários critérios de escolha do tamanho da amostra, podendo variar de 10 vezes o número de itens (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010),

mínimo de 100 participantes (Hair, et al., 2005) ou mínimo de 200 participantes (Pasquali 1999). O tamanho da amostra em um estudo de verificação das propriedades psicométricas é muito importante, pois este pode influenciar diretamente nos resultados encontrados. Pallant (2007) afirma que o tamanho da amostra irá definir a possibilidade de se fazer o procedimento de análise fatorial do instrumento, demarcando a importância de se ater a esse critério para uma pesquisa de validação de qualidade. A amostra para o procedimento de reteste foi de 15 indivíduos e o período de coleta de dados para o teste reteste foi de 4 meses. Adotou-se um intervalo de 25 a 30 dias entre a primeira e a segunda avaliação (Vallerand, 1989). No procedimento de reteste o paciente foi submetido apenas à aplicação da ISMI-BR

A idade média dos participantes foi de 46 anos e o intervalo de idade foi de 19 a 72 anos. A amostra foi composta majoritariamente por participantes do sexo feminino, representando 73% do total. A descrição detalhada dos principais resultados demográficos está descrito na **Tabela 2**.

Tabela 2: Descrição das características da população estudada (n=308)*

Características	Média (DP), % (n)
Idade (anos)	46 (10,4)
Sexo	
Feminino	73,4% (226)
Masculino	26,6% (82)
Estado Civil	
Solteiro (a)	41,2% (127)
Casado (a)/Vive com companheiro (a)	37% (114)
Divorciado (a)	16,9% (52)
Viúvo (a)	4,9% (15)
Escolaridade	
Até o Ensino Médio completo	36% (111)
Até 8ª série completa	30,8% (95)
Até 4ª série completa	25,6% (79)
Ensino superior completo ou incompleto	6,5% (20)
Tempo de permanência na escola (anos)	11,76 (46,5)
Atualmente, você está trabalhando?	
Não (desempregado)	27,9% (86)
Sim (empregado)	16,2% (50)
Aposentado/encostado	53,2% (164)
Renda familiar	
De 1 a 3 salários mínimos	51,6% (159)

Até um salário mínimo	20,5% (63)
De 3 a 6 salários mínimos	12,7% (39)
Quanto tempo faz tratamento para Transtorno mental	
Mais de 11 anos	35,1% (108)
De 7 a 10 anos	25% (77)
De 4 a 6 anos	15,9% (49)
De 1 a 3 anos	14,3% (44)
Até 1 ano	7,8% (24)
Não soube responder	1,6% (5)
Quantas vezes você deu entrada em algum serviço para o tratamento do transtorno mental.	1**, 2***
Tipo de transtorno	
Transtornos de humor (afetivos).	47,7% (147)
Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes.	27,3% (84)
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes.	25% (77)

*Para algumas variáveis, o percentual está baseado em um N menor devido ao missing dos dados.

Moda, *Mediana

No que se refere às características clínicas da amostra, verifica-se que a maioria dos pacientes (75,3%) se vincularam à modalidade de tratamento periódico (realização de consultas periódicas no serviço) e 24,7% participavam da modalidade de atendimento diário (frequência diária nas instituições de saúde). O transtorno mais recorrente entre os pacientes de atendimento periódico foi o Transtornos de Humor (afetivos) (53%), e o mais recorrente entre os pacientes de atendimento diário foi a Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes (60,5%). No que se refere à porcentagem de cada transtorno por categoria de atendimento, verifica-se que 59,7% dos diagnósticos de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes se fazem presentes em pacientes da categoria de atendimento diário, 83,7% dos diagnósticos de Transtorno de Humor (afetivos) vinculam-se a categoria de atendimento periódico e 93% dos Transtornos Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes são representados na categoria de atendimento periódico. Os dados relativos ao tipo de atendimento e diagnósticos são representados na **Tabela 3**.

Tabela 3: Diagnósticos por Tipo de Atendimento

Tipo de atendimento	Diagnósticos			
	Esquizofrenia	Transtornos de humor	Transtornos neuróticos	Total
Periódico % (n)	13,4% (31)	53% (123)	33,6% (78)	75,3% (232)
% por diagnóstico	40,3%	83,7%	92,9%	
Diário % (n)	60,5% (46)	31,6% (24)	7,9% (6)	24,7% (76)
% por diagnóstico	59,7%	16,3%	7,1%	
Total % (n) por diagnóstico	25,0% (77)	47,7% (147)	27,3% (84)	100% (308)

A subamostra utilizada no reteste foi composta de 15 pacientes e o procedimento foi realizado no decorrer de 4 meses e apenas 31% dos pacientes convidados para participar do procedimento compareceram ao serviço no dia e horário agendado previamente. A idade média dos participantes foi de 48 anos. Quanto a modalidade de tratamento, 60 % (n=9) realizavam consultas periódicas e 40% (n=6) frequentavam o serviço diariamente. A descrição detalhada dos principais resultados demográficos está descrito na **Tabela 4**.

Tabela 4: Descrição das características da população incluída no reteste (n=15)

Características	Média, % (n)
Idade (anos)	48,40
Sexo	
Feminino	46,7% (7)
Masculino	53,3% (8)
Estado Civil	
Solteiro (a)	53,3% (8)
Casado (a)/Vive com companheiro (a)	26,7% (4)
Divorciado (a)	20% (3)
Escolaridade	
Até o Ensino Médio completo	20% (3)
Até 8ª série completa	20% (3)
Até 4ª série completa	33,3% (5)
Ensino superior completo ou incompleto	26,7% (4)
Atualmente, você está trabalhando?	
Não (desempregado)	6,7% (1)
Sim (empregado)	6,7% (1)
Aposentado/encostado	86,7% (13)
Renda familiar	
De 1 a 3 salários mínimos	66,7% (10)
Até um salário mínimo	26,7% (4)
De 3 a 6 salários mínimos	6,7% (1)

Quanto tempo faz tratamento para Transtorno mental	
Mais de 11 anos	53,3% (8)
De 4 a 6 anos	13,3% (2)
De 1 a 3 anos	26,7% (4)
Até 1 ano	6,7% (1)
Quantas vezes você deu entrada em algum serviço para o tratamento do transtorno mental.	1**
Tipo de transtorno	
Transtornos de humor (afetivos).	26,7% (4)
Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes.	33,3% (5)
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes.	25% (77)

** Moda

8.2.5 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram sigilosos, compostos por questionários estruturados e aplicados através de entrevistas individuais, preservando o sujeito do constrangimento. Questionário completo em Anexo 2. Os seguintes instrumentos foram utilizados:

1) Versão Brasileira da Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental (ISMI): escala que avalia o estigma internalizado de transtorno mental, composta por 29 itens, numa escala do tipo Likert de 4 pontos que varia de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, adaptada do estudo de Ritsher, et al. (2003). Os itens são agrupados tematicamente em cinco sub-escalas: a) Alienação, Aprovação do estereótipo, Percepção de Discriminação, Evitação Social e Resistência ao Estigma. O escore total varia de 29 a 116, no qual, quanto maior o escore maior o nível de estigma internalizado.

2) Escala de Auto Estima de Rosenberg (EAER): a escala de auto estima de Rosenberg é amplamente aceita no meio acadêmico internacional por ser uma escala com qualidade psicométrica e de rápida e fácil aplicação (Dini, et al., 2004). Tal escala foi validada e adaptada para o contexto cultural do Brasil, em uma população clínica e

obteve propriedades psicométricas consideradas adequadas. A escala consiste em 10 itens de uma escala do tipo Likert de 4 pontos que varia de “concordo plenamente” a “discordo plenamente”. O escore total varia de 10 a 40, sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de autoestima. Esta escala foi utilizada para validade de constructo da ISMI. Tem-se por hipótese que a correlação da ISMI com a EAER será negativa. Estudos tem demonstrado que o estigma está relacionado à baixa autoestima (Link et al. 1997).

3) Escala de Esperança de Herth (EEH): consiste em 12 itens escritos de forma afirmativa em que a graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos, variando de ‘concordo completamente’ (1) a “discordo completamente” (4). É uma escala de autorrelato, de fácil e rápida aplicação. O escore total varia de 12 a 48 sendo que, quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança. A EEH apresentou boas qualidades psicométricas na sua validação para a realidade brasileira, sendo: *Alpha de Cronbach* de 0,834, teste reteste de $p=0,97$ (Sartore & Grossi, 2008). Esta escala foi utilizada para validade de constructo da ISMI. Tem-se a hipótese de que a EEH seja negativamente correlacionada com a ISMI.

Este instrumento está sendo validado para a população brasileira de dependentes de substâncias por Monteiro e Ronzani (2013) (Manuscrito em preparação). Os resultados tem apontado para qualidades psicométricas satisfatórias para a validação do instrumento. A fidedignidade do instrumento está sendo avaliada, apresentado os seguintes resultados: Coeficiente Alpha de Cronbach de 0,79 e Coeficiente Spearman-Brown de 0,70.

4) Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D): Os sintomas da depressão são medidos através da escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). A escala compreende itens

relacionados a humor, comportamento e percepção que foram considerados relevantes em estudos clínicos sobre depressão (Radloff, 1977). É um instrumento de rastreio formado por recursos simples, rápidos e úteis na identificação da vulnerabilidade à depressão ou sintomas depressivos. A escala é um instrumento composta de 20 itens e tem a finalidade de detectar sintomas depressivos em populações adultas. Os itens são pontuados em uma escala Likert de 4 pontos que varia de “raramente” a “durante a maior parte do dia”. O escore total varia de 20 a 80, sendo que quanto maior o escore mais alto é o nível de sintomas depressivos e os itens 4, 8, 12 e 16 apresentam pontuação invertida. O estudo de validação deste instrumento para o Brasil apresentou boas propriedades psicométricas (Silveira & Jorge, 1998). A CES-D é um dos instrumentos mais utilizados no âmbito acadêmico.

A escala foi validada por Silveira e Jorge (1998) para uma população de jovens e uma pequena amostra de farmacodependentes. O instrumento está sendo validado por Casela e Ronzani (2013) (Manuscrito em preparação) para população de dependentes de substâncias. Neste estudo a CES-D tem apresentado boas qualidades psicométricas na avaliação da fidedignidade (Alpha de Cronbach= 0,87; Coeficiente Spearman-Brown = 0,79).

5) Questionário sócio demográfico: O questionário sócio demográfico foi elaborado pela própria equipe do projeto e foi utilizado para a caracterização dos participantes da pesquisa. Inclui as variáveis: idade, gênero, estado civil, escolaridade, tempo de permanência na escola, status profissional, renda familiar, tempo (anos) de tratamento, número de vezes que deu entrada em serviços para tratamento do transtorno mental. Também foram avaliadas algumas características clínicas, sendo o tipo de tratamento realizado e o tipo de transtorno de cada paciente.

8.3 Análise de dados

Os dados coletados foram digitados por dois digitadores diferentes, em um banco de dados da versão 15.0 do software *Statistical Package for Social Science - SPSS®*. As duas versões da digitação foram comparadas para detectar eventuais erros de digitação, que foram corrigidos para formar o banco de dados consolidado.

Após a consolidação e organização das variáveis, os dados foram submetidos a análises estatísticas descritivas e inferenciais. As análises descritivas foram utilizadas para a caracterização da amostra, realizando-se os cálculos de média, mediana, desvio padrão, moda e frequência das variáveis ordinais e nominais. Para as estatísticas inferenciais foi utilizado o Coeficiente de Correção de Spearman, pois todas as avaliações confirmaram uma distribuição não paramétrica das variáveis, Coeficiente Alpha de Cronbach (α) para avaliação da fidedignidade, Coeficiente Sperman-Brown para avaliação da fidedignidade pelo método *split half*, Coeficiente de Correlação Intraclass para avaliação do teste reteste, Análise Fatorial de Máxima Verossimilhança para avaliar a validade de construto, Análise dos Componentes Principais para verificar a validade de construto e a distribuição fatorial dos itens, teste Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade da distribuição, teste Kaiser Meyer Olkin (KMO) e teste de Bartlett para avaliar a adequação da amostra para análise fatorial.

Foi adotado um nível de significância de 5% em todos os testes estatísticos ($p < 0,05$). O teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) foi realizado para a ISMI-BR completa, para cada subescala e para todos os instrumentos utilizados. A escolha deste teste se deu pelo fato de termos uma amostra superior a 50 indivíduos.

A análise da fidedignidade da ISMI-BR foi realizada através da análise da consistência interna, estimada pelo *Coeficiente Alpha de Cronbach (α)*, pela técnica das duas metades (*Split-half*), estimada por meio do *Coeficiente Sperman-Brown* e pela

análise de estabilidade temporal obtida pela técnica do teste reteste, estimado pelo *Coeficiente de Correlação Intraclass (ICC)*. A análise pelo *Coeficiente Alpha de Cronbach (α)* foi realizada no instrumento completo (ISMI-BR), em cada subescala que compõe o instrumento e em todos os instrumentos utilizados no estudo. A fidedignidade alpha de cronbach da ISMI-BR foi realizada com a escala composta por 29 itens e a escala com 24 itens, no qual foi retirada a subescala de Resistência ao Estigma. A técnica *Split-half* também foi realizada com a ISMI-BR de 29 e 24 itens.

O teste reteste foi utilizado para avaliar a estabilidade temporal do instrumento, no qual se utilizou a Análise de Correlação Intraclass (ICC) entre os escores obtidos no teste e no reteste de um mesmo conjunto de indivíduos.

Para a verificação da validade de construto utilizamos o procedimento de Análise por Hipótese (Pasquali, 2001), enfocando a técnica de validação, a técnica de análise fatorial e a análise da consistência interna. Para a verificação da Análise por Hipóteses, partiu-se da premissa de que o construto estigma internalizado é inversamente correlacionado ao construto de autoestima e esperança e positivamente correlacionado ao construto depressão.

Para a verificação da validade convergente, foi realizada a correlação do construto estigma com outros construtos teoricamente distintos, mas inversamente (negativamente) relacionados, realizando a correlação entre o construto estigma internalizado (ISMI-BR) e os construtos esperança (EEH) e autoestima (EAER). Ainda para a verificação da validade convergente, procedeu-se a correlação entre o construto estigma internalizado (ISMI-BR) e o construto depressão (CES-D), considerando que esses construtos são distintos, porém teoricamente relacionados, partindo da hipótese de que existe uma correlação positiva significativa entre esses construtos. Para esse

procedimento utilizamos *Coeficiente de Correlação de Spearman's (rho)*, pois os itens não apresentaram distribuição normal.

A análise da consistência interna do instrumento foi verificada através da correlação entre o escore total da ISMI-BR e o escore de cada subescala e entre os escores das subescalas. Utilizou-se a *Correlação de Spearman's (rho)*.

Para uma exploração mais detalhada da validade de construto foi realizada a Análise dos Componentes Principais e Análise Fatorial de Máxima Verossimilhança.

A Análise Fatorial de Máxima Verossimilhança foi conduzida sobre a matriz de correlação dos itens com extração de dois fatores pelo método de máxima verossimilhança, utilizando a rotação Varimax. Os valores de adequação da amostra para a análise foi obtido pelo teste KMO e pelo teste de Bartlett para cada interação da ISMI-BR com os outros instrumentos. Adotou-se como critério de adequação o valor do teste de Bartlett $p < 0,05$ (Pallant, 2007) e o KMO de 80 ou mais excelente; 70 a 80 regular; 60 a 70 baixo; menos que 50 inaceitável (Hair, et al., 2010).

A Análise dos Componentes Principais foi conduzida sobre a matriz de correlação dos itens, com extração dos fatores pelo Método dos Componentes Principais com rotação Varimax. Foi adotado o critério mínimo de 0,40 de carga fatorial para a retenção dos itens na escala (Hair, et al., 2010, Dancey & Reidey, 2006). Esse procedimento foi realizado com a versão da ISMI-BR composta por 24 itens, direcionada para resultar em uma solução de quatro fatores. A escolha por uma extração de 4 fatores justifica-se teoricamente pelo fato do instrumento com 24 itens ser subdividido em 4 subescalas, no entanto a confirmação do número de componentes a serem retidos na análise fatorial foi avaliada a partir do valor do *eigenvalues* superior a 1,0, utilizando a análise gráfica do *Gráfico de Sedimentação (Scree Test)* (Zwick & Velicer, 1986). Os valores de adequação da amostra foi obtido através do teste KMO e o

teste de Bartlett. Adotou-se como critério de adequação o valor do teste de Bartlett $p < 0,05$ (Pallant, 2007) e o KMO: 80 ou mais excelente; 70 a 80 regular; 60 a 70 baixo; menos que 50 inaceitável (Hair, et al., 2010).

Optou-se por utilizar as mesmas análises desenvolvidas pelo estudo original (Ritsher, et al., 2003) e pelo estudo de validação da ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias (Soares, 2011), a fim de comparar os resultados da validação com a escala original e com o estudo desenvolvido no Brasil.

8.4 Aspectos Éticos

Os participantes foram informados dos objetivos, procedimentos e aspectos éticos da pesquisa, mediante a explicação e leitura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo 3). Foi garantido o anonimato dos questionários e o participante foi privado de qualquer tipo de constrangimento. Os questionários serão armazenados em local apropriado por cinco anos na sala do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas - CREPEIA (UFJF/ICH – Departamento de psicologia). A pesquisa é considerada de risco mínimo de acordo com a resolução do CNS 196/96. A presente pesquisa conta com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora - Parecer de aprovação nº 007/2011 (Anexo 4).

8.5 Resultados

8.5.1 Fidedignidade

Verificou-se a consistência interna da ISMI-BR composta por 29 e 24 itens, procedimento semelhante ao desenvolvido pelo estudo original de construção do

instrumento. A escala com 24 itens foi testada devido ao fato da subescala de Resistência ao Estigma apresentar baixo coeficiente de fidedignidade - resultado observado a partir da análise de fidedignidade da ISMI-BR com 29 itens. A versão com 24 itens é composta por apenas 4 fatores.

O *Coeficiente Alpha de Cronbach* (α) da ISMI-BR com 29 itens foi de 0,90 e o *Coeficiente Sperman-Brown (split half)* foi de 0,86. O *Coeficiente Alpha de Cronbach* (α) da ISMI-BR com 24 itens foi de 0,91 e o *Coeficiente Sperman-Brown (split half)* foi de 0,88.

Os valores do *Coeficiente Alpha de Cronbach* de cada subescala da ISMI-BR são apresentados na **Tabela 5**, assim como os valores da escala original e da ISMI-BR validada para dependentes de substâncias. Os escores de fidedignidade das subescalas da ISMI-BR variam de 0,55 a 0,80. A subescala que apresentou melhor consistência interna foi Evitação Social com o Alpha (α) de 0,80 e a subescala que apresentou pior consistência interna foi Resistência ao Estigma com $\alpha = 0,55$. Como podem ser observados na **Tabela 5** os valores de fidedignidade da ISMI-BR são muito semelhantes aos valores encontrados na ISMI original (EUA).

Tabela 5: Consistência interna pelo Coeficiente Alpha de Cronbach ISMI-BR (n=308), ISMI Original (n=127) e ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias (299)

Subescala/Escalas	ISMI-BR (α)	ISMI Original (α)	ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias (α)
Alienação	0,77	0,79	0,67
Aprovação de estereótipo	0,71	0,72	0,53
Percepção de discriminação	0,72	0,75	0,58
Evitação social	0,80	0,80	0,69
Resistência ao estigma	0,55	0,58	0,32
Escore total 29 itens	0,90	0,90	0,83
Escore total 24 itens	0,91	0,91	0,85

A fidedignidade de todos os instrumentos envolvidas no presente estudo também foi verificada através do *Coeficiente Alpha de Cronbach*. A Escala de Esperança de Herth

(EEH) apresentou um Alpha de 0,85, a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) apresentou um coeficiente Alpha de 0,91 e a Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER) apresentou um coeficiente de 0,83.

A análise do teste reteste foi conduzida com o escore total do instrumento composto por 29 e 24 itens. Utilizou-se o método de Análise de Correlação Intraclass (ICC) para obtenção do resultado. Os resultados revelaram uma correlação significativa entre os escores do teste e do reteste da escala geral e das subescalas. Apenas a subescala de Resistência ao estigma apresentou correlação não significativa e fraca. Os resultados são apresentados na **Tabela 6**.

Tabela 6: Coeficientes de correlação do teste e reteste, intervalo de confiança e significância da ISMI-BR (n=15) e ISMI Original (n=16)

	ISMI-BR			ISMI Original	
	Correlação Intraclass	Sig.	Intervalo de confiança	Correlação*	Sig.
Alienação	0,82	p<0,001	0,56 – 0,93		
Aprovação de estereótipo	0,77	p<0,001	0,46 – 0,91		
Percepção de discriminação	0,76	p<0,001	0,42 – 0,91		
Evitação social	0,75	p<0,001	0,43 – 0,91		
Resistência ao estigma	0,34	p=0,098	-0,18 – 0,71		
Escore total 29 itens	0,80	p<0,001	0,51- 0,93	0,92	p<0,05
Escore total 24 itens	0,80	p<0,001	0,52 – 0,93		

*não descreve o tipo de correlação realizada

A pontuação média dos itens individuais da ISMI-BR alocados dentro das 5 subescalas são apresentados na **Tabela 7**. A título de comparação, a tabela apresenta os valores médios dos itens da ISMI original (Ritcher, et al., 2003) e da ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias (Soares, 2011). Pode-se verificar que a pontuação média dos itens da ISMI-BR varia de 2,06 a 3,00. O desvio padrão (DP) variou de 0,65

a 0,92. Os Três itens da ISMI-BR que apresentaram maior média de pontuação foram “Ter um transtorno mental tem prejudicado sua vida”, “As pessoas te discriminam por você ter um transtorno mental” e “Você não fala muito sobre você mesmo porque você não quer incomodar os outros com seu transtorno mental”.

Tabela 7: Média e desvio padrão (DP) dos itens da ISMI-BR (n=308), ISMI Original (n=127) e ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias (n=299).

Itens completos	ISMI-BR (n=308)		ISMI Original (n=127)		ISMI-BR para dependentes (n=299)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<i>Alienação</i>						
17-Ter um transtorno mental tem prejudicado sua vida.	3,00	0,84	2,6	0,88	3,49	0,64
16-Você está desapontado consigo mesmo por ter um transtorno mental.	2,70	0,85	2,4	0,87	3,33	0,73
21-Pessoas sem transtorno mental possivelmente não conseguiriam te compreender.	2,70	0,77	2,4	0,73	2,76	0,84
01-Você se sente fora de lugar no mundo por ter um transtorno mental.	2,69	0,92	2,6	0,77	2,78	0,90
05-Você fica envergonhado ou constrangido por ter um transtorno mental.	2,55	0,88	2,4	0,81	3,02	0,86
08-Você se sente inferior aos outros que não possuem transtorno mental.	2,51	0,91	2,2	0,82	2,60	0,92
<i>Aprovação do estereótipo</i>						
02-Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas.	2,54	0,79	2,1	0,69	2,74	0,89
29-As imagens sobre as pessoas com transtorno mental se aplicam a você.	2,51	0,75	2,2	0,71	2,67	0,75
19-Por você ter um transtorno mental você precisa que os outros tomem a maioria das decisões por você.	2,36	0,83	2,0	0,68	2,35	0,81
18-As pessoas percebem que você tem um transtorno mental pela sua aparência.	2,34	0,84	2,1	0,79	2,88	0,82
10-Pessoas com transtorno mental não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória.	2,26	0,81	2,0	0,84	2,78	0,93
06-Pessoas com transtorno mental não deveriam se casar.	2,11	0,79	1,9	0,75	2,13	0,92
23-Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter um transtorno mental.	2,06	0,78	1,8	0,65	2,28	0,87
<i>Percepção de Discriminação</i>						
03-As pessoas te discriminam por você ter um transtorno mental.	2,82	0,82	2,6	0,78	3,29	0,69
28-Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida por você ter um transtorno mental.	2,61	0,83	2,6	0,73	2,93	0,85

22-As pessoas te ignoram ou não te levam a sério apenas porque você tem um transtorno mental.	2,61	0,81	2.5	0.70	2,93	0,84
15-As pessoas frequentemente te tratam com condescendência, ou te tratam como criança apenas porque você tem um transtorno mental.	2,34	0,83	2.4	0.71	2,48	0,82
25-Ninguém se interessaria em se aproximar de você porque você tem um transtorno mental.	2,25	0,74	2.2	0.78	2,55	0,81
<i>Evitação Social</i>						
11-Você não fala muito sobre você mesmo porque você não quer incomodar os outros com seu transtorno mental.	2,82	0,79	2.7	0.76	3,07	0,79
09-Você não se socializa tanto quanto você costumava porque seu transtorno mental poderia te fazer parecer ou se comportar “estranho”.	2,80	0,82	2.6	0.84	3,01	0,79
12-Imagens negativas sobre o transtorno mental te mantêm afastado do mundo “normal”.	2,65	0,81	2.5	0.74	2,99	0,80
13-Estar rodeado por pessoas que não tem um transtorno mental te faz sentir fora de lugar ou inadequado.	2,53	0,84	2.3	0.77	2,70	0,85
20-Você evita situações sociais para proteger sua família ou amigos do constrangimento.	2,48	0,82	2.4	0.73	2,89	0,79
04-Você evita se aproximar das pessoas que não tem transtorno mental para evitar rejeição.	2,38	0,84	2.3	0.84	2,74	0,89
<i>Resistência ao Estigma</i>						
26-Geralmente você é capaz de viver uma vida como você quer.	2,40	0,80	2.5	0.85	2,46	0,89
14-Você se sente a vontade quando está em público na companhia de uma pessoa com transtorno mental.	2,30	0,74	2.6	0.73	2,22	0,77
24-Viver com um transtorno mental te tornou um forte sobrevivente.	2,21	0,78	2.1	0.82	2,60	0,87
27-Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de seu transtorno mental.	2,19	0,73	2.2	0.78	2,70	0,88
07-As pessoas com transtorno mental fazem importantes contribuições para a sociedade.	2,09	0,65	2.1	0.74	2,77	0,87

A **tabela 8** apresenta a média e o desvio padrão do escore total de cada subescala e da ISMI-BR completa.

Tabela 8: Média e desvio padrão (DP) dos escores totais da ISMI-BR e das subescalas

ISMI-BR e Subescalas	Média	DP
Alienação (6 itens)	16,23	3,53
Aprovação do Estereótipo (7 itens)	16,25	3,41
Percepção de Discriminação (5 itens)	12,68	2,77
Evitação social (6 itens)	15,73	3,50
Resistência ao Estigma (5 itens)	11,26	2,25
ISMI (29 itens)	71,96	12,41
ISMI (24 itens)	60,81	11,39

8.5.2 Validade de construto

Análise por hipótese

A validade de constructo avaliada pelo método de análise por hipótese foi verificada através da correlação entre a ISMI-BR e as outras escalas envolvidas no estudo. Os resultados mostraram uma correlação estatisticamente significativa entre o escore total da ISMI-BR e das escalas EEH, EAER e CES-D, apresentando um $p < 0,001$. As correlações foram feitas utilizando o *Coeficiente de Correlação de Sperman (rho)*, uma vez que todas as escalas configuraram-se como não paramétricas após a verificação de normalidade pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. As correlações estão representadas na **Tabela 9**.

Houve uma correlação positiva entre os escores da ISMI-BR e da CES-D, assim como esperado ($\rho = 0,59$), representando uma satisfatória validade convergente. Observou-se uma correlação negativa entre os escores da ISMI-BR e da EEH ($\rho = -0,62$) e a EAER ($\rho = -0,67$), conforme esperado, indicando uma boa validade convergente. Também foram significativas as correlações entre as subescalas da ISMI-BR e as outras escalas. A subescala da ISMI-BR que apresentou menor correlação com as outras escalas foi a subescala de Percepção da Discriminação (EEH = $-0,37$; EAER = $-0,40$; CES-D = $0,33$). A subescala da ISMI-BR que apresentou melhor correlação com

as outras escalas foi a subescala de Alienação (EEH = -0,55; EAER = -0,63; CES-D = 0,55).

Tabela 9: Correlação entre os escores da ISMI-BR e as escalas EEH, EAER e CES-D

ISMI	EEH	EAER	CES-D
29 itens	-0,62*	-0,67*	0,59*
Alienação	-0,55*	-0,63*	0,55*
Aprovação de Estereótipo	-0,50*	-0,48*	0,45*
Percepção de Discriminação	-0,37*	-0,40*	0,33*
Evitação Social	-0,49*	-0,52*	0,50*
Resistência ao Estigma	-0,47*	-0,52*	0,36*

*p<0,001

Análise da Consistência Interna

No que se refere à avaliação da consistência interna referente à correlação entre os componentes do instrumento, o resultado das correlações foram estatisticamente significativos ($p < 0,01$) e todas as correlações apresentaram índices satisfatórios. A subescala de Resistência ao Estigma foi a que apresentou um menor índice de correlação com o escore total ($\rho = 0,52$) e com as outras escalas. A subescala de Alienação foi a que apresentou melhor índice de correlação com o escore total da ISMI-BR ($\rho = 0,87$). A correlação entre o escore total da ISMI-BR e cada subescala são apresentados na **Tabela 10**. Utilizou-se o *Coeficiente de Correlação de Sperman* (ρ), após a verificação de normalidade pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*.

Tabela 10: Correlações entre o escore total as 5 subescalas da ISMI-BR

ISMI	29 itens	Alienaç.	Aprov. E.	Perc. D.	Evit. S.	Resist. E.
29 itens	1	0,87*	0,77*	0,73*	0,84*	0,52*
Alienaç.		1	0,57*	0,56*	0,71*	0,40*
Aprov. E.			1	0,49*	0,57*	0,29*
Perc. D.				1	0,59*	0,25*
Evit. S.					1	0,30*
Resist. E.						1

*p<0,001

Análise Fatorial

Foram realizados no presente estudo, a Análise Fatorial de Máxima Verossimilhança e a Análise dos Componentes Principais.

A Análise Fatorial de Máxima Verossimilhança foi realizada para comparar o peso fatorial dos itens ISMI-BR com os itens das outras escalas e verificar se o construto estigma difere dos outros construtos mensurados. Esta análise foi realizada com a escala composta por 29 itens.

A análise dos itens da ISMI-BR com os itens da CES-D apresentou uma boa adequação da amostra: KMO = 0,91 e Teste de Bartlett's = $\chi^2=5785,034$; igl = 1174; $p<0,001$. Cada item teve sua carga maior sobre o fator esperado exceto dois itens da ISMI-BR, “Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas” e “Você se sente à vontade quando está em público na companhia de uma pessoa com transtorno mental”, esses itens são correspondentes à subescala de Resistência ao estigma (**Tabela 11**). A variância explicada pelos itens do fator 1 (ISMI-BR) foi de 16,20% e a variância explicada pelos itens do fator 2 (CES-D) foi de 15,29%.

Tabela 11: Análise fatorial de Máxima Verossimilhança dos itens da ISMI-BR e da CES-D

Itens (parafraseados)	Fatores	
	ISMI	CES-D
09-ISMI: Você não se socializa tanto quanto você costumava.	0,69	0,26
08-ISMI: Você se sente inferior aos outros que não possuem transtorno mental.	0,62	0,20
13-ISMI: Estar rodeado por pessoas que não tem um transtorno mental.	0,60	0,23
04-ISMI: Você evita se aproximar das pessoas que não tem transtorno.	0,59	0,05
22-ISMI: As pessoas te ignoram ou não te levam a sério.	0,59	0,09
16-ISMI: Você está desapontado consigo mesmo por ter um transtorno mental.	0,57	0,28
19-ISMI: Por você ter um transtorno mental.	0,57	0,18
03-ISMI: As pessoas te discriminam por você ter um transtorno mental.	0,56	0,06
12-ISMI: Imagens negativas sobre o transtorno te mantém afastado do mundo.	0,56	0,30
01-ISMI: Você se sente fora de lugar no mundo por ter um transtorno mental.	0,55	0,22
20-ISMI: Você evita situações sociais para proteger sua família do constrangimento.	0,55	0,16
05-ISMI: Você fica envergonhado ou constrangido por ter um transtorno mental.	0,55	0,16
23-ISMI: Você não pode contribuir com nada para a sociedade.	0,54	0,14
25-ISMI: Ninguém se interessaria em se aproximar de você.	0,52	0,00
17-ISMI: Ter um transtorno mental tem prejudicado sua vida.	0,50	0,40
11-ISMI: Você não fala muito sobre você mesmo.	0,49	0,23
15-ISMI: As pessoas frequentemente te tratam com condescendência.	0,48	0,02

28-ISMI: Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida.	0,47	0,16
10-ISMI: Pessoas com transtorno mental não podem viver uma vida boa.	0,46	0,19
27-ISMI: Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de seu transtorno mental.	-0,44	-0,25
18-ISMI: As pessoas percebem que você tem um transtorno mental pela aparência.	0,43	0,09
29-ISMI: As imagens sobre as pessoas com transtorno mental se aplicam a você.	0,41	0,23
06-ISMI: Pessoas com transtorno mental não deveriam se casar.	0,41	0,07
21-ISMI: Pessoas sem transtorno mental não conseguiriam te compreender.	0,40	0,19
26-ISMI: Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.	-0,37	-0,33
07-ISMI: As pessoas com transtorno mental fazem importantes contribuições.	-0,22	-0,00
24-ISMI: Viver com um transtorno mental te tornou um forte sobrevivente.	-0,17	-0,08
06-CES-D: Sentiu-se deprimido.	0,15	0,82
18-CES-D: Você se sentiu triste.	0,19	0,78
07-CES-D: Você sentiu que teve de fazer esforço para dar conta das suas tarefas.	0,16	0,66
17-CES-D: Você teve crises de choro.	0,13	0,66
03-CES-D: Você sentiu não conseguir melhorar seu estado de ânimo.	0,19	0,64
10-CES-D: Você se sentiu amedrontado.	0,18	0,63
20-CES-D: Você não conseguiu levar adiante suas coisas.	0,11	0,61
11-CES-D: Seu sono não foi repousante.	0,04	0,59
14-CES-D: Você se sentiu sozinho.	0,12	0,57
12-CES-D: Você esteve feliz.	-0,30	-0,57
05-CES-D: Você sentiu dificuldade em se concentrar no que estava fazendo.	0,26	0,57
01-CES-D: Você se sentiu incomodado.	0,04	0,54
09-CES-D: Você considerou que a sua vida tinha sido um fracasso.	0,30	0,52
16-CES-D: Você aproveitou sua vida.	-0,27	-0,46
08-CES-D: Você se sentiu otimista com relação ao futuro.	-0,28	-0,42
02-CES-D: Você não teve vontade de comer, teve pouco apetite.	0,10	0,39
19-CES-D: Você sentiu que as pessoas não gostavam de você.	0,33	0,38
15-CES-D: As pessoas não foram amistosas com você.	0,21	0,35
13-CES-D: Você falou menos que o habitual.	0,11	0,33
02-ISMI: Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas.	0,22	0,30
04-CES-D: Sentiu-se, tendo tanto valor quanto a maioria das outras pessoas.	-0,25	-0,30
14-ISMI: Você se sente à vontade quando está em público.	-0,00	0,04

A análise fatorial dos itens da ISMI-BR com os itens da EEH apresentou uma boa adequação da amostra: $KMO = 0,88$ e Teste de Bartlett's $= \chi^2 = 4753,769$; $ig1 = 820$; $p < 0,001$. A maioria dos itens teve sua carga maior sobre o fator esperado exceto 2 itens da EEH (“Você se sente muito sozinho (a)”); “Você tem medo do seu futuro”) e 4 itens da ISMI-BR, sendo todos os itens referentes a subescala de Resistência ao Estigma (“Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de seu transtorno mental”, “Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer”, “Viver com um transtorno mental te tornou um forte sobrevivente” e “As pessoas com transtorno mental fazem importantes contribuições para a sociedade”) **Tabela 12**. A variância explicada pelos itens do fator 1

(ISMI-BR) foi de 17,77% e a variância explicada pelos itens do fator 2 (EEH) foi de 13,31%.

Tabela 12: Análise fatorial de Máxima Verossimilhança dos itens da ISMI-BR e da EEH

Itens (parafraseados)	Fatores	
	ISMI	EEH
09- ISMI: Você não se socializa tanto quanto você costumava.	0,68	-0,25
12- ISMI: Imagens negativas te mantém afastado do mundo “normal”.	0,63	-0,13
22- ISMI: As pessoas te ignoram ou não te levam a sério.	0,62	-0,00
13- ISMI: Estar rodeado por pessoas te faz se sentir fora do lugar.	0,60	-0,23
08- ISMI: Você se sente inferior aos outros que não possuem transtorno.	0,59	-0,24
01- ISMI: Você se sente fora de lugar no mundo por ter um transtorno mental.	0,58	-0,14
17- ISMI: Ter um transtorno mental tem prejudicado sua vida.	0,55	-0,26
04- ISMI: Você evita se aproximar das pessoas para evitar rejeição.	0,55	-0,13
03- ISMI: As pessoas te discriminam por você ter um transtorno mental.	0,55	-0,10
05- ISMI: Você fica envergonhado por ter um transtorno mental.	0,55	-0,14
16- ISMI: Você está desapontado consigo mesmo por ter um transtorno.	0,54	-0,35
19- ISMI: Você precisa que os outros tomem as decisões por você.	0,54	-0,23
20- ISMI: Você evita situações sociais.	0,53	-0,17
15- ISMI: As pessoas te tratam com condescendência, ou como criança.	0,48	-0,02
11- ISMI: Você não fala sobre você porque não quer incomodar os outros.	0,48	-0,18
28- ISMI: Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida.	0,46	-0,13
23- ISMI: Você não pode contribuir com nada para a sociedade.	0,45	-0,31
29- ISMI: As imagens sobre as pessoas com transtorno mental se aplicam a você.	0,43	-0,15
03- EEH: Você se sente muito sozinho (a).	0,43	-0,11
06- EEH: Você tem medo do seu futuro.	0,41	-0,23
21- ISMI: Pessoas sem transtorno mental não conseguiriam te compreender.	0,40	-0,13
10- ISMI: Pessoas com transtorno mental não podem viver uma vida boa.	0,39	-0,33
25- ISMI: Ninguém se interessaria em se aproximar de você.	0,38	-0,23
18- ISMI: As pessoas percebem que você tem um transtorno mental pela sua aparência.	0,36	-0,22
06- ISMI: Pessoas com transtorno mental não deveriam se casar.	0,34	-0,23
02- ISMI: Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas.	0,33	-0,03
14- ISMI: Você fica à vontade na companhia de uma pessoa com transtorno.	0,05	0,04
11- EEH: Você acredita no valor de cada dia.	-0,21	0,73
12- EEH: Você sente que sua vida tem valor e utilidade.	-0,21	0,71
10- EEH: Você sabe onde você quer ir.	-0,23	0,68
01- EEH: Você está otimista quanto à vida.	-0,26	0,68
08- EEH: Você se sente muito forte.	-0,20	0,67
02- EEH: Você tem planos a curto e longo prazos.	-0,17	0,60
09- EEH: Você se sente capaz de dar e receber afeto/amor.	-0,16	0,56
07- EEH: Você pode se lembrar de tempos felizes e prazerosos.	-0,14	0,54
27- ISMI: Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de seu transtorno mental.	-0,33	0,49
05- EEH: Você tem uma fé que te conforta.	-0,03	0,45
04- EEH: Você consegue ver possibilidades em meio às dificuldades.	-0,09	0,41
26- ISMI: Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.	-0,32	0,37
24- ISMI: Viver com um transtorno mental te tornou um forte sobrevivente.	-0,09	0,31
07- ISMI: As pessoas com transtorno mental fazem importantes contribuições.	-0,08	0,28

A análise fatorial dos itens da ISMI-BR e da EAER apresentou uma boa adequação da amostra: KMO = 0,90 e Teste de Bartlett's = $\chi^2=4620,930$; $ig1= 741$;

$p < 0,001$. Cinco itens da ISMI-BR não foram ordenados no fator esperado, sendo esses os itens constituintes da subescala de Resistência ao estigma. Três itens da EAER também não se ordenaram no fator esperado **Tabela 13**. A variância explicada pelos itens do fator 1 (ISMI-BR) foi de 19,80% e a variância explicada pelos itens do fator 2 (EAER) foi de 11,65%.

Tabela 13: Análise fatorial de Máxima Verossimilhança dos itens da ISMI-BR e da EAER

Itens (parafraseados)	Fatores	
	ISMI	EAER
09- ISMI: Você não se socializa tanto quanto você costumava.	0,67	0,29
13- ISMI: Estar rodeado por pessoas te faz sentir fora de lugar.	0,64	0,14
22- ISMI: As pessoas te ignoram ou não te levam a sério.	0,63	-0,00
12- ISMI: Imagens negativas te mantém afastado do mundo “normal”.	0,61	0,19
04- ISMI: Você evita se aproximar das pessoas para evitar rejeição.	0,57	0,08
01- ISMI: Você se sente fora de lugar no mundo por ter um transtorno.	0,57	0,19
08- ISMI: Você se sente inferior aos outros que não possuem transtorno.	0,57	0,30
20- ISMI: Você evita situações sociais.	0,57	0,15
19- ISMI: Você precisa que os outros tomem as decisões por você.	0,56	0,22
03- ISMI: As pessoas te discriminam por você ter um transtorno mental.	0,55	0,08
17- ISMI: Ter um transtorno mental tem prejudicado sua vida.	0,53	0,40
05- ISMI: Você fica envergonhado por ter um transtorno mental.	0,53	0,19
16- ISMI: Você está desapontado consigo mesmo por ter um transtorno.	0,52	0,41
09- EAER: Quase sempre você esta inclinado a achar que é um fracassado.	-0,50	-0,49
15- ISMI: As pessoas te tratam com condescendência, ou como criança.	0,50	-0,01
11- ISMI: Você não fala sobre você porque não quer incomodar os outros.	0,49	0,19
29- ISMI: As imagens sobre as pessoas com transtorno se aplicam a você.	0,49	0,06
28- ISMI: Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida.	0,47	0,13
23- ISMI: Você não pode contribuir com nada para a sociedade.	0,46	0,29
08- EAER: Você não se dá o devido valor.	-0,45	-0,13
25- ISMI: Ninguém se interessaria em se aproximar de você.	0,44	0,15
21- ISMI: Pessoas sem transtorno não conseguiriam te compreender.	0,43	0,10
18- ISMI: As pessoas percebem que você tem um transtorno mental pela sua aparência.	0,40	0,17
05- EAER: Você não sente satisfação nas coisas que realizou.	-0,38	-0,34
10- ISMI: Pessoas com transtorno mental não podem viver uma vida boa.	0,37	0,33
02- ISMI: Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas.	0,33	0,03
06- ISMI: Pessoas com transtorno mental não deveriam se casar.	0,32	0,20
01- EAER: De uma forma geral, você está satisfeito (a) consigo mesmo (a).	0,20	0,70
10- EAER: Você tem uma atitude positiva em relação a você mesmo (a).	0,23	0,65
27- ISMI: Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de seu transtorno mental.	-0,25	-0,64
04- EAER: Você é capaz de fazer coisas tão bem quanto as outras pessoas .	0,11	0,61
07- EAER: Você sente que é uma pessoa de valor.	0,16	0,55
26- ISMI: Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.	-0,25	-0,52
02- EAER: Às vezes, você acha que não serve para nada.	-0,38	-0,44
06- EAER: Às vezes, você realmente se sente inútil (incapaz de fazer as coisas).	-0,40	-0,41
07- ISMI: As pessoas com transtorno fazem importantes contribuições.	-0,04	-0,38
03- EAER: Você sente que tem um tanto (um número) de boas qualidades.	0,04	0,35
24- ISMI: Viver com um transtorno mental te tornou um forte sobrevivente.	-0,04	-0,33
14- ISMI: Você fica à vontade na companhia de uma pessoa com transtorno.	0,07	-0,11

Optou-se por realizar esse procedimento de análise com o instrumento de 24 itens pelas seguintes justificativas: a) a amostra sustenta uma análise com 24 itens, demonstrado pelo índice KMO de 0,91 e teste de Bartlett's de $\chi^2=2324,172$, $igl = 2533$ $p \leq 0,001$; b) as cargas fatoriais dos itens da ISMI-BR que não se enquadraram no fator esperado, são relativas à subescala de Resistência ao Estigma, apontando para a necessidade de verificação da estrutura fatorial de uma versão da escala sem esses itens; c) a análise com 24 itens foi realizada na construção da ISMI original e na validação da ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias, sendo útil a título de comparação.

A análise foi conduzida sobre a matriz de correlações dos itens, com extração dos fatores pelo método dos componentes principais com rotação Varimax. Foi adotada a carga fatorial de 0,40 para a manutenção dos itens na escala. A **Tabela 14** apresenta a análise dos componentes principais da ISMI-BR com 24 itens.

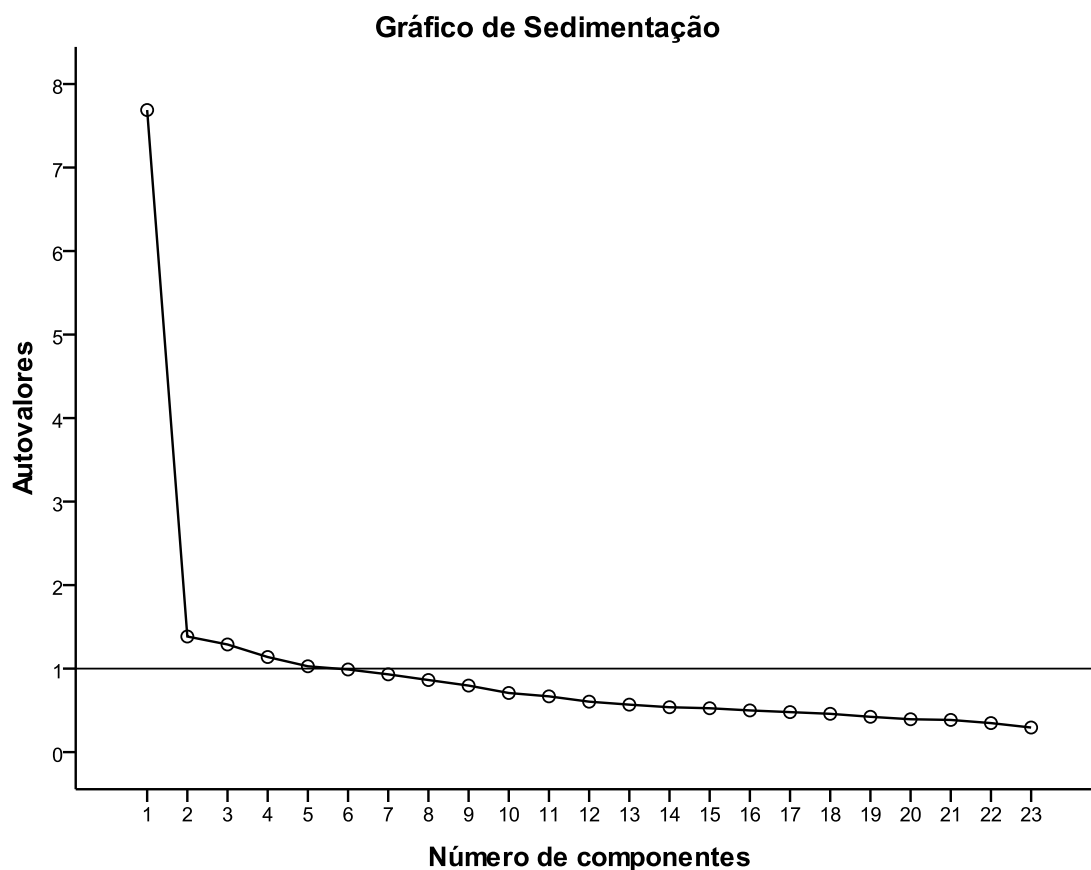
Tabela 14 - Análise dos componentes principais com 24 itens da ISMI-BR

Itens	Fatores			
	1	2	3	4
16-Você está desapontado consigo mesmo por ter um transtorno mental.	0,71			
17- Ter um transtorno mental tem prejudicado sua vida.	0,68			
11-Você não fala sobre você porque não quer incomodar os outros.	0,64			
09-Você não se socializa tanto quanto você costumava.	0,63			
05- Você fica envergonhado ou constrangido por ter um transtorno mental.	0,63			
12-Imagens negativas te mantém afastado do mundo “normal”.	0,61			
08-Você se sente inferior aos outros que não possuem transtorno mental.	0,54			
13-Estar rodeado por pessoas te faz sentir fora de lugar.	0,48			
04-Você evita se aproximar das pessoas para evitar rejeição.	0,41			
22-As pessoas te ignoram ou não te levam a sério.		0,68		
15-As pessoas te tratam com condescendência, ou como criança.		0,65		
03- As pessoas te discriminam por você ter um transtorno mental.		0,60		
28-Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida.		0,50		
25-Ninguém se interessaria em se aproximar de você.		0,48		
20-Você evita situações sociais.		0,45	0,42	
19-Você precisa que os outros tomem as decisões por você.		0,43		
06- Pessoas com transtorno mental não deveriam se casar.			0,72	
23-Você não pode contribuir com nada para a sociedade.			0,65	
10-Pessoas com transtorno mental não podem viver uma vida boa.	0,43		0,62	
18- As pessoas percebem que você tem um transtorno mental pela sua aparência.			0,53	
02- Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas.				0,72
29- As imagens sobre as pessoas com transtorno mental se aplicam a você.				0,61
21-Pessoas sem transtorno não conseguiriam te compreender.				0,41

Como pode ser observado na **Tabela 14**, o fator 1 agrupou 10 itens, o fator 2 agrupou 7 itens, o fator 3 agrupou 5 itens e o fator 4 agrupou 3 itens. Os itens 10 e 20 repetiram-se em dois fatores. O item 1 apresentou carga fatorial menor que 0,40, sugerindo sua exclusão do instrumento. O fator 1 explicou 17,19% da variância dos itens da escala, o fator 2 explicou 13,32%, o fator 3 explicou 11,68% e o fator 4 explicou 7,79%. Os quatro fatores explicaram 50% da variância total dos itens da escala.

A decisão por extração de 4 fatores para a formação da estrutura fatorial da escala também foi apoiada pela utilização do *eigenvalues* acima de 1,0, como pode ser observado na **Figura 2**. A estrutura fatorial explicou uma porcentagem de variância considerada apropriada para essa análise.

Figura 2: Gráfico de sedimentação pela utilização do *eigenvalues* para a escolha da extração dos fatores.



Comparando-se a estrutura fatorial encontrada no presente estudo e a estrutura fatorial do instrumento original, observamos as seguintes composições: O primeiro fator apresentou-se composto por: 4 itens referente a subescala de alienação, 5 itens referente a subescala de evitação social e 1 item referente a subescala de aprovação do estereótipo. O segundo fator foi composto por: 5 itens da subescala de percepção de discriminação, 1 item da subescala de evitação social e 1 item da subescala de aprovação do estereótipo. O terceiro fator foi composto por: 4 itens da subescala de aprovação do estereótipo e 1 item referente a subescala de evitação social. O quarto fator foi formado por: 2 itens da subescala de aprovação do estereótipo e 1 item da subescala de alienação.

8.6 Discussão

Os resultados mostraram que a versão brasileira da Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental (ISMI-BR) possui propriedades psicométricas adequadas representadas através da verificação da fidedignidade e validade de construto da mesma. O instrumento mostrou-se adequado para ser utilizado em pacientes brasileiros em tratamento para transtorno mental.

Os resultados apontam para índices satisfatórios de fidedignidade e validade de construto. A fidedignidade verificada pelo *Coeficiente Alpha de Cronbach (α)* pode ser considerada de ótima qualidade, sendo a mesma 0,90 para o instrumento com 29 itens e 0,91 para o instrumento com 24 itens, esse índice é considerado ideal segundo Vallerand (1989).

Encontra-se na literatura algumas controvérsias no que se refere aos parâmetros de classificação do índice de fidedignidade. Segundo Vallerand (1989), os índices acima de 0,75 são considerados ideais. De acordo com Maroco e Garcia-Marques (2006), são

aceitáveis os índices de até 0,70 e em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um índice de 0,60 é considerado aceitável desde que avaliado com cuidado. Pasquali (2003) afirma que índices de fidedignidade abaixo de 0,70 não são suficientes para a demonstração da fidedignidade. De modo geral, consideramos que quanto mais próximo de 1 for ao resultado do *Alpha de Cronbach*, melhor a fidedignidade do instrumento (Fachel & Camey, 2003). Tais pressupostos encontrados na literatura sustentam a premissa de que os resultados encontrados nesse estudo podem ser considerados apropriados.

No entanto, cabe-nos avaliar cuidadosamente a fidedignidade *Alpha de Cronbach* da subescala de Resistência ao Estigma ($\alpha = 0,55$), pois esta foi à única com índice abaixo de 0,70. No entanto, esse resultado é condizente com o encontrado no estudo original ($\alpha = 0,58$), com o estudo de validação da ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias ($\alpha = 0,32$) e com os coeficientes encontrados nos outros estudos de validação deste instrumento (Boyd, et al., 2013).

Os índices de fidedignidade obtidos pelo *Alpha de Cronbach* foram significativamente semelhantes aos índices encontrados no estudo de desenvolvimento da escala original. O valor obtido na avaliação do instrumento completo (29 e 24 itens) e da subescala de Evitação social, mantiveram-se exatamente os mesmos, e os índices das demais subescalas variaram minimamente. Esta semelhança nos aponta para a adequação do estudo das evidências de validade desse instrumento no Brasil, assim como, para a sustentação de indicadores de fidedignidade da escala no contexto brasileiro. Algumas divergências relevantes foram observadas entre os índices de fidedignidade encontrados no estudo da ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias e a ISMI-BR. Essa discrepância já era esperada, tendo em vista as diferenças entre os dois grupos populacionais.

O estudo desenvolvido por Boyd, et al., (2013) confirma a coerência dos dados de confiabilidade encontrados neste estudo em comparação com os outros estudos de validação da ISMI em diferentes culturas e países. A confiabilidade encontrada pela avaliação do instrumento completo (29 itens) variou de 0,79 a 0,96 e a confiabilidade do instrumento com 24 itens (sem a subescala de Resistência ao estigma) variou de 0,81 a 0,94. A confiabilidade da subescala de Resistência ao estigma variou de 0,15 a 0,89, sendo que 9 dos 15 estudos que apresentaram esse índice obtiveram coeficiente abaixo de 0,60.

Outras justificativas podem ser elencadas para justificar a menor consistência interna da subescala de Resistência ao Estigma pode ser explicada pelo fato da mesma ser composta por itens invertidos, o que pode ter dificultado a interpretação das afirmativas por parte dos entrevistados e também nos leva a pensar a adequação desse na escala, uma vez que os índices deficitários foram igualmente manifestos em outros estudos de validação da ISMI. No caso do estudo brasileiro, outros fatores podem ser elencados, como uma possível deficiência na adaptação da linguagem e cultura e a mudança na forma de aplicação do instrumento (entrevista).

Considera-se relevante destacar o fato dos instrumentos utilizados no presente estudo terem apresentado índices satisfatórios na avaliação de fidedignidade (*Coeficiente Alpha de Cronbach*). Os três instrumentos apresentaram índices acima de 0,83, sendo: EEH = 0,85, CES-D = 0,91 e EAER = 0,83. Esses resultados corroboram com a premissa de que os instrumentos apresentam-se de forma homogenia e sem redundância, levando-nos a assinalar adequação do uso dos mesmos no presente estudo. O índice Alpha apresentado pelo instrumento EEH no presente estudo, foi significativamente semelhante ao índice verificado no estudo de desenvolvimento do

instrumento original ($\alpha = 0,834$) (Sartore & Grossi, 2008), o que corrobora para a manutenção da confiança no instrumento de mensuração da esperança.

Quanto à verificação da fidedignidade pelo *Coeficiente Spearman-Brown (Split-half)*, a ISMI-BR com 29 itens obteve um coeficiente de 0,86 e a escala com 24 itens obteve um índice *Split half* de 0,88. Esses índices são considerados satisfatórios, pois quando mais próxima de 1, melhor a consistência entre as partes correlacionadas (Pasquali, 2003). Esse resultado foi melhor em comparação ao estudo de validação da ISMI-BR adaptada para dependentes de substância (0,76).

A utilização da fórmula do *Coeficiente Spearman-Brown* para a realização da técnica das duas metades é sustentado teoricamente (Pasquali, 2003), e a escolha por realizá-lo também se deu pelo fato de ser um procedimento utilizado na validação da ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias. Essa técnica apresenta como vantagem o fato de minimizar as possíveis interferências temporais entre duas aplicações do instrumento (ocorrência comum nos outros métodos de verificação da fidedignidade, como o teste reteste), além de minimizar o tempo gasto na coleta de dados. No entanto, não se pode deixar de considerar as críticas inerentes a esse método de avaliação, no qual se parte do princípio de que as partes do instrumento são equivalentes e uniformes, sendo esse fato difícil de ser verificado, sobretudo em uma escala multifatorial (Pasquali, 2003), como é o caso da ISMI-BR.

Os resultados encontrados através da avaliação da fidedignidade estimada pelo teste reteste foram satisfatórios para afirmar uma estabilidade temporal da escala. Uma correlação alta (0,80) foi encontrada para a escala global, resultado um pouco divergente da correlação teste reteste encontrada no estudo de construção da ISMI original (0,92), e nos estudos de validação desenvolvidos em outros países, como Inglaterra (0,92), Austrália (0,90), Índia (0,62) e Illinois (EUA) (0,61), porém ainda sim

satisfatório (Boyd, et al., 2013, Risher, et al., 2003). O valor do coeficiente de avaliação do teste reteste neste estudo pode ter sido influenciado pelo número amostral utilizado para a realização da análise.

Resultados satisfatórios no teste reteste também foram encontrados nas subescalas, exceto a subescala de Resistência ao estigma (0,34), variando de 0,75 a 0,82. O resultado insatisfatório apresentado pela subescala de Resistência ao Estigma é condizendo com as expectativas, tendo em vista os resultados negativos apresentados por essa subescala nas outras avaliações psicométricas desenvolvidas no presente estudo, como a fidedignidade Alpha de Cronbach (0,55) e a correlação desta com a escala global (0,52).

Deve-se ressaltar a necessidade de se desenvolver uma verificação da fidedignidade teste reteste com uma amostra maior, uma vez que a amostra aqui utilizada foi pequena. No entanto, observa-se uma semelhança considerável entre as características da amostra do estudo e a amostra do reteste, como os indicadores de idade, estado civil, status de trabalho, renda familiar, tempo de tratamento, tipo de transtorno e modalidade de tratamento, considerando as devidas proporções.

No que diz respeito a validade de construto da ISMI-BR, os resultados encontrados através da avaliação da análise por hipótese, coeficiente de consistência interna e análise fatorial, cumpriram as expectativas do presente estudo. Na verificação da análise por hipótese, todas as correlações estabelecidas entre a ISMI-BR e as escalas EEH, CES-D e EAER foram satisfatórios e corroboraram para a sustentação das hipóteses formuladas previamente. A análise por hipótese considera a existência de uma associação significativa entre dois instrumentos que avaliam construtos diferentes, mas teoricamente e empiricamente relacionados (Bandeira, Ishara & Zuardi, 2007). Tal

pressuposto teórico sustenta a evidência de validade de construto encontrada neste estudo.

A correlação entre os itens da ISMI-BR com os itens da Escala de Esperança de Herth foi testada para a verificação da validade de construto convergente. Verificou-se que os itens se relacionaram negativamente ($\rho = -0,62$). Isso nos indica que o estigma internalizado está inversamente associado a sentimentos de esperança, sustentando a hipótese inicial do estudo. Esse resultado foi semelhante ao encontrado pelo estudo de validação da ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias, que encontrou um coeficiente de correlação de $-0,19$ entre a ISMI e a EEH. Todos os fatores da ISMI-BR apresentaram correlação negativa com a EEH, variando de $-0,37$ a $-0,55$. Este resultado é sustentado teoricamente, uma vez que a literatura salienta que a diminuição da esperança é uma das consequências negativas decorrentes do processo de estigma internalizado em pacientes portadores de transtorno mental (Corrigan, 2004, Watson et al., 2007) e que a desesperança pode resultar na internalização do estigma (Lysanker et al., 2008).

Como esperado, os itens da ISMI-BR se relacionam negativamente com os itens da Escala de Autoestima de Rosenberg ($\rho = -0,67$) na verificação da validade de construto convergente. Isso indica que o estigma internalizado pode estar relacionado a baixa autoestima, ou seja, o estigma internalizado por levar a uma diminuição da autoestima, como hipotetizado no início do estudo. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de validação da ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias, que obteve uma correlação de $-0,48$ e no estudo de construção da ISMI original que obteve uma correlação de $-0,59$. Todas as subescalas da ISMI-BR apresentaram correlação negativa com a de EAER variando de $-0,48$ a $-0,63$. Evidências teóricas corroboram este resultado uma vez que a perda da autoestima é considerada um

dos principais prejuízos associados ao estigma internalizado (Corrigan, 2004, Fung et.al., 2007, Link et.al., 2001 e Ritscher, et al., 2003).

Os itens da ISMI-BR apresentaram-se positivamente correlacionados com os itens da escala CES-D na verificação da validade de construto convergente. Foi encontrada uma correlação de 0,59 entre os instrumentos e a correlação entre os fatores da ISMI-BR e a CES-D variaram de 0,33 a 0,55. Esses resultados são sustentados teoricamente e estavam dentro do esperado, indicando que maiores índices de estigma internalizado estão relacionados a maiores índices de sintomas depressivos. Resultado semelhante foi encontrado pelo estudo de validação da ISMI-BR adaptada para dependentes de substancias (correlação de 0,47) e pelo estudo original (correlação de 0,53). A avaliação negativa sobre a vida pode levar a uma internalização do estigma, assim como o estigma internalizado pode levar ao estímulo de estado depressivo (Kanter, et al., 2008).

De modo geral, podemos concluir que esse procedimento de validade de construto (convergente) corrobora com a premissa de que a ISMI-BR avalia um construto único, com características peculiares do estigma internalizado, se diferenciando de maneira significativa dos outros construtos avaliados no estudo.

Quanto à avaliação da consistência interna, os fatores apresentaram correlações significativas entre si e com o instrumento global. Adotamos como parâmetro para a qualificação do poder da correlação nesta análise, os índices delimitados por Pallant (2007), sendo: Correlação fraca = 0,10 a 0,29, Correção média = 0,30 a 0,49 e Correlação forte = 0,50 a 1,0. A correlação entre os fatores variou de 0,25 a 0,71. A correlação mais fraca foi verificada entre a subescala de Resistência ao Estigma e a subescala de Percepção de discriminação ($\rho = 0,25$) e a correlação mais forte foi verificada entre a subescala de Evitação social e Alienação ($\rho = 0,71$). Os fatores

também apresentaram uma boa correlação com a escala completa, variando de 0,52 (Subescala de Resistência ao estigma) a 0,87 (Subescala de Alienação).

Todas as subescalas apresentaram fortes correlações com o instrumento completo, indicando que todas corroboram para a formulação e apresentação de um construto comum. Apesar dos resultados da correlação entre os itens apresentar-se satisfatórios, devemos analisar cuidadosamente os valores de correlação apresentados pela subescala de Resistência ao estigma com as outras subescalas.

A subescala de resistência ao estigma apresentou correlação média com a subescala de Alienação ($\rho = 0,40$) e correlação fraca com as subescalas de Aprovação do estereótipo ($\rho = 0,29$), Percepção de discriminação ($\rho = 0,25$) e Evitação social ($\rho = 0,30$), de acordo com o critério de Pallant (2007). Esse resultado nos faz pensar sobre a adequação desta subescala no instrumento, pois a mesma parece representar um construto (componente do estigma internalizado) pouco relacionado com os construtos avaliados pelas outras subescalas, no entanto esse resultado não se configura como específico deste estudo, uma vez que os outros estudos de validação da ISMI apresentaram resultados semelhantes para a subescala em questão (Risher, et al., 2003; Boyd, et al., 2013).

Podemos considerar que os resultados indicaram uma boa consistência entre os fatores que compõem o instrumento, de modo a compreendermos que os diferentes fatores se correlacionam entre si e também se correlacionam com o escore total do instrumento, o que corrobora para a constituição de uma medida de construto comum (Fachel & Camey, 2003), no caso, o estigma internalizado. Em estudos que objetivam a investigação das evidências de validade de um instrumento, esses resultados são esperados, ou seja, espera-se que os itens apresentem uma correlação entre si (Bandeira, Pitta e Mercier, 1999).

Para a verificação da validade de construto através das técnicas de análise fatorial e análise de componentes principais, realizou-se inicialmente a verificação da adequação da amostra. Esse procedimento é indicado para verificar se o tamanho da amostra é suficiente para se ter confiança nos resultados apresentados (Pallant, 2007). Dois testes de adequação da amostra são indicados pela literatura, sendo o teste de Bartlett e o Kaiser Meyer Olkin (KMO) (Tabachnick & Fidell, 2007 como citado por Pallant, 2007; Hair, et al., 2010). Adotou-se como critério de adequação o valor do teste de Barlett $p < 0,05$ (Pallant, 2007) e o KMO: 80 ou mais excelente; 70 a 80 regular; 60 a 70 baixo; menos que 50 inaceitável (Hair, eet al., 2010).

Os resultados dos testes KMO e Bartlett no presente estudo foram considerados excelentes, variando de 0,88 a 0,91 nos teste KMO e $p < 0,001$ no teste de Barlett para a Análise Fatorial de Máxima Verossimilhança e KMO de 0,91 e teste de Bartlett's $p < 0,001$ para a Análise de Componentes Principais. Esse resultado nos indica que o tamanho da amostra é adequado para a realização do procedimento, sustentando uma confiança na análise realizada e nos resultados obtidos.

A análise fatorial de máxima verossimilhança entre a ISMI-BR e os outros instrumentos revelou que alguns itens não se agruparam no fator esperado, demonstrando uma necessidade de atentarmos a possíveis peculiaridades desses itens. A análise dos itens da CES-D com a ISMI-BR revelou que 2 itens da ISMI-BR não se agruparam no fator desejado, sendo: “Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas” e “Você se sente a vontade quando está em público na companhia de uma pessoa com transtorno mental”. Esses itens são constituintes da subescala de Resistência ao Estigma. Todos os itens da CES-D se agruparam no fator esperado. Os itens da ISMI-BR que não apresentaram cargas fatoriais dentro do fator esperado apresentam pontuação invertida no instrumento, o que pode apontar para possíveis dificuldades de

interpretação dos mesmos, além de ter apresentado índices baixos nos outros métodos de verificação psicométrica desenvolvidos.

A análise fatorial entre os itens da ISMI-BR com a EEH revelou que 2 itens da EEH e 4 itens da ISMI-BR não se agruparam dentro do fator esperado. Os 2 itens da EEH (“Você se sente muito sozinho (a)” ; “Você tem medo do seu futuro”), podem se confundir com o estigma internalizado no sentido de se referirem ao isolamento social e perda de planejamento e expectativa de vida, consequências comuns em portadores de estigma internalizado (Watson, et al., 2007, Corrigan, 1998). Os 4 itens da ISMI-BR que não se agruparam no fator desejado referem-se a subescala de Resistência ao Estigma, sendo: “Você pode ter uma vida boa, plena, apesar do seu transtorno mental”, “Geralmente você é capaz de viver uma vida como você quer”, “Viver com um transtorno mental te tornou um forte sobrevivente” e “As pessoas com transtorno mental fazem importantes contribuições para a sociedade”, são componentes da subescala de Resistência ao estigma, que além de serem itens invertidos (podendo ocasionar confusão de interpretação) obtiveram os piores resultados nas análises de fidedignidade, consistência interna e reteste.

A análise fatorial entre os itens da ISMI-BR com a escala EAER revelou que 3 itens da EAER e 5 itens da ISMI-BR não se agruparam no fator desejado. Os 3 itens da EAER (“Quase sempre você esta inclinado a achar que é um fracassado”, “Você não se dá o devido valor”, “Você não sente satisfação nas coisas que realizou”) fazem referência a sentimentos de baixa autoestima e baixa autoeficácia ou auto reprovação, que são consideradas umas das principais consequências do estigma internalizado (Corrigan, 1998), fato que pode justificar a alocação dos itens fora do fator esperado. Considera-se que esses itens apresentam uma diferença muito sutil entre o que é considerado estigma internalizado e o que pode ser considerado perda da autoestima.

Outro aspecto que deve ser incluído na análise dos itens alocados fora do fator esperado é que a EAER apresentou o menor índice de consistência interna ($\alpha=0,83$) quando comparada com os índices apresentados pelos outros instrumentos, assim, pode-se supor que os itens deste instrumento não estão tão bem correlacionados.

Os 5 itens da ISMI-BR que apresentaram carga fatorial fora do fator esperado são constituintes da subescala de Resistência ao estigma, apresentando pontuação invertida, podendo ter desencadeado uma certa dificuldade no entendimento dos itens e escolha das respostas. A baixa fidedignidade apresentada por essa subescala ($\alpha=0,55$) também auxilia na explicação do motivo pelo qual esses itens se agruparam fora do fator esperado. Outro aspecto importante que pode ser levantado como justificativa para a confusão entre esses construtos, é o fato de ambos se referirem a como a pessoa se vê, envolvendo sua percepção e consideração acerca de si própria. A auto estima envolve considerações sobre como a pessoa se considera amável, com valores morais e competentes, ou seja, refere-se ao senso de avaliação própria (Lysaker, et al., 2008) e o estigma internalizado se refere a sentimentos de desvalorização, vergonha e exclusão social (Livingston & Boyd, 2010, Ritscher, et al., 2003). Essas relações teóricas comuns entre autoestigma e autoestima pode justificar o fato dos itens terem tido cargas fatoriais conflitantes com o esperado.

De modo geral, algum desacordo entre os pesos fatoriais dos instrumentos analisados era esperado uma vez que a análise foi conduzida com instrumentos que avaliam construtos teoricamente relacionados. As divergências também podem ser justificadas pela própria complexidade de definição do conceito de estigma internalizado somadas as divergências teóricas e metodológicas acerca do tema (Link et. al., 2001).

Após esse procedimento de análise fatorial observamos que todos os itens da ISMI-BR que não se adequaram ao construto são constituintes da subescala de Resistência ao Estigma. No estudo de validação da ISMI-BR adaptada para dependentes de substâncias e da ISMI original observou-se a mesma ocorrência. Esse resultado aponta para a necessidade de se avaliar a subescala de Resistência ao Estigma de forma cuidadosa. Devemos levar em consideração do fato desta subescala apresentar baixa consistência interna ($\alpha = 0,55$), baixa correlação com o escore total da ISMI-BR ($\rho = 0,52$), correlação de baixa a moderada com as outras subescalas e coeficientes de correlação baixos no teste reteste. Esses indicadores psicométricos nos leva a questionar a adequação desses itens para medir o estigma internalizado dentro do instrumento, uma vez que as análises revelaram a possibilidade desses itens não se referirem de forma clara a estigma internalizado, ou não ser adequado para avaliação dentro de um instrumento psicométrico padronizado.

No entanto não se pode deixar de considerar as importantes contribuições que estes itens podem fornecer no processo completo de avaliação psicológica, que por sua vez, vai além da aplicação de um instrumento de medida, uma vez que a experiência de resistir ou não ser afetado pelo estigma é considerada teoricamente importante na avaliação do estigma internalizado. Assim, consideramos que pesquisas futuras são necessárias para verificar a adequação ou não desta subescala no instrumento, incluindo pesquisas qualitativas, de modo a investigar a maneira como esse componente está sendo avaliado ou até mesmo o poder de representatividade dos itens que constituem essa subescala para avaliar a resistência ao estigma.

Na análise dos componentes principais optou-se por excluir os itens da subescala de Resistência ao estigma, procedimento adotado por Ritscher et al., 2003 e Soares, 2011. A escolha por extração de 4 fatores, além de se justificar teoricamente, um vez

que o instrumento de 24 itens é formado por 4 subescalas, se justificou estatisticamente pelo método de *eigenvalues*. Tal resultado aponta para uma adequação dos procedimentos utilizados para a verificação da validade de construto através da análise dos componentes principais. A confirmação de uma estrutura fatorial através dos autovalores (*eigenvalues* > 1) permite ter uma distribuição fatorial bem definida em termos de proximidade dos itens na análise quando a aderência teórica (Carlotto & Câmara, 2004).

Perante o resultado da análise, observa-se que os itens constituintes das subescalas apresentaram uma tendência de se manter juntos no mesmo fator, como por ser observado no fator 3, que é constituído em sua maioria por itens que avaliam percepção de discriminação, no qual dentre os 7 itens que compõem o fator, 5 são referentes a subescala de percepção de discriminação. Esse fato também é verificado no fator 2, constituído totalmente por itens que avaliam aprovação do estereótipo, ou sejam todos os itens que se agruparam nesse fator (4 itens) são relativos a subescala de aprovação do estereótipo. Diante disso pode-se verificar uma similaridade entre a estrutura fatorial da escala original e a estrutura encontrada no presente estudo.

A análise revelou que o item 1 do instrumento (“Você se sente fora do lugar no mundo por ter um transtorno mental”) deveria ser excluído pelo fato de apresentar uma carga fatorial inferior a 0,40. O comportamento dessa questão suscita algumas ponderações. Levanta-se a hipótese do item ter sido mal compreendido pelos entrevistados, pois o item requer um nível abstrato de pensamento. O termo utilizado na composição do item é “fora do lugar no mundo” (tradução literal do termo “*out of place in the world*”) sugere que a pessoa não possui um lar, mas ainda está no mundo. Essas duas peculiaridades deste item podem justificar o fato dele ser sito excluído da análise.

Mesmo diante da semelhança entre a estrutura encontrada e a estrutura fatorial do instrumento original, podemos pensar a possibilidade de construção de uma nova estrutura fatorial dos itens, uma vez que a interpretação do conjunto de itens dos fatores é viável teoricamente. Os itens que formaram o fator 1 são referentes à subescala de alienação e à subescala de evitação social. Entende-se que a alienação está ligada a percepção que se tem de ser avaliado de modo negativo pela sociedade podendo condicionar uma separação do indivíduo da sociedade e uma identidade deteriorada, estabelecendo uma relação de evitação social. Observamos que os itens que compõem o fator 1 apresentam conotações referente a percepção do indivíduo em relação ao outro e em relação a sociedade, ou seja, avaliam a interação do indivíduo com o meio. Dessa forma, sugere-se que esse fator seja composto pelos itens 16, 17, 11, 09, 05, 12, 08, 13 e 04 (conforme delimitado pela estrutura apresentada) sendo denominado de “Subescala Alienação e Evitação Social”.

O fator 2 do presente estudo é formado em sua maioria por itens que representam a subescala de percepção de discriminação (item 22, 15, 03, 28, 25, 19 e 20). Apenas o item 19 (com peso fatorial de 0,43) não é representativo teoricamente neste fator. Nesse caso, considera-se viável teoricamente a alocação desse item no fator 3 (representativo da subescala de aprovação do estereótipo) e possível estatisticamente, uma vez que no fator 3 o item 19 passaria a ter uma carga fatorial igual a 0,32, carga aceitável em estudos da área. Sugere-se então que esse fator seja constituído pelos itens 22, 15, 03, 28, 25, 20 e 21, sendo denominado de “Subescala de Percepção de Discriminação”. A realocação do item 21 neste fator será explicada abaixo.

O fator 3 do presente estudo é constituído em sua totalidade por itens representativos da subescala de aprovação do estereótipo (itens 06, 23, 10 e 18). Dessa forma, considera-se adequada a manutenção do fator conforme apresentado pela análise

acrescido do item 19. Sugere-se que esse fator seja constituído dos itens 06, 23, 10, 18 e 19 e seja denominado de “Subescala de Aprovação do Estereótipo”.

O fator 4 do presente estudo é formado por 3 itens (02, 29 e 21). Considera-se que dois desses itens (item 02 e 29) podem representar a atribuição de rótulos negativos aos portadores de transtorno mental (“Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas” e “As imagens sobre as pessoas com transtorno mental se aplicam a você”), componente teórico que não pode ser observado no item 21 desse fator. Sugere-se então que o item 21 seja realocado para o fator 2, representativo dos componentes relacionados a percepção de discriminação. Consideramos que estatisticamente esta realocação é possível, uma vez que o item 21 terá peso fatorial igual a 0,39 no fator 2. Sugere-se então que o fator 4 seja constituído pelos itens 02 e 29 e seja denominado de “Atribuição de rótulos”.

Sintetizando a estrutura fatorial proposta no presente estudo, mediante a análise e realocação dos itens na distribuição fatorial, considera-se conveniente sugerir a seguinte estrutura fatorial: *Fator 1*: Subescala de Alienação e Evitação social (9 itens) - itens 16, 17, 11, 09, 05, 12, 08, 13 e 04; *Fator 2*: Subescala de Percepção de discriminação (7 itens) – itens 22, 15, 03, 28, 25, 20 e 21; *Fator 3*: Subescala de Aprovação do estereótipo (5 itens) – itens 06, 23, 10, 18 e 19; *Fator 4*: Subescala de Atribuição de rótulos (2 itens) – itens 02 e 29.

Acredita-se que a proposta de estrutura fatorial aqui levantada seja consistente para medir o estigma internalizado nas diferentes subescalas, tanto no sentido teórico quanto no sentido estatístico de distribuição dos itens nos fatores, porém em se tratando de um estudo de adaptação e validação transcultural de um instrumento, considera-se mais conveniente a manutenção da estrutura fatorial proposta no estudo original garantindo a possibilidade de comparação dos resultados.

Considera-se que investigações complementares são necessárias, incluindo a análise fatorial confirmatória, análises através da Teoria de Resposta ao Item (TRI), e análise de regressão múltipla, para se confirmar uma nova estrutura fatorial de distribuição dos itens e avaliar a adequação dos itens na escala. Estudos longitudinais também seriam de grande importância para a compreensão do processo.

Considera-se necessário novas investigações para a subescala de Resistência ao Estigma, uma vez que esta apresentou índices baixos na avaliação das propriedades psicométricas, em todos os estudos de validação da ISMI (Risher, et al., 2003; Soares, 2011; Boyd et al., 2013).

Ressalta-se que estudos futuros devam explorar de forma mais analítica os dados clínicos (nível de estigma, modalidade de tratamento, tipo de transtorno, dentre outros) e os dados sociodemográficos, estabelecendo uma correlação entre eles e o estigma internalizado, investigação que excede o objetivo do presente estudo não se fazendo possível na presente pesquisa.

9. Considerações finais

Os estudos de validação/construção de instrumentos de mensuração do estigma internalizado apresentam uma série de problemas metodológicos e teóricos, fato que limita o desenvolvimento de estudos na área, no entanto o crescente número de estudos demonstra a relevância do tema e necessidade de estudos (Soares, et al., 2011). Verifica-se um escasso número de estudos sobre estigma internalizado no Brasil, sobretudo no que se refere de construção/validação, fazendo-se necessário um maior investimento no campo da pesquisa, uma vez que os instrumentos são importantes ferramentas na área da saúde, tendo em vista que o uso de instrumentos é importante para o desenvolvimento teórico e clínico de qualquer ramo científico (Costa, et al., 2009, Teodoro, Allgayer & Land, 2009).

Considera-se que o objetivo do primeiro estudo (traduzir e adaptar culturalmente a escala) e o objetivo do segundo estudo (avaliar as propriedades psicométricas da ISMI-BR, incluindo a verificação da fidedignidade e validade de construto) foram cumpridos. A ISMI-BR apresentou propriedades psicométricas adequadas e promete ser um instrumento útil para mensurar o estigma internalizado em pacientes portadores de transtorno mental.

Os objetivos elencados no presente estudo foram desempenhados com sucesso. A ISMI-BR apresentou bons índices de fidedignidade, validade de construto, consistência interna e estabilidade temporal quando aplicada a uma amostra de pacientes portadores de transtorno mental em tratamento. Conclui-se que o instrumento de apresentou adequado para ser utilizado no contexto brasileiro para avaliar estigma internalizado em pacientes portadores de transtorno mental.

O instrumento de estigma internalizado aqui proposto será útil tanto no campo da pesquisa quanto para a prática profissional. Instrumentos de medida validados na

área de saúde mental são importantes no contexto de pesquisa, pois eles possibilitam a aquisição de dados mais seguros e possibilitam a comparação dos dados com resultados de diferentes estudos (Ruggeri, 1994).

O instrumento de estigma internalizado aqui proposto servirá como uma ferramenta para os profissionais de saúde da área, para que estes possam implementar em sua rotina diária, a avaliação do estigma internalizado entre seus pacientes, contribuindo para uma melhor compreensão dos aspectos relacionados ao processo de saúde do paciente, proporcionando meios para o desenvolvimento de melhoria e adequação no tratamento, de modo a garantir uma maior qualidade do mesmo. Nesse sentido, o presente estudo pode contribuir para o aumento da qualidade de vida das pessoas portadoras de sofrimento mental.

Considera-se necessário o desenvolvimento de outros estudos para análise mais minuciosa dos componentes da ISMI-BR. Este estudo adotou uma análise quantitativa para análise dos dados, que foi adequado para o objetivo a qual se propôs, no entanto considera-se que a inclusão de dados qualitativos na busca e análises de dados seria de grande importância para compreensão do estigma internalizado. Estudos que incluem métodos quantitativos e qualitativos podem ser utilizados em pesquisas futuras, no intuito de se explorar as consequências do estigma, o impacto no tratamento e o quanto esse fenômeno afeta a vida social, emocional e psíquica do paciente.

10. Referências Bibliográficas

- Anache, A. A. (2011). Notas introdutórias sobre os critérios de validação da avaliação psicológica na perspectiva dos Direitos Humanos. In *Conselho Federal de Psicologia. Ano da Avaliação Psicológica – Textos geradores* (pp 17-20), Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, 27, 131-141.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2004). The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From a Representative Survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (4), 1049-1061.
- Alchieri, J. C., Cruz, R. M. (2003). *Avaliação Psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alexander, L. A., & Link, B. G. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12 (3), 271-289.
- Almeida Filho, N. (1989). *Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus.
- Alves, C. F. de O., Ribas, V. R., Alves, E. V. R., Viana, M. T., Ribas, R. de M. G., Júnior, L. P. M., Martins, H. A. de L., Lima, M. D. C., Sougey, E. B., & Castro, R. M. de. (2009). Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*, 1(72), 86-96.

- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, 11(3).
- Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., Costa, C. S., & Cesari, L. (2009). Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *J. bras. Psiquiatr.* 58(2), 107-114.
- Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. D., & Magalhães, T. (2009). Validação das Escalas de Habilidades Sociais, Comportamentos Problemáticos e Competência Acadêmica (SSRS-BR) para o Ensino Fundamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (2), pp. 271-282.
- Bandeira, M., Ishara, S., & Zuardi, A. W. (2007). Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR, *J Bras Psiquiatri*, 56 (4), 280-286.
- Bandeira, M., Pitta, A. M. F., & Mercier, C. (1999). Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (6), 233-44.
- Barros, S., & Egry, E. Y. (1994). A enfermagem em saúde mental no Brasil: A necessidade de produção de novos conhecimentos. *Saúde Soc.* 3 (1), 79-94.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2010). The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a new instrument. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(4), 243-254.
- Bastos, J. L., & Faerstein, E. (2012). Conceptual and methodological aspects of relations between discrimination and health in epidemiological studies. *Cad. Saúde Pública.*, 28 (1), 177-183.

- 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), 3186-91.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2002). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. *American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health*. Acessado em novembro – 03, 2009. Disponível em <http://www.dash.iwh.on.ca>.
- Behling O, Law KS. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions*. Thousand Oaks: Sage.
- Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19, 318-327.
- Berger, M., Wagner, T. H., & Baker, L.C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science and Medicine*, 61, 1821-1.
- Blacker, D., & Endicott, J. (2000). Psychometric properties: concepts of reliability and validity. In A. J. Rush, et al. *Handbook of psychiatric measures*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Blascovich, J., Mendes, W. B., Hunter, S. B., & Lickel, B. (2003). Stigma, Threat, and Social Interactions. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (org.). *The Social Psychology of Stigma*. New York: The Guilford Press.
- Blay,S. L., & Peluso, E. T. P. (2010). Public stigma: the community's tolerance of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 18(2), 163-71. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181bea900.
- Boyd, J. E., Adler, E., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2013). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*, 1;121(1), 31-49.

- Branden, N. (1994). *Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo* (14a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Brasil (2001). III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo /Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. –Brasília Ministério da Saúde.
- Brasil (2004a). Ministério da Saúde/ Secretaria-Executiva/ Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. Ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004b). Ministério da saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da saúde, 2004b.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10 (80), 1-11.
- Bruscato, W. L. (1998). *Tradução, validade e confiabilidade de um inventário de avaliação de relações objetais (BORRTI-FORMA O)*. Unpublished master thesis, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Bühringer, G., & Sassen, M. (2010). Reliability and Validity (2010) In P. G. Miller, J. Strang, & P. M. Miller. *Addiction Research Methods*. Published Online: 16 FEB.
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A., & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 75-82.

- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2004). Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 499-505.
- Casela, A. L. M., & Ronzani, T. M. (2013). Propriedades psicométricas da CES-D em uma amostra de dependentes de substâncias em tratamento. (Manuscrito em preparação). Universidade Federal de Juiz de Fora, MG.
- Corrigan, P. W. (1998). The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution Modelo of Public Discrimination towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma. In P. W. Corrigan, & P. Kleinlein, *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. (pp. 11-44): Washington: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(1), 42-48.

- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884. doi:10.1521/jscp.2006.25.8.875.
- Dancey, C., & Reidy, J. (2006). Estatística sem matemática para Psicologia. Usando SPSS para Windows. (3a ed.). Porto Alegre: Artmed-Bookman.
- De Micheli, D. (2000). Uso de drogas por adolescentes: adaptação e validação de um instrumento de triagem (DUSI) e estudo das razões do uso inicial. Unpublished doctoral thesis, Universidade Federal de São Paulo , São Paulo, Brasil.
- Dennis, M., Ferguson, B., & Tyrer, P. (1992) Rating Instruments. In C. Freeman, & P. Tyrer (Eds). *Research Methods in Psichiatry – A Begginer's Guide* (pp.98-143). London, Gaskell.
- Dini, G. M., Quaresma, M. R., & Ferreira, L. M. (2004). Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.*, 19 (1), 41-52.
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2003). Stigma: Introduction and Overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp 1-28). New York: The Guilford Press.
- Duarte, C. S., & Bordin, I. A. S. (2000). Instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(II): 55-8.
- Elkington, K. S., McKinnom, K., Mann, C. G., Collins, P. Y., Leu, C., & Wainberg, M. L. (2010). Perceived mental illness stigma and HIV risk behaviors among adult

- psychiatric outpatients in Rio de Janeiro, Brazil. *Community Ment Health J*, 46(1), 56-64.
- Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(2), 163-171.
- Erthal, T. C. (1987). Manual de psicometria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor
- Falcão, D. da M., Ciconelli, R. M., & Ferraz, M. B. (2003). Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology. *J Rheumatol*, 30(2), 379-85.
- Fachel, J. M. G., & Camey, S. (2003) Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In J. A. Cunha. Psicodiagnóstico, (pp. 158-170). São Paulo.
- Felicissimo, F. B. (2012). Habilidades sociais e estigma internalizado em alcoolistas. (dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil.
- Felicíssimo, F. B., Ferreira, G. C. L., Soares, R. G., Silveira, P. S., & Ronzani, T. M. (2013). Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 116-129.
- Fortes, H. M. (2010). Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 10, 321-330.
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheng, W. M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 408-418.

- Furtado, P. J., & Campos, R. O. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VIII (1), 109-122.
- Geib, B. D., & Corrigan, P. W. (2008). How managers can lower mental illness costs by reducing stigma. *Business Horizons*, 51, 293-300.
- Gentil, V. (2007). More for the same?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 193-194.
- Goffman, E. (1978). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (2^a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 9 (2).
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- Hair, J. F., Anderson, R. E. Tatham, R. L., & Black, W. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Hair, J. F. Jr., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. 7. Ed.
- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (429), 46-50.
- Hanson, J. G., & Rapp, C. A. (1992). Families' perceptions of community mental health programs for their relatives with a severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 28(3), 181-197.

- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259
- Hilton, J. L., & Hippel, W. V. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47, 237-271.
- Hinshaw, S. P. (2007). What is Mental Disorder and What is Stigma? In S. P. Hinshaw (Ed.), *The Mark of shame* (pp. 3-27). New York: Oxford University Press.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. saúde coletiva*, 14 (1) 297-305.
- Hutz, C. S. (2009). Ética na avaliação psicológica. In C. S. Hutz (Org.), *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (pp. 297-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N., & Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: The Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care*, 21(1), 87-93.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., & Brondino, M. J. (2008). Depression self-stigma - A new measure and preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(9), 663-670.
- Krüger, H. (2004). Cognição, estereótipo e preconceitos sociais. In M. E. O. Lima & M. E. Pereira, *Estereótipos, Preconceitos e Discriminação: Perspectivas teóricas e Metodológicas*, (pp. 23-40), Salvador: EDUFBA.
- Leff, J., & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: social and clinical outcomes after five years in the community. *Br. J. Psych.*, 176, 217-223.
- Leite, O. A. (2011). A medida no exame psicológico: reflexões sobre o significado clínico da medida. In Conselho Federal de Psicologia. Ano da Avaliação

Psicológica – Textos geradores - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.156 p.

Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity (Silver Spring)*, 18(5), 971-6.

Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: an Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.

Link, F. T. Cullen, Struening, E., & Shrout, P. E. (1989). "A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment." *American Sociological Review*, 54(3), 400-423.

Link, B. G., J. Mirotznik, & Cullen, F. T. (1991). "The Effectiveness of Stigma Coping Orientations: Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling be Avoided?" *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302-320.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (1999). Labeling and Stigma. In C. S. Aneshensel, & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of Sociology of Mental Health* (pp 481-494). New York: A. P. Publishers.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363 - 385.

Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 52(12), 1621-1626.

- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177-190.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*, 16, 149-165.
- Luoma, J. B., O'Hair, A. L., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L., (2010). The development and psychometric properties of a new measure of perceived stigma toward substance users. *Substance Use Misuse*, 45 (1-2), 47-57.
- Luoma, J.B., Rye, A.K., & Kohlenberg, B.S. (2010) The development and psychometric properties of a new measure of perceived stigma toward substance users. *Subst Use Misuse*, 45(1-2), 47-57.
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., et al. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32, 1331-1346.
- Lucchesi, M., & Malik, A. M. (2009). Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 161-168.

- Lysaker, P. H., Salyers, M. P., Tsai, J., Spurrier, L. Y., & Davis, L. W. (2008). Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45 (6), 911–920
- Manfredini, V., & Argimon, I. I. de L. (2010). O uso de testes psicológicos: a importância da formação profissional. *Revista Grifos*, 28.
- Maroco, J., Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fidedignidade do alpha de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martins, L. F., Silveira, P. S., Soares, R. G., Gomide, H. P., & Ronzani, T. M. (2010). Moralização sobre o uso de álcool entre estudante de curso de saúde. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 33-41.
- Mello, M. F. de F., Schoedl, A. F., Pupo, M. C., de Souza, A. A. L., Andreoli, S. B., Bressan, R. A., & Mari, J. J. (2010). Adaptação transcultural e consistência interna do Early Trauma Inventory (ETI). *Cad. Cad. Saúde Pública.*, 26 (4), 713-724.
- Menezes, P. R., & Nascimento, A. F. (2000). Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade, & A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (23-28). São Paulo: Lemos Editorial.
- Monteiro, E. P., & Ronzani, T. M. (2013). Evidências de validade da escala de esperança de herth para população de dependentes de substâncias. (Manuscrito em preparação). Universidade Federal de Juiz de Fora, MG.
- Morley, S., & Snaith, P. (1989). Principles of psychological assessment. In C. Freeman, & P. Tyrer (eds.). *Research Methods in Psychiatric*. London, Gaskell.

- Neuberg, S. L., Smith, D. M., & Asher, T. (2003). Why People Stigmatiza: Toward a Biocultural Framework. In T. F. Heatherton. *The Social Psychology of Stigma*, (pp. 31-61). New York: The Guilford Press.
- Noronha, A. P. P. (1999). *Avaliação Psicológica Segundo Psicólogos: Uso e Problemas com Ênfase nos Testes*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- Noronha, A. P. P. (2002). Os problemas mais graves e mais frequentes no uso dos testes psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 135-142.
- Noronha, A. P., & Alchieri, J. C. (2002). Reflexões sobre os instrumentos de avaliação psicológica. In R. Primi (Ed.), *Temas em avaliação psicológica* (pp. 7-16). Campinas: Ibap.
- Noronha, A. P. P., & Baptista, M. N. (2007). Relação entre a metodologia e avaliação psicológica. In M. N. Baptista, & D. C. Campor (pp. 49-60). *Metodologias de pesquisa em ciências naturais: análises quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro: LTC.
- Noronha, A. P. P., & Reppold, C. (2010). Considerações sobre a avaliação psicológica no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30,192-201.
- Noronha, A. P. P., & Vendramini, C. M. M. (2003). Parâmetros Psicométricos: Estudo Comparativo entre Testes de Inteligência e de Personalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 177-182.
- Nunes, C. (2011). Importância da especificação dos contextos de aplicação e propósitos nos manuais de testes psicológicos. In Conselho Federal de Psicologia. Ano da

Avaliação Psicológica – Textos geradores - Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Nunes, M., & Torrenté, M. de. (2009). Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 101-108.

Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado em Medicina na Universidade de São Paulo.

Pallant, J. (2007). *SPSS - Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS for Windows third edition*. Inglaterra: Open University Press, MC Graw Hill.

Pasquali L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 25, 206-213.

Pasquali, L. (1997). *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: editora UNB.

Pasquali L. (2001). *Técnicas de exame psicológico*. São Paulo: Casa do Psicólogo

Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Petropolis: Vozes.

Peluso, E. T. P., & Blay, S. L. (2009). Public stigma in relation to individuals with depression, *Journal of Affective Disorders*, 115,201–206.

Portney, L.G., & Watkins, M.P. (1993). Power Analysis and Determination of Sample Size. *Foundations of Clinical Research: applications to practice*. Applenton & Lange, Norwalk, Connecticut.

- Prandoni, R. F. S., & Padilha, M. I. C. de S. (2004). A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. *Texto contexto – enferm.*, 13 (4), 633-640.
- Prieto, G., Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77.
- Primi, R. (2003). Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica*, 2, 67-77.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Randemark, N. F. R., Jorge, M. S. B., & Queiroz, M. V. O. (2004). A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto contexto – enferm.*, 13 (4), 543-550.
- Rao, D., Choi, S. W., Victorson, D., Bode, R., Peterman, A., Heinemann, A., et al. (2009). Measuring stigma across neurological conditions: The development of the Stigma Scale for Chronic Illness (SSCI). *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 18(5), 585-595.
- Reppold, C. T. (2011). Qualificação da avaliação psicológica: critérios de reconhecimento e validação a partir dos Direitos Humanos. In *Conselho Federal de Psicologia. Ano da Avaliação Psicológica – Textos geradores* (pp. 156). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-41.
- Robaina, C. M. V. (2010). O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. *Serv. Soc. Soc.*, 102, 339-35.

- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2005). *Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.
- Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 59, 326-332.
- Ronzani, T. M., Furtado, E. F., & Higgins-Biddle, J. (2009) Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 69 (7), 1080-1084.
- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 29, 212-27.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., et al. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *British Journal of Psychiatry*, 195(6), 551-552.
- Sadigursky, D., & Tavares, J. L. (1998). Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 6 (2), 23-27.
- Santos, A. A. A. dos. (2011). O possível e o necessário no processo de avaliação psicológica (2011) pp 13-16 . In *Conselho Federal de Psicologia. Ano da Avaliação Psicológica – Textos geradores* (pp.156). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Sartore, A. C., & Grossi, S. A. A. (2008). Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem*, 42(2), 227-232.

- Sayles, J. N., Hays, R. D., Sarkisian, C. A., Mahajan, A. P., Spritzer, K. L., & Cunningham, W. E. (2008). Development and psychometric assessment of a multidimensional measure of internalized HIV stigma in a sample of HIV-positive adults. *AIDS and Behavior*, 12(5), 748-758.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2009). Stigma Resistance in Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316-323.
- Silva, F. C., Bandeira, D. R., Trentini, C., Brilmann, M., Friedman, R., & Nunes, M. A. (2009). Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. *Psicologia em Estudo*, Abril-Junio, 287-293.
- Silva, M. A. da. (2011). Percepção de mudança em função do tratamento e satisfação dos pacientes psiquiátricos em serviços de saúde mental. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São João Del-Rei. Minas Gerais.
- Silveira, D. X., & Jorge, M. R. (1998). Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clinica e não clinica de adolescentes e adultos jovens. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2(5), 251-261.
- Silveira, P. S. (2010). *Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de Juiz de Fora* (dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil.
- Silveira, P. S., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2009). Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. *Psicologia Teoria e Prática*, 11, 62-75.

- Silveira, Soares, Noto & Ronzani (2012). Estigma e suas consequências para Usuários de Drogas. In T. M. Ronzani (Org.). *Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas*, (pp.251-274). Juiz de Fora: Editora UFJF
- Soares, R. G. (2011). *Validação da versão brasileira da “escala de estigma internalizado de transtorno mental (ISMI) adaptada para dependentes de substâncias”* (dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil
- Soares, R. G., Nery, F. C., Silveira, P. S., Noto, A. R., & Ronzani, T. M. (2011). A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 635-645.
- Souza Filho, M. L. de, Belo, R., & Gouveia, V. V. (2006). Testes psicológicos: análise da produção científica brasileira no período 2000-2004. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(3), 478-489.
- Strauss, M. E., & Smith, G. T. (2009). Construct Validity: Advances in Theory and Methodology, *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(5), 1-2.
- Suiyama, R. C. B., Rolim, M. A., & Colvero, L. de A. (2007). Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos?. *Saude soc.*, 16 (3), 102-110.
- Tavares, I. M. (1997).O tratamento de pacientes psiquiátricos no Hospital Geral. 1997. 94 f. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Tavares, M. (2010). Da ordem social da regulamentação da avaliação psicológica e do uso dos testes. In Conselho Federal de Psicologia (CFP). *Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão* (pp. 39-56). Brasília: CFP.

- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, ciências, Saúde*, 9 (1), 25-59
- Teodoro, M.L. M., Allgayer, M., & Land, B. (2009). Desenvolvimento e validade fatorial do Inventário do Clima Familiar (ICF) para adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 11(3), 27-39.
- Trevizan, M. J. (2011). Contextos em que a avaliação se insere In Conselho Federal de Psicologia. Ano da Avaliação Psicológica – Textos geradores - Brasília: Conselho Federal de Psicologia
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: ArtMed.
- Vallerand, R. (1989). Vers une methodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques. *Canadian Psychology* 30: 662-80.
- vanBrakel, W. H. (2006). Measuring health-related stigma - A literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3).
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150, 71-80.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*, 54 (3), 206-218.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, L. (2006). Measuring the Self-Stigma Associated With Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325-337.

- Vyavaharkar, M., Moneyham, L., Corwin, S., Saunders, R., Annang, L., & Tavakoli, A. (2010). Relationships Between Stigma, Social Support, and Depression in HIV-Infected African American Women Living in the Rural Southeastern United States. *Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 21(2), 144-152. doi: 10.1016/j.jana.2009.07.008.
- Zelst, C. V. (2009). "Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective." *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 293-296.
- Zwick, W. R., & Velicer, W. F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99(3), 432-442.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. doi: 10.1093/schbul/sbl076
- Werner, P., Aviv, A., & Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174-187.
- Werner, P., Stein-Shvachman, I., & Heinik, J. (2009). Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1180-1189. doi: 10.1017/S1041610209990470.
- Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Yen, J. Y., & Ko, C. H. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 56(5), 599-601.

Anexo 1 - Carta de confirmação da parceria e participação no desenvolvimento do presente estudo.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN FRANCISCO

BERKELEY · DAVIS · IRVINE · LOS ANGELES · RIVERSIDE · SAN DIEGO · SAN FRANCISCO



SANTA BARBARA · SANTA CRUZ

Jennifer E. Boyd, Ph.D.
Associate Adjunct Professor
Department of Psychiatry

Address correspondence to:
Veterans Administration Medical Center
4150 Clement Street (116A)
San Francisco, California 94121
Tel: (415) 221-4810 Extension 3421
Fax: (415) 668-7503
E-mail: jennifer.boyd@ucsf.edu

October 19, 2011

Professor Telmo Mota Ronzani
Federal University of Juiz de Fora
Juiz de Fora, Brazil

Dear Professor Ronzani,

This letter is to confirm my support and partnership in developing the transcultural validation to the Brazilian context of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI), which I authored. We have already established a good working relationship via email on some prior pilot work and it is a pleasure to collaborate with you and your outstanding team of scholars.

I look forward to continuing our collaboration on this interesting and important project.

Best regards,

A handwritten signature in blue ink that reads "Jennifer Boyd".

Dr. Jennifer Boyd

Anexo 2: Questionário utilizado no estudo



ID: TEMPO INÍCIO: TÉRMINO:

Instituição: _____

Diagnóstico: _____

A) Estigma Internalizado (ISMI)

Neste questionário, será usado o termo “transtorno mental”, mas, por favor, PENSE NISTO USANDO O TERMO QUE VOCÊ ACHA QUE MELHOR SE APLICA.

Para cada questão, por favor, diga se você discorda totalmente (1), discorda (2), concorda (3), ou concorda totalmente (4).

Proposições	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Você se sente fora de lugar no mundo por ter um transtorno mental.	1	2	3	4
2. Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas.	1	2	3	4
3. As pessoas te discriminam por você ter um transtorno mental.	1	2	3	4
4. Você evita se aproximar das pessoas que não tem transtorno mental para evitar rejeição.	1	2	3	4
5. Você fica envergonhado ou constrangido por ter um transtorno mental.	1	2	3	4
6. Pessoas com transtorno mental não deveriam se casar.	1	2	3	4
7. As pessoas com transtorno mental fazem importantes contribuições para a sociedade.	1	2	3	4
8. Você se sente inferior aos outros que não possuem transtorno mental.	1	2	3	4
9. Você não se socializa tanto quanto você costumava porque seu transtorno mental poderia te fazer parecer ou se comportar “estranho”.	1	2	3	4
10. Pessoas com transtorno mental não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória.	1	2	3	4
11. Você não fala muito sobre você mesmo porque você não quer incomodar os outros com o seu transtorno mental.	1	2	3	4
12. Imagens negativas sobre o transtorno mental te mantém afastado do mundo “normal”.	1	2	3	4
13. Estar rodeado por pessoas que não tem um transtorno mental te faz sentir fora de lugar ou inadequado.	1	2	3	4
14. Você se sente à vontade quando está em público na companhia de uma pessoa com transtorno mental.	1	2	3	4
15. As pessoas frequentemente te tratam com condescendência, ou te tratam como criança	1	2	3	4

Proposições	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
apenas porque você tem um transtorno mental.				
16. Você está desapontado consigo mesmo por ter um transtorno mental.	1	2	3	4
17. Ter um transtorno mental tem prejudicado sua vida.	1	2	3	4
18. As pessoas percebem que você tem um transtorno mental pela sua aparência.	1	2	3	4
19. Por você ter um transtorno mental você precisa que os outros tomem a maioria das decisões por você.	1	2	3	4
20. Você evita situações sociais para proteger sua família ou amigos do constrangimento.	1	2	3	4
21. Pessoas sem transtorno mental possivelmente não conseguiriam te compreender.	1	2	3	4
22. As pessoas te ignoram ou não te levam a sério apenas porque você tem um transtorno mental.	1	2	3	4
23. Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter um transtorno mental.	1	2	3	4
24. Viver com um transtorno mental te tornou um forte sobrevivente.	1	2	3	4
25. Ninguém se interessaria em se aproximar de você porque você tem um transtorno mental.	1	2	3	4
26. Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.	1	2	3	4
27. Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de seu transtorno mental.	1	2	3	4
28. Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida por você ter um transtorno mental.	1	2	3	4
29. As imagens sobre as pessoas com transtorno mental se aplicam a você.	1	2	3	4

B) Escala de Auto-Estima de Rosenberg

Ouçã cada afirmativa e diga se você concorda plenamente (1), concorda (2), discorda (3), ou discorda plenamente (4).

Proposições	Concordo Plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente
1. De uma forma geral (apesar de tudo), você está satisfeito (a) consigo mesmo (a).	1	2	3	4
2. Às vezes, você acha que não serve para nada (desqualificado (a) ou inferior em relação aos outros).	1	2	3	4
3. Você sente que tem um tanto (um número) de boas qualidades.	1	2	3	4
4. Você é capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que te ensinadas).	1	2	3	4
5. Você não sente satisfação nas coisas que realizou. Você sente que não tem muito do que se orgulhar.	1	2	3	4
6. Às vezes, você realmente se sente inútil (incapaz de fazer as coisas).	1	2	3	4
7. Você sente que é uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.	1	2	3	4
8. Você não se dá o devido valor. Você gostaria de ter mais respeito por você mesmo (a).	1	2	3	4
9. Quase sempre você está inclinado (a) a achar que é um(a) fracassado(a).	1	2	3	4
10. Você tem uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a você mesmo (a).	1	2	3	4

C) Escala de Esperança de Herth

Instruções: Várias afirmações estão enumeradas abaixo. Ouça cada afirmação e diga o quanto você concorda com cada afirmação neste momento.

Assertivas	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1. Você está otimista quanto à vida.	1	2	3	4
2. Você tem planos a curto e longo prazos.	1	2	3	4
3. Você se sente muito sozinho (a).	1	2	3	4
4. Você consegue ver possibilidades em meio às dificuldades.	1	2	3	4
5. Você tem uma fé que te conforta.	1	2	3	4
6. Você tem medo do seu futuro.	1	2	3	4
7. Você pode se lembrar de tempos felizes e prazerosos.	1	2	3	4
8. Você se sente muito forte.	1	2	3	4
9. Você se sente capaz de dar e receber afeto/amor.	1	2	3	4
10. Você sabe onde você quer ir.	1	2	3	4
11. Você acredita no valor de cada dia.	1	2	3	4
12. Você sente que sua vida tem valor e utilidade.	1	2	3	4

D) Escala de Depressão - CES-D

Instruções: Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você diga a frequência com que tenha se sentido dessa maneira **DURANTE A SEMANA PASSADA**

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA :	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)
01. Você se sentiu incomodado com coisas que habitualmente não te incomodam.	1	2	3	4
02. Você não teve vontade de comer, teve pouco apetite.	1	2	3	4
03. Você sentiu não conseguir melhorar seu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos.	1	2	3	4
04. Sentiu-se, comparando-se às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas.	1	2	3	4
05. Você sentiu dificuldade em se concentrar no que estava fazendo.	1	2	3	4
06. Sentiu-se deprimido.	1	2	3	4
07. Você sentiu que teve de fazer esforço para dar conta das suas tarefas habituais.	1	2	3	4
08. Você se sentiu otimista com relação ao futuro.	1	2	3	4
09. Você considerou que a sua vida tinha sido um fracasso.	1	2	3	4
10. Você se sentiu amedrontado.	1	2	3	4
11. Seu sono não foi repousante.	1	2	3	4
12. Você esteve feliz.	1	2	3	4
13. Você falou menos que o habitual.	1	2	3	4
14. Você se sentiu sozinho.	1	2	3	4
15. As pessoas não foram amistosas com você.	1	2	3	4
16. Você aproveitou sua vida.	1	2	3	4

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA :	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)
17. Você teve crises de choro.	1	2	3	4
18. Você se sentiu triste.	1	2	3	4
19. Você sentiu que as pessoas não gostavam de você.	1	2	3	4
20. Você não conseguiu levar adiante suas coisas.	1	2	3	4

F) Questionário Sócio-demográfico		
☐ 1. Auto relato ☐ 2. Prontuário	1. Gênero ☐ 1. Feminino ☐ 2. Masculino	2. Idade Anos
3. Estado Civil ☐ 1. Solteiro(a) ☐ 2. Casado(a)/Vive com companheiro(a) ☐ 3. Divorciado(a) ☐ 4. Viúvo(a)		4. Atualmente, você está trabalhando? ☐ 1. Sim (empregado) ☐ 2. Não (desempregado) ☐ 3. Aposentado/encostado
5. Renda Familiar: ☐ 1. Até um salário mínimo ☐ 2. De 1 a 3 salários mínimos ☐ 3. De 3 a 6 salários mínimos ☐ 4. De 6 a 10 salários mínimos ☐ 5. Acima de 10 salários mínimos ☐ 6. Não soube responder 5.1 Número de Pessoas que dependem da renda: Pessoas		6. Escolaridade: ☐ 1. Analfabeto ☐ 2. De 1º a 4º Série (Primário) Incompleto ☐ 3. De 1º a 4º Série (Primário) Completo ☐ 4. De 5º a 8º Série (Ginásio) Incompleto ☐ 5. De 5º a 8º Série (Ginásio) Completo ☐ 6. Ensino Médio (Colegial) Incompleto ☐ 7. Ensino Médio (Colegial) Completo ☐ 8. Nível Superior Incompleto ☐ 9. Nível Superior Completo ☐ 10. Não soube responder 6.1 Quantos anos você permaneceu na escola? Anos 6.2 ☐ Não soube responder

F) Questionário Sócio-demográfico - Continuação

7. Qual a sua religião ou culto?

7.1 Praticante:

☐ 1. Sim ☐ 2. Não

8. Você sabe qual o diagnóstico do seu problema de saúde?

☐ 1. Sim ☐ 2. Não Qual: _____

8.1 Você concorda com esse diagnóstico?

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não soube responder
☐ 4. Não se aplica

9. Quantas vezes você deu entrada em algum serviço para o tratamento do transtorno mental?

--	--

 Vezes

 9.1 ☐ Não soube responder

9.2 Alguma dessas vezes você permaneceu internado?

☐ 1. Sim ☐ 2. Não

9.3 Tempo máximo

--	--

 Dias

9.4 Tempo mínimo

--	--

 Dias

9.5 Quanto tempo você faz tratamento para Transtorno mental?

- ☐ 1. Até um ano
- ☐ 2. De 1 a 3 anos
- ☐ 3. De 4 a 6 anos
- ☐ 4. De 7 a 10 anos
- ☐ 5. Mais de 11 anos
- ☐ 6. Não soube responder

10. Quais os locais abaixo você já recebeu tratamento de saúde relacionado ao transtorno mental? (caso seja necessário, marque mais de uma opção)

- ☐ 1. CAPS ad.
- ☐ 2. Residência Terapêutica
- ☐ 3. Centro de Convivência Recriar
- ☐ 4. Programa de Transtorno de Ansiedade
- ☐ 5. Programa de Transtorno do Humor
- ☐ 6. HPS
- ☐ 7. CASM
- ☐ 8. CAPS ij
- ☐ 9. CAPS casa viva
- ☐ 10. CAPS- HU
- ☐ 11. Hospital psiquiátrico
- ☐ 12. UBS
- ☐ 13. Outros: _____

LEMBRE-SE DE ANOTAR O TEMPO DE TÉRMINO DA APLICAÇÃO

OBSERVAÇÕES: _____

Anexo 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE



Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA)

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TELMO MOTA RONZANI

ENDEREÇO: RUA JOHANN STRAUSS, 120. COND. SÃO LUCAS - CEP: 36036-647, SÃO PEDRO

Telefone: (32) 8844.2252

FABRICIA CRETON NERY

ENDEREÇO: AV. PRESIDENTE COSTA E SILVA, 2499/202 – SÃO PEDRO, JUIZ DE FORA – MG.

TELEFONE: (32) 8888-3763

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Validação da Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental”. Estão sendo selecionados todos os indivíduos que deram entrada nos serviços de saúde mental do município de Juiz de Fora e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o serviço de saúde. O objetivo deste estudo é validar para a realidade brasileira, a Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental (ISMI) para portadores de qualquer transtorno mental. Têm-se como objetivos específicos: 1) Realizar a tradução e adaptação da ISMI; 2) Avaliar a validade de conteúdo e a validade de constructo da ISMI; 3) Avaliar a confiabilidade da ISMI e 4) Realizar a normatização da ISMI.

A realização da pesquisa se justifica pela necessidade de investigar a dimensão dos efeitos do estigma internalizado no portador de transtorno mental, e construir meios de se incentivar médicos e outros profissionais de saúde a incluir a redução do estigma como parte do tratamento, aumentando a probabilidade de eficácia do mesmo.

A sua participação na pesquisa consistirá em uma entrevista estruturada com duração aproximada de 20 a 30 minutos. A entrevista será conduzida individualmente de modo a não causar-lhe constrangimentos e/ou incômodos pessoais.

Os benefícios relacionados com a sua participação são para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico. Essa participação também não consta qualquer ressarcimento ou privilégio — seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza — aos voluntários que participarem desta pesquisa. Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa são considerados mínimos, entretanto, caso ocorra algum tipo de prejuízo, você poderá entrar em contato com o pesquisador principal e/ou Comitê de Ética.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que os questionários são sigilosos, e não são identificados, estando à sua disposição quando finalizada a pesquisa.

Os dados e os materiais utilizados na pesquisa ficarão na UFJF no Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva - ICH, onde estará seguro e trancado, visto que ninguém terá o acesso, somente os pesquisadores.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e artigos científicos da área.

Você receberá uma cópia deste Termo, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Validação da Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2013.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

Anexo 4: Carta de Aceite do Comitê de Ética e Pesquisa – UFJF

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 007/2011

Protocolo CEP-UFJF: 2267.007.2011 **FR:** 398533 **CAAE:** 0007.0.180.000-11

Projeto de Pesquisa: Validação da Versão Brasileira da escala de estigma internalizado de Transtorno Mental

Área Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Telmo Mota Ronzani

Data prevista para o término da pesquisa: junho de 2012

Instituição colaboradora/sediadora: Universidade Federal de Juiz de Fora

Análise do protocolo:

Itens Avaliados	Sim	Não	P	NA
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	X		
	Objeto de estudo está bem delineado	X		
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	X		
	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	X		
Material e Métodos	Tipo de estudo	X		
	Procedimentos que serão utilizados	X		
	Número de participantes	X		
	Justificativa de participação em grupos vulneráveis			X
	Crêrrios de inclusão e exclusão	X		
	Recrutamento	X		
	Riscos ou desconfortos esperados	X		
	Coleta de dados	X		
	Tipo de análise	X		
	Cuidados Éticos	X		
	Assegura o arquivamento do material coletado pelo período mínimo de cinco anos	X		
	Explicita como será o descarte do material coletado	X		
Revisão da literatura	Atualiza e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	X		
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	X		
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	X		
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	X		
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	X		
	Apresenta o responsável pelo financiamento	X		
Referências	Segue uma normatização	X		
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	X		
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	X		
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa			X
Termo de assentimento	Apresenta o termo em caso de participação de menores			X
TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	X		
	Apresenta justificativa e objetivos	X		
	Descreve suficientemente os procedimentos	X		
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	X		
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	X		



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	X			
	Garante sigilo e anonimato	X			
	Explicita				
	Riscos e desconfortos esperados	X			
	Ressarcimento de despesas	X			
	Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	X			
	Forma de contato com o pesquisador	X			
Pesquisador (es)	Forma de contato com o CEP	X			
	Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa	X			
Documentos	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	X			
	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	X			
	Folha de Rosto preenchida	X			
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)	X			
	Resumo do projeto	X			
	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	X			
	Um CD-ROM gravado contendo: Projeto de pesquisa, Resumo do projeto e TCLE.	X			

P= parcialmente

NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 16 de junho de 2011

Profª Drª Iêda Maria Ávila Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

Anexo 5 : Comprovante de submissão do artigo "Adaptação transcultural da versão brasileira da “Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI-BR” na Revista Cadernos de Saúde Pública.

Prezado(a) Dr(a). Fabricia Creton Nery:

O artigo "Adaptação transcultural da versão brasileira da “Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental – ISMI-BR” (CSP_1889/13) foi submetido pelo Dr(a). Telmo Mota Ronzani no periódico **Cadernos de Saúde Pública** (CSP) e você foi incluído como autor do artigo. Em caso de dúvidas, envie suas questões para o nosso e-mail, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa **revista** para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof^ª. Marília Sá Carvalho
Prof^ª. Claudia Travassos
Prof^ª. Claudia Medina Coeli
Editoras



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

cadernos@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

Compartilhar