

RHAISA GONTIJO SOARES

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA “ESCALA DE ESTIGMA
INTERNALIZADO DE TRANSTORNO MENTAL (ISMI) ADAPTADA PARA
DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS”**

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Co-orientadora: Ana Regina Noto

JUIZ DE FORA

2011

RHAISA GONTIJO SOARES

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA “ESCALA DE ESTIGMA
INTERNALIZADO DE TRANSTORNO MENTAL (ISMI) ADAPTADA PARA
DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS”**

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Co-orientadora: Ana Regina Noto

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade
Federal de Juiz de Fora para
obtenção de título de Mestre.

JUIZ DE FORA

2011

Soares, Rhaisa Gontijo.

Validação da versão brasileira da “escala de estigma internalizado de transtorno mental (ISMI) adaptada para dependentes de substâncias” / Rhaisa Gontijo Soares. – 2011.

105 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Psicometria. 2. Estereotipagem. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. I. Título.

CDU 159.938.3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA “ESCALA DE ESTIGMA
INTERNALIZADO DE DOENÇA MENTAL (ISMI) ADAPTADA PARA
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS”**

Autora: Rhaisa Gontijo Soares

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Co-orientadora: Ana Regina Noto

Comissão Examinadora

Avaliador 1: Prof.(a) Dr.(a) Eroy Aparecida da Silva

Avaliador 2: Prof.(a) Dr.(a) Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Avaliador 3: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

JUIZ DE FORA

2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por conduzir meus passos.

Ao professor Telmo, pela amizade e inspiração intelectual que tanto contribuíram para meu amadurecimento acadêmico e pessoal.

À professora Ana Noto, pelo carinho e contribuições enriquecedoras durante toda a caminhada.

Às professoras, Eroy e Laisa, que gentilmente aceitaram avaliar este trabalho.

Aos professores do mestrado, que se fizeram parte integrante de minha formação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos institucional para mestrado.

Às coordenadoras das instituições que contribuíram para realização deste estudo, disponibilizando o espaço para a coleta de dados.

Aos pacientes, pela disponibilidade e atenção durante as entrevistas.

Ao Thiago, pelo amor incondicional, que tornou tudo mais fácil e agradável, e por sua análise crítica do trabalho, sempre muito bem-vinda.

Aos amigos queridos Polly, Leo, Gabi e Hike (minha família de Juiz de Fora!) pelo apoio, confiança e incentivo em todos os momentos. Essas pessoas, tão competentes e dedicadas, tornaram essa caminhada mais gratificante e divertida.

Aos amigos Salomão e Rodrigo, pelos momentos de reflexão e pela amizade demonstrada com tanto afeto.

À amiga Thaty, mesmo distante, sempre tão presente.

Aos amigos do grupo de pesquisa Estigma, pela dedicação na coleta de dados e pelo aprendizado nas tardes de estudo.

Aos amigos do POPSS, pela troca de experiências.

Aos meus pais, fonte de segurança e aconchego, pela confiança, apoio e constante incentivo aos estudos.

Aos meus queridos irmãos, cunhadas e sobrinha, pelo carinho, e alegria proporcionada a cada encontro.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho, muito obrigada.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Lista de Anexos

Resumo

1	INTRODUÇÃO	09
1.1	Aspectos Históricos e Conceituais do Estigma Social	09
1.2	As Consequências do Processo de Estigmatização	10
1.3	Estigma Internalizado e suas Implicações em Diversas Condições de Saúde	12
1.4	Consumo de Substâncias e seu Impacto na Saúde e na Sociedade	14
1.5	A Mensuração do Estigma entre Usuários/Dependentes de Substâncias	18
2	OBJETIVOS	23
2.1	Estudo 1	23
2.2	Estudo 2	23
3	ESTUDO 1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: A MENSURAÇÃO DO ESTIGMA INTERNALIZADO EM DIFERENTES CONDIÇÕES DE SAÚDE	24
3.1	Introdução	24
3.2	Método	25
3.3	Resultados	26
3.3.1	Indicadores Bibliométricos	26
3.3.2	Definição do Conceito de Estigma Internalizado	27
3.3.3	Principais Justificativas apresentadas pelos Autores para a Construção / Validação das Escalas	28
3.3.4	Aspectos Metodológicos dos Estudos	29
3.3.5	Procedimentos Utilizados na Construção e Validação das Escalas	30
3.3.6	Propriedades Psicométricas das Escalas	32
3.4	Discussão	34

4	ESTUDO 2 – VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ISMI ADAPTADA PARA DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS	39
4.1	Justificativa	39
4.2	Método	42
4.2.1	Delineamento da pesquisa	42
4.2.2	Participantes	43
4.2.3	Instrumentos	44
4.2.4	Procedimentos	46
	1 ^a FASE – Tradução e Adaptação Cultural da Escala	47
	2 ^a FASE – Avaliação das Propriedades Psicométricas da Escala	50
4.3	Análise dos Dados	52
4.4	Aspectos Éticos	53
4.5	Resultados	53
4.5.1	Resultados da 1 ^a FASE	53
	4.5.1.1 Tradução	53
	4.5.1.2 Síntese das Traduções	53
	4.5.1.3 Retrotradução	54
	4.5.1.4 Comitê de Peritos	54
	4.5.1.5 Pré-teste	56
4.5.2	Resultados da 2 ^a FASE	57
	4.5.2.1 Confiabilidade	57
	4.5.2.2 Validade de Constructo	59
4.6	Discussão	65
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
6	REFERÊNCIAS	73

TABELAS

Tabela 01 – Procedimentos utilizados para a composição dos itens das Escalas de Estigma Internalizado	32
Tabela 02 – Avaliação das propriedades psicométricas das Escalas de Estigma Internalizado	33
Tabela 03 – Descrição das características da população estudada	43
Tabela 04 – Média e Desvio padrão dos itens da ISMI adaptada para dependentes de substâncias	57
Tabela 05 – Consistência interna dos escores totais e subescalas da ISMI adaptada para dependentes de substâncias	58
Tabela 06 – Correlações entre o escore total e das 5 subescalas da ISMI adaptada para dependentes de substâncias	59
Tabela 07 – Correlações entre os escores da ISMI adaptada para dependentes de substâncias e as escalas EAER, EEH e CES-D	60
Tabela 08 – Análise Fatorial dos itens da CES-D e ISMI adaptada para dependentes de substâncias	60
Tabela 09 – Análise Fatorial dos itens da EEH e ISMI adaptada para dependentes de substâncias	62
Tabela 10 – Análise Fatorial dos itens da EAER e ISMI adaptada para dependentes de substâncias	63
Tabela 11 – Análise Fatorial Exploratória dos 24 itens da ISMI adaptada para dependentes de substâncias	64

FIGURAS

Figura 01 – Descrição resumida do processo de tradução e adaptação cultural de instrumento _____ 47

ANEXOS

Anexo 01 – Questionário	84
Anexo 02 – Autorização da autora da Escala ISMI	95
Anexo 03 – Aceite do Comitê de Ética de Pesquisa da UFJF	96
Anexo 04 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	97
Anexo 05 – Resultados dos Estágios 1 e 2 do processo de tradução e adaptação cultural da Escala ISMI adaptada para dependentes de substâncias	98
Anexo 06 – Resultados dos Estágios 3 e 4 do processo de tradução e adaptação cultural da Escala ISMI adaptada para a dependentes de substâncias_102	102

RESUMO

Introdução: O estudo do *estigma* tem sido amplamente divulgado na literatura internacional, representando uma importante vertente de pesquisas no campo da saúde e políticas públicas. Nesse sentido, a investigação das relações entre o processo de estigmatização e a dependência de substâncias tem se constituído uma abordagem eminente. No entanto, grande parte das publicações científicas sobre o tema privilegia a avaliação da perspectiva do estigmatizador e, além disso, pouco se conhece sobre este tema na realidade brasileira. Dentro desse contexto, o presente trabalho foi dividido em dois estudos: o primeiro estudo teve como objetivo identificar e analisar os instrumentos de mensuração de estigma internalizado existentes, a partir de uma revisão sistemática de literatura. O segundo estudo teve como objetivo validar, para o Brasil, a escala *Internalized Stigma of Mental Illness* – ISMI, adaptando-a para dependentes de substâncias psicoativas. Este estudo consiste numa proposta original e, portanto, justificável, uma vez que não há instrumentos válidos para a mensuração do estigma internalizado entre dependentes de substâncias no contexto brasileiro.

Estudo 1 – Método: A busca foi realizada em janeiro de 2011 nas bases de dados *Web of Science*, *Pubmed*, *Psycinfo*, *Lilacs* e *Scielo*, utilizando os termos *internalized stigma*, *self-stigma*, estigma internalizado e auto-estigma. Resultados: Onze escalas foram analisadas, das quais, 6 mensuravam estigma internalizado voltado para transtornos mentais. Discussão: a análise revelou problemas conceituais e metodológicos dos estudos, apontando dificuldades intrínsecas à investigação do fenômeno e fornecendo subsídios para pesquisas futuras. Os estudos de construção/validação de escalas sobre estigma internalizado não vêm se propagando em relação a diferentes transtornos – nenhum instrumento de mensuração do estigma internalizado relacionada à dependência de substâncias foi encontrado – nem tampouco em diversos países – o país que mais desenvolve e publica estudos sobre construção de escalas de estigma internalizado são os EUA. Considerações Finais: Apesar das limitações, o crescente número de escalas demonstra a relevância do tema no campo da Saúde Mental, e proporciona um avanço do conhecimento acerca dos fatores envolvidos no processo de estigmatização.

Estudo 2 – Método: O processo de validação foi dividido em duas fases: (1) tradução e adaptação cultural do instrumento em questão e, (2) verificação das

propriedades psicométricas do mesmo. Na primeira fase, a ISMI foi inicialmente traduzida para o português e retrotraduzida para o inglês. Após reunião do comitê de peritos e, acatadas as observações sugeridas pela autora principal da escala original, realizou-se um pré-teste para avaliação da compreensão dos itens e das instruções da escala. Como não foi necessária nenhuma alteração, esta versão foi considerada satisfatória. A segunda fase do estudo avaliou as propriedades psicométricas da escala em uma população de 299 dependentes de substâncias, pacientes de duas instituições públicas de saúde de Juiz de Fora – MG. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: questionário sócio-demográfico; MINI; Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental (ISMI) adaptada para dependentes de substâncias; Escala de Auto-estima de Rosenberg (EAER); Escala de Esperança de Herth (EEH) e; escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). Resultados: A confiabilidade do instrumento foi classificada em moderada a elevada, uma vez que o coeficiente *alpha de Cronbach* do escore total (29 itens) foi de 0,83 e o *Coeficiente Spearman-Brown* de 0,76. A validade de constructo, estimada pela Análise Fatorial Exploratória de Máxima Verossimilhança, demonstrou correlação estatisticamente significativa ($p<0,01$) entre a ISMI e as escalas CES-D ($r=0,47$), EEH ($r=-0,19$) e EAER ($r=-0,48$). Discussão: A versão brasileira da ISMI demonstrou propriedades psicométricas satisfatórias e promete ser um instrumento útil para mensurar o estigma internalizado entre dependentes de substâncias. Considerações Finais: A escala de estigma internalizado validada para o Brasil poderá, futuramente, contribuir na investigação da magnitude dos efeitos do estigma internalizado entre dependentes de substâncias.

Palavras-chave: Estigma Internalizado; Dependência de Substâncias; Psicometria; Validação de Instrumentos.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Históricos e Conceituais do Estigma Social

Em sua origem grega, a palavra *estigma* referia-se a sinais corporais utilizados para identificação de alguma marca ou status moral do seu portador – escravos, criminosos e traidores – o qual, de alguma forma, deveria ser distinguido do grupo social dominante (NEUBERG, SMITH, ASHER, 2003). O conceito de estigma social, no entanto, tem seu principal marco teórico no clássico ensaio de Erving Goffman, *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, publicado originalmente no ano de 1963. O referido autor propõe uma definição de estigma social como uma marca ou um sinal que designaria ao seu portador um status “deteriorado” e, portanto, menos valorizado que as pessoas “normais”, chegando a tornar-se incapacitado para a aceitação social plena. O processo de estigmatização seria uma forma de categorização social através da qual se identifica de forma seletiva um atributo negativo considerado como “desviante da norma” e que, por si só, compromete a identidade social do portador por completo em uma situação de interação social (GOFFMAN, 1978).

Apesar da raiz sociológica do conceito de estigma social, definições recentes têm focado a natureza contextual e dinâmica do estigma, de forma que o contexto social e o meio ambiente físico influenciam fundamentalmente a característica pela qual o indivíduo é estigmatizado. Dessa forma, uma substancial porção da produção científica sobre o tema tem utilizado a abordagem da psicologia social, buscando compreender como as pessoas constroem categorias e as relacionam com crenças estereotipadas negativas (LINK, PHELAN, 2001).

Através da perspectiva psicossocial, o processo de estigmatização será compreendido como um processo moldado por forças históricas e sociais, tendo como características fundamentais o reconhecimento da diferença com base em algum atributo distinguível ou “marca” e uma consequente desvalorização do seu portador. Além disso, na perspectiva da psicologia social, enfatizam-se os efeitos imediatos do contexto social e situacional sobre a perspectiva do estigmatizador, do estigmatizado e da interação entre ambos. Por fim, avaliam-se suas consequências sociais e pessoais no âmbito afetivo, cognitivo e comportamental (DOVIDIO, MAJOR, CROCKER, 2003).

Para Link e Phelan (2001), o processo de estigmatização ocorre quando as pessoas distinguem e rotulam diferenças pessoais, e, por meio das crenças compartilhadas culturalmente, as pessoas rotuladas são compreendidas como possuidoras de características indesejáveis; em seguida, confirma-se um grau de separação entre “nós”, o grupo estigmatizador, e “eles”, o grupo estigmatizado. Segundo estes mesmos autores, neste processo há, necessariamente, coexistência de estereótipos, rotulação, separação, perda de status e discriminação em uma situação de poder que permite que esses componentes interajam. Desta forma, o processo de estigmatização, com todos os seus componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, pode ocasionar graves prejuízos na vida de uma pessoa.

1.2 As Consequências do Processo de Estigmatização

O processo de estigmatização tem sido apontado como profundamente danoso a algumas condições de saúde estigmatizadas na cultura dominante atual (FUNG et al., 2007; KALICHMAN et al., 2009; KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003; VOGEL, WADE, HAAKE, 2006). No âmbito das relações interpessoais, as concepções culturais acerca de uma condição de saúde estigmatizada, como é o caso do transtorno mental, podem incluir uma coleção de atributos negativos diferentes, os quais envolvem a percepção de perigo e imprevisibilidade, fraqueza e incompetência e, por isso, uma generalizada indesejabilidade. As concepções culturais, portanto, podem desempenhar um papel importante para determinar como pessoas com estas condições são tratadas, assim como a percepção de perigo ou violência pode ser um forte preditor de distância social (LINK, PHELAN, 1999).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos sobre as concepções públicas acerca dos portadores de transtorno mental, incluindo dependentes de substâncias (LINK et al., 1999), os respondentes relataram mais desejo de distância social para a pessoa descrita como dependente de cocaína, seguido por dependência de álcool e esquizofrenia. Os autores encontraram ainda uma associação entre a crença de que a pessoa com determinada condição pode ser violenta e o desejo de distanciamento social em relação a ela. Segundo estes mesmos autores, à medida que os sintomas do transtorno mental são associados à violência, pessoas portadoras desse transtorno são

afetadas negativamente pela rejeição, podendo relutar em procurar ajuda profissional por medo da estigmatização e exclusão. Outros estudos têm concordado que a estigmatização pode levar ao distanciamento e exclusão de pessoas estigmatizadas (ANGERMEYER, MATSCHINGER, 1997; DIETRICH et al., 2004), e que a percepção da população sobre uma determinada condição de saúde influencia a busca por ajuda, a adesão ao tratamento e a maneira como indivíduos com determinado transtorno serão integrados na comunidade (PELUSO, BLAY, 2004).

No âmbito da saúde, estudos destacam que o diagnóstico pode influenciar significativamente nos efeitos da estigmatização em um indivíduo (BERGER, WAGNER, BAKER, 2005; NEVES, 2004; PALM, 2006). Mesmo levando em consideração a importância do diagnóstico como ferramenta relevante para o direcionamento de um tratamento adequado, muitas vezes a conotação que se dá para determinados problemas diagnosticados é vinculada a questões morais (NEVES, 2004).

Palm (2006) aponta que as atribuições morais sobre determinados comportamentos e a generalização do estereótipo constituem intensificadores do processo de estigmatização, na medida em que o julgamento moral envolve a concepção de algo como “problema” indesejável de se lidar, sendo considerado negativo. Nesse processo, tanto o problema em si, quanto o portador deste problema é generalizado como um problema indesejável (PALM, 2006), influenciando diretamente o planejamento, acesso e responsabilidade sobre o tratamento por parte do profissional de saúde (BERGER, WAGNER, BAKER, 2005).

Deve-se reconhecer que as características negativas atribuídas à rotulação de pacientes são reconhecidas não apenas pelo grupo externo, mas também percebidas e internalizadas pelos mesmos, influenciando diretamente suas crenças e sentimentos relacionados a essas características (RITSHER, PHELAN, 2004). Nessas circunstâncias, várias dimensões conceitualmente distintas do estigma são identificadas relacionadas à pessoa estigmatizada. Luoma et al. (2007) propõe três dimensões: *estigma estrutural*, o qual se refere à discriminação social diretamente experienciada – com base em ser membro de um grupo estigmatizado – como dificuldade de arrumar um emprego, menor acesso à moradia, pouco apoio para tratamento ou rejeição interpessoal; *estigma percebido*, no qual membros de um grupo estigmatizado têm consciência da prevalência de atitudes e ações estigmatizantes da sociedade sobre sua

condição; e *estigma internalizado*. No presente estudo, o enfoque principal será atribuído ao último.

1.3 Estigma Internalizado e suas Implicações em Diversas Condições de Saúde

No que se refere às consequências do estigma para os indivíduos estigmatizados, o principal impacto é a internalização do estigma, fenômeno denominado *estigma internalizado* ou *auto-estigma*. De uma perspectiva sócio-cognitiva, a internalização do estigma ocorre à medida que o indivíduo torna-se consciente dos estereótipos negativos que as outras pessoas endossam (consciência dos estereótipos), concorda pessoalmente com esses estereótipos (concordância com estereótipos) e, aplica esses estereótipos a si mesmo (CORRIGAN, WATSON, BARR, 2006). A consciência do estigma é um componente necessário, mas não suficiente para sua internalização, a qual só ocorre mediante a concordância e aplicação dos estereótipos pelos indivíduos portadores da condição estigmatizada a si próprios (CORRIGAN, WATSON, BARR, 2006; LINK, 1987; LUOMA et al., 2008). Livingston e Boyd (2010) complementam o conceito se referindo ao estigma internalizado como um processo subjetivo, embutido dentro de um contexto sociocultural que pode ser caracterizado por sentimentos negativos (sobre si), comportamentos mal-adaptativos, transformação de identidade ou endossamento do estereótipo, resultados das experiências e percepções de um indivíduo, ou antecipação de reações sociais negativas com base em seu transtorno mental.

Segundo Watson et al. (2007), na vida de um paciente, das várias implicações do estigma internalizado, duas merecem destaque. Em primeiro lugar, a percepção de inclusão em uma categoria supostamente desvalorizada socialmente pode conduzir os indivíduos a uma auto-desvalorização. Segundo, a preocupação dos mesmos em como será a resposta dos outros à sua condição pode conduzi-los a engajarem-se em defesas que levam a interações tensas, isolamento e outras consequências negativas.

A relação entre estigma internalizado e suas implicações, portanto, não é linear, sendo melhor compreendida como um círculo repetitivo, no qual, aspectos da recuperação no tratamento são bloqueados assim como diversas esferas da vida do indivíduo são afetadas, resultando em percepções subjetivas de sentir-se desvalorizado e marginalizado. Ou seja, na medida em que as pessoas se sentem desqualificadas, em função da baixa auto-estima e baixa auto-eficácia, e estimulam outras pessoas a evitá-

las ou rejeitá-las, constituem menos suporte social e não aderem a tratamentos, justamente devido à sua hesitação em construir relações com os pares como uma estratégia de negação do estigma (VERHAEGHE, BRACKE, BRUYNOOGHE, 2008).

Em relação ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, um estudo realizado em Hong Kong, com 86 adultos diagnosticados com esquizofrenia (FUNG, TSANG, CORRIGAN, 2008), apontou que o estigma internalizado está relacionado aos menores índices de adesão ao tratamento. Segundo os autores, uma possível razão para isto acontecer é que eles querem manter em segredo o transtorno mental evitando, assim, a discriminação. Os dados apresentados nesse estudo vão ao encontro da literatura que mostra que indivíduos com baixa auto-estima frequentemente endossam sentimentos de desesperança e não acreditam nos benefícios do tratamento, o que resulta em baixa adesão ao mesmo (FUNG et al., 2007).

A desesperança é mais uma característica fortemente afetada pelo estigma internalizado e que se configura também como uma barreira para o tratamento (LYSAKER et al., 2008). Um estudo exploratório, com 143 participantes com diagnóstico de esquizofrenia ou desordem esquizoafetiva, apontou que baixos níveis de esperança possivelmente fazem com que as pessoas sejam mais susceptíveis aos efeitos do estigma internalizado ou à exacerbação dos sintomas (LYSAKER et al, 2008).

Enfim, o processo de internalização do estigma torna-se central para as condições psicológicas destes indivíduos tais como diminuição de auto-estima, autoconfiança e auto-eficácia, percepção de descrédito, sentimentos de vergonha, culpa, angústia, raiva ou autoreprovação (CORRIGAN, 1998; CORRIGAN, MARKOWITZ, WATSON, 2004; CORRIGAN, WATSON, 2002; CORRIGAN, WATSON, BARR, 2006), assim como gera várias implicações práticas na vida de um paciente, dentre as quais perspectivas limitadas de recuperação e restrição de redes sociais (CORRIGAN, 1998; LINK et al., 2001; LINK, MIROTZNIK, CULLEN, 1991). Estes fatores podem levar ao isolamento, desemprego e ao baixo rendimento, influenciando na disposição dos sujeitos em procurar tratamento, pois, na tentativa de evitar que sua condição de saúde se torne pública, na maioria das vezes, eles não o procuram (KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008). Neste sentido, muitas vezes, em situações de saúde, a condição de estigmatização pode se tornar muito mais danosa do que propriamente o transtorno em si (RONZANI, FURTADO, HIGGINS-BIDDLE, 2009), conduzindo a diversas

consequências, inclusive o agravamento da situação (BERGER, WAGNER, BAKER, 2005).

Dentre as condições de saúde que podem ser agravadas pelo estigma internalizado, a dependência de álcool e outras drogas tem uma relevância significativa, uma vez que é um dos principais transtornos estigmatizados em todo o mundo, sendo a moralização do consumo um dos principais aspectos envolvidos nesse processo (CORRIGAN et al., 2005; FORTNEY et al., 2004; PALM, 2006; ROOM, 2006). No entanto, antes de abordarmos o impacto que o estigma pode causar na vida de um dependente de substâncias, é necessário conhecer um pouco mais sobre a prevalência desse transtorno e suas consequências na população.

1.4 Consumo de Substâncias e seu Impacto na Saúde e na Sociedade

As substâncias psicoativas são usadas em muitas culturas há milhares de anos na história da humanidade. Elas tiveram inúmeras funções individuais e sociais, dentre elas, promover estimulação, alívios de estados emocionais adversos e sintomas físicos desconfortáveis. Sob a ótica sócio-cultural, as substâncias psicoativas ajudavam nos rituais religiosos, cerimônias e funções médicas (DUARTE, MORIHISA, 2008). Ainda hoje, o consumo de álcool possui relevância social, política, econômica e religiosa em diversas culturas (NEVES, 2004).

A relação entre o usuário e a substância por ele consumida, varia de acordo com o contexto e seu padrão de uso, em um continuum que pode ser desde sem maiores problemas até sérias consequências na saúde física, psicológica, social e ocupacional. Atualmente, organizações de saúde pública tem se preocupado, em escala mundial, tanto com o abuso de álcool e outras drogas quanto com os problemas gerados por ele (BABOR et al., 2001; GALDURÓZ et al., 2004; RONZANI et al., 2005), uma vez que o uso de qualquer substância de forma abusiva pode estar relacionado ao surgimento de vários tipos de doenças e agravos diferentes, estando também associado a problemas sociais, familiares e interpessoais (REHM et al., 2003; WHO, 2007).

Menéndez e Pardo (2005), afirmam que o alcoolismo e agravos relacionados ao uso de álcool são um dos principais problemas de saúde pública na América Latina, acarretando diversos prejuízos. Quando analisados apenas os países em desenvolvimento das Américas, estima-se que 50,1% da carga de todas as doenças

destes países poderiam ser explicadas por transtornos neuropsiquiátricos, sendo que o álcool apresenta-se como maior fator de risco neste contexto, superando até mesmo o tabaco (REHM, MONTEIRO, 2005).

Não só a avaliação da participação do consumo de álcool, mas também do tabaco e de outras substâncias psicotrópicas na carga global de doenças, constitui uma importante vertente mundial de pesquisas no âmbito da saúde, devido, principalmente, aos diversos riscos e transtornos causados por essas substâncias aos usuários. Compõem essas pesquisas, estudos relacionados à prevalência de tal consumo na sociedade (BRASIL, 2004; CARLINI et al., 2007; OMS, 2004).

No Brasil, o consumo de substâncias não atinge de maneira uniforme toda a população, e sua distribuição é distinta nas diferentes regiões do país, apresentando inclusive, diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais, quanto nas vias de utilização e na escolha do produto (BRASIL, 2004). Realizou-se, em 2005, o II Levantamento Domiciliar Brasileiro sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas. A população estudada foi constituída por 7.939 brasileiros (3.301 homens e 4.638 mulheres) com idade entre 12 e 65 anos, residentes nas cidades com mais de 200 mil habitantes no Censo de 2000 (mais a cidade de Palmas, no estado de Tocantins) totalizando 108 cidades brasileiras (CARLINI et al., 2007).

Verificou-se que o álcool e o tabaco eram as substâncias mais consumidas, correspondendo a 74,6% e 44%, respectivamente, de *uso na vida*. Para o álcool, estimou-se uma taxa de dependência de 19,5% para os homens e 6,9% para as mulheres. No que se refere à prevalência do envolvimento em situações de risco, estando sob o efeito do álcool ou logo após o seu efeito, 7,3% da população total relatou ter se envolvido em situações de risco e 7,9% relatou que já teve problemas pessoais pelo uso de álcool. Em todas as regiões observaram-se mais dependentes de álcool para o gênero masculino (CARLINI et al., 2007).

Em relação às outras drogas, 22,8% da população pesquisada já fez *uso na vida* de drogas, exceto álcool e tabaco. Ainda com relação a essa população, um terço da população masculina declarou já ter sido submetida a tratamento para dependência de drogas. Ressalta-se ainda que, na faixa etária de 12 a 17 anos, já existem relatos de uso das mais variadas drogas, bem como a facilidade de acesso às mesmas e vivência de consumo próximo. O *uso na vida* de maconha foi de 8,8%, seguido por solventes

(6,1%), benzodiazepínicos (5,6%); estimulantes (3,2%), cocaína (2,9%) e crack (0,7%). (CARLINI et al., 2007).

Apesar do *uso na vida* de crack ter apresentado baixos índices no Levantamento Nacional (CARLINI et al., 2007), a população usuária e dependente dessa substância tem aumentado nos últimos anos. Um estudo da década de 90 já demonstrava que os usuários de cocaína e de crack tinham se tornado o grupo de usuários de drogas ilícitas mais presentes nos serviços ambulatoriais e de internação para o tratamento de dependência (FERRI et al., 1997). Na cidade de São Paulo, a entrada de pacientes usuários de crack em vários serviços para tratamento subiu de 17% em 1990 para 64% em 1993 (FERRI et al., 1997). No Brasil, estudos mais atuais indicam, em relação ao gênero, que existe uma maioria de homens consumidores desta droga (MALTA et al., 2008; OLIVEIRA, NAPPO, 2008). Deve-se aqui destacar, a necessidade de pesquisas futuras com usuários de crack para maior conhecimento e estudo dessa população.

Assim, percebe-se que os dados epidemiológicos, além de outras contribuições para o estudo do uso de substâncias, indicam um impacto na saúde das populações e indivíduos, na medida em que elevadas freqüências e quantidades de uso de álcool e outras drogas são associadas a vários problemas biológicos, físicos, psicológicos e sociais (MELONI, LARANJEIRA, 2004; WHO, 2007). De acordo com a OMS (2004), os principais prejuízos orgânicos do consumo de substâncias podem ser divididos em quatro categorias. Em primeiro lugar, estão os efeitos crônicos para a saúde, como cirrose do fígado, câncer de pulmão e uma série de outras doenças crônicas. Em segundo lugar, estão os efeitos físicos/biológicos agudos ou a curto prazo, que incluem principalmente dose excessiva (overdose), assim como os acidentes devidos a efeitos das substâncias sobre a coordenação física, concentração e discernimento, em circunstâncias onde sejam necessárias tais qualidades. A terceira e quarta categorias de efeitos nocivos incluem as consequências sociais prejudiciais, tais como, incapacidades em relação ao trabalho ou ao papel na família (OMS, 2004).

Entre os agravos psicológicos e sociais relacionados direta e indiretamente ao uso de álcool e outras drogas, destacam-se: problemas familiares (SILVA et al., 2008), financeiros e no trabalho, acidentes de trânsito, depressões clínicas e distúrbios de conduta, ao lado de comportamento de risco no âmbito sexual, transmissão de doenças pelo uso de drogas injetáveis, e outros problemas decorrentes dos componentes da substância ingerida e das vias de administração (BRASIL, 2004). O uso de drogas

psicotrópicas influí, ainda, na vida escolar de jovens e adolescentes usuários (GALDURÓZ et al., 2010).

Diversas situações de violência também são relacionadas ao uso de substâncias. Chalub e Telles (2006) realizaram uma revisão das publicações sobre transtornos por uso de substâncias e criminalidade entre o período de 1986 a 2006. As palavras-chaves usadas foram "abuso de drogas" e "crime". Encontrou-se alta prevalência de transtornos por uso de substâncias entre os detentos, o que constitui um importante problema de saúde pública relacionado à população carcerária. Os resultados ainda demonstraram que pessoas que têm transtornos por uso de substâncias, têm maior risco de cometer algum delito do que a população sem diagnóstico psiquiátrico, e a comorbidade desses transtornos com a esquizofrenia aumentaria a chance de crimes violentos. Ainda de acordo com os resultados, encontraram-se correlações positivas entre transtornos por uso de substâncias e criminalidade, ou seja, foi maior a proporção de atos violentos quando o álcool e outras drogas estiveram presentes nos agressores e/ou em suas vítimas, ou até em ambos.

Além dos impactos diretos e indiretos sobre a morbidade e mortalidade dos indivíduos abusadores, o custo público com o consumo de substâncias onera serviços de saúde e está relacionado à perda de produtividade geral, acarretando gastos também com os sistemas judiciário e criminal, intervenção social e outros (GALLASSI et al., 2008). Desta forma, o conjunto de implicações do consumo abusivo de substâncias justifica diversos esforços – dos quais se destacam as políticas públicas – direcionados para a busca de intervenções mais focadas e efetivas.

Dentre estes esforços, faz-se necessário oferecer cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias e a seus familiares, em todos os níveis de atenção à saúde; capacitar profissionais de saúde e prover os subsídios necessários para o desenvolvimento de estratégias de ações; mobilizar a sociedade civil a participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras; articular setores – saúde, justiça, educação, social e desenvolvimento – na formulação de estratégias de prevenção e promoção de saúde; como também considerar outros aspectos que contribuem para uma mudança de postura frente a essa questão, como desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um “doente” ou possui um “desvio de caráter” que requer, ora internação, ora prisão e, rever questões criminais relacionadas ao usuário de drogas ilícitas (BRASIL, 2004). Em termos gerais, é imprescindível a colaboração de todos os

segmentos sociais disponíveis, buscando atuar, dentro de suas competências, para facilitar processos que levem à redução da iniciação no consumo, do aumento deste em freqüência e intensidade, e das consequências do uso em padrões de maior acometimento global (MOURA, SILVA, NOTO, 2009).

Além das questões anteriormente apresentadas, deve-se considerar como barreira importante ao acesso aos serviços, sobretudo os de saúde, outros aspectos psicossociais envolvidos na vida de um usuário, dentre eles, o estigma associado ao consumo de substâncias, o qual acarreta consequências diretas e indiretas para a população. Apesar dos estudos documentarem as consequências físicas, psicológicas e sociais associadas ao uso de substâncias, sabe-se muito pouco sobre a percepção do usuário a respeito da droga e de si próprio e, principalmente, sobre os efeitos da internalização do estigma no tratamento e na vida desses usuários.

1.5 A Mensuração do Estigma entre Usuários/Dependentes de Substâncias

Os sintomas e “incapacidades” provocados pela dependência de substâncias podem ser significativamente minimizados por vários tratamentos disponíveis, porém, muitas pessoas que provavelmente se beneficiariam destes tratamentos escolhem não começá-los ou optam por terminá-los prematuramente, uma vez que a estigmatização e culpabilização do usuário por parte da população e, em especial, por parte dos profissionais de saúde, podem criar barreiras na qualidade do cuidado em saúde, dificultando o acesso e prejudicando o tratamento (CORRIGAN, 2004; RONZANI, FURTADO, HIGGINS-BIDDLE, 2009).

Assim, ao receber um diagnóstico de dependente de substâncias, além dos aspectos médicos ou psicológicos que o caracteriza, a percepção social sobre esta condição influencia a maneira pela qual o paciente o recebe (NEVES, 2004; ROOM, 2006). Em casos nos quais o profissional responsável pelo diagnóstico ou tratamento apresenta o pensamento de que o uso de álcool e outras drogas é um “vício” ou “fraqueza de caráter”, sua forma de abordar os usuários será influenciada, no sentido de direcionar o tratamento para a pessoa “problemática”, buscando controlar os seus “maus hábitos” e “comportamentos desviantes” (PALM, 2006; ROOM, 2005). Tais abordagens acabam por reforçar a perspectiva moralizante e a internalização de alguns estereótipos e estigmas atribuídos aos usuários de drogas, o que pode conduzir os

pacientes a não aderirem ao tratamento e afastarem-se da sociedade (LUOMA et al., 2008).

Os resultados do estudo de Fortney et al. (2004) apontaram que cerca da metade dos abusadores de álcool percebem que a população reage negativamente a indivíduos que procuram tratamento para o abuso de álcool tanto na atenção primária como em serviços especializados. Esta pesquisa confirmou que a percepção de estigmatização de determinada condição foi importante para a qualidade e resultado do tratamento recebido, e que, quanto maior o sentimento de estigmatização percebido pelos abusadores de álcool, em relação aos profissionais de saúde, menor a adesão ao tratamento.

Enfim, o processo de estigmatização, associado à dependência de substâncias, adiciona à saúde pública uma carga além do próprio “transtorno”. Contudo, o estigma internalizado pode ser identificado por profissionais de saúde juntamente com os pacientes em atendimento, assim como pode ser trabalhado em intervenções que busquem reduzi-lo concomitantemente aos sintomas da condição de saúde. Para isso, a utilização de instrumentos que sejam voltados para essa identificação torna-se útil e necessária.

Até o fim da década de 90, as escalas de estigma comumente utilizadas na literatura eram designadas a medir as atitudes de um público geral acerca dos transtornos mentais, ou avaliar experiências passadas a respeito do estigma e da discriminação (LINK, MIROZNIK, CULLEN, 1991). A primeira e mais antiga medida de estigma internalizado voltada para as pessoas com transtorno mental é a Devaluation-Discrimination Scale – Escala de Discriminação-Desvalorização – (LINK, 1987), composta por 12 itens que avaliam o quanto os entrevistados acreditam que as pessoas com transtorno mental são desvalorizadas ou discriminadas (LIVINGSTON, BOYD, 2010). Somente nos últimos dez anos, observou-se um aumento no desenvolvimento de escalas sobre o estigma a partir da perspectiva do estigmatizado (BROHAN et al., 2010). Não obstante, duas características devem ser observadas a respeito dessas escalas.

Em primeiro lugar, em relação ao tipo de estigma: o estigma percebido tem recebido maior ênfase na construção de instrumentos de mensuração se comparado ao estigma internalizado. Em uma recente revisão da literatura realizada por Brohan et al. (2010), cujo objetivo foi analisar as medidas de estigma, preconceito e discriminação

voltadas para pessoas com transtornos mentais, os autores identificaram, em 57 estudos, apenas 14 escalas que mensuravam estigma percebido, experiência de estigma e estigma internalizado. Destes, o estigma percebido foi o item mais avaliado (79%) seguido por experiência de estigma (46%) e, por último, estigma internalizado (33%).

Em segundo lugar, apesar de existirem instrumentos para avaliar as diferentes dimensões do estigma entre a população com transtorno mental (LINK et al., 2004), as vivências de estigma na população usuária/dependente de substâncias não são bem investigadas (LUOMA et al., 2010), de forma que, dos poucos estudos publicados sobre o tema, estes avaliam, principalmente, o estigma percebido.

Ahern, Stuber e Galea (2007) investigaram a associação entre estigma percebido e discriminação e, saúde física e mental de 1.008 usuários de drogas dos Estados Unidos. Oitenta e cinco por cento dos respondentes relataram que muitas pessoas pensam que alguém que usa drogas não é confiável, e uma porcentagem similar (84,5%) relatou que as pessoas pensam que usuários de drogas são “perigosos”. Observou-se ainda que os usuários evitam o contato com outras pessoas porque eles podem parecer inferiores aos olhos dos outros, por usarem drogas. Os participantes relataram uma alta freqüência de discriminação devido ao uso de drogas, sendo que os tipos mais comuns de discriminação experimentada foram atribuíveis à família (75,2%) e aos amigos (65,8%).

Ainda em relação ao estigma percebido, um grupo de pesquisadores tem publicado vários estudos com usuários de substâncias (LUOMA et al., 2007; LUOMA et al., 2008; LUOMA et al., 2010), no entanto, não chegaram a desenvolver uma escala de mensuração de estigma internalizado para essa população. Em um dos estudos, Luoma et al. (2007) investigaram várias formas de estigma – estrutural, percebido e internalizado – entre pacientes abusadores de substâncias em tratamento. A amostra incluiu 197 pacientes (108 homens e 89 mulheres), com média de idade de 35 anos, de 15 diferentes locais de tratamento dos EUA, em diferentes níveis de atendimento – ambulatorial, internação e misto. Os resultados corroboraram a idéia de que as diferentes medidas do estigma (estrutural, percebido e auto-estigma) são conceitualmente e empiricamente distintas, e sugeriram ainda que o estigma internalizado pode ser um alvo mais apropriado para as intervenções relacionadas ao estigma em abusadores de substâncias do que o estigma percebido. Os autores optaram por utilizar uma medida de vergonha internalizada para mensurar o estigma

internalizado, no entanto, apesar da semelhança entre vergonha internalizada e o constructo de estigma internalizado, aquela não o mede exatamente, o que foi considerado uma limitação da pesquisa.

Luoma et al. (2010) realizaram, ainda, um estudo de construção da Escala de Estigma Percebido para Dependência – *Perceived Stigma of Addiction Scale* (PSAS) – com 252 adultos em tratamento para dependência de substâncias. A validade de constructo da PSAS foi avaliada por meio de correlações com medidas relacionadas ao estigma, como vergonha internalizada, estigma internalizado – adaptado de Ritsher, Otilingam e Grajales (2003) – rejeição interpessoal, evitação experienciada, auto-ocultação, depressão, auto-estima e apoio social. Os resultados indicaram que as qualidades psicométricas da escala foram satisfatórias: a consistência interna da escala para a versão final de 8 itens foi de 0,73; o estigma percebido foi moderadamente correlacionado ($p<0,01$) com vergonha internalizada ($r=0,39$), auto-ocultação ($r=0,48$), e estigma internalizado ($r=0,48$); e levemente correlacionado ($p<0,05$) com rejeição relacionada ao estigma ($r=0,22$). Correlações pequenas, mas significativas ($p<0,05$), foram encontradas com evitação experienciada ($r=0,27$) e depressão ($r=0,20$). Estigma percebido não foi significativamente correlacionado com a auto-estima ($r=0,15$) e apoio social ($r=0,00$). Dos pacientes em tratamento para dependência de substâncias que participaram do estudo, aqueles que apresentaram maior estigma percebido também apresentaram níveis mais elevados de estigma internalizado. O estudo demonstrou a confiabilidade e validade da nova medida do estigma percebido para usuários de substâncias, no entanto, foi ressaltado que outras medidas, como o estigma internalizado, são necessárias para o estudo com dependentes de substâncias (LUOMA et al., 2010).

A partir das direções apontadas nesses estudos sobre a importância dos instrumentos de medida de estigma internalizado, foram estabelecidas duas metas para o presente estudo: a primeira foi centrada em uma revisão sistemática da literatura sobre as escalas voltadas para mensuração desse constructo em relação a diversas condições de saúde, inclusive, à dependência de substâncias. Os resultados desta etapa foram organizados na forma de artigo científico para publicação (submetido à *Revista Psicologia em Estudo*, em julho de 2011), apresentados nesta tese. A segunda etapa envolveu o processo de tradução e validação da *Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI* (RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003) considerada na literatura como um

importante instrumento de mensuração do estigma internalizado. A escala de estigma internalizado validada para o Brasil poderá, futuramente, contribuir: na investigação da magnitude dos efeitos do estigma internalizado entre dependentes de substâncias, na inclusão do tema na elaboração de políticas públicas e na capacitação de profissionais, assim como incentivar médicos e outros profissionais de saúde a incluir a redução do estigma como parte do tratamento dos pacientes, na medida em que intervenções que reduzam tanto o estigma internalizado quanto os sintomas da doença são prováveis de serem mais eficazes e duradouras (LINK, MIROTZNIK, CULLEN, 1991; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003).

2 OBJETIVOS

2.1 ESTUDO 1

Identificar os instrumentos existentes de mensuração de estigma internalizado, a partir da análise dos estudos voltados para construção e validação dessas escalas.

2.2 ESTUDO 2

Validar a escala *Internalized Stigma of Mental Illness* – ISMI adaptada para dependentes de substâncias psicoativas, no Brasil.

Objetivos específicos

- Realizar a tradução, adaptação cultural e adaptação temática da ISMI;
- Realizar a validação de conteúdo e de constructo da ISMI;
- Avaliar a confiabilidade da ISMI.

3 ESTUDO 1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: A MENSURAÇÃO DO ESTIGMA INTERNALIZADO EM DIFERENTES CONDIÇÕES DE SAÚDE

Artigo enviado para publicação para a *Revista Psicologia em Estudo*, em julho de 2011.

Autores: *Rhaisa Gontijo Soares, Fabrícia Creton Nery, Pollyanna Santos da Silveira, Ana Regina Noto, Telmo Mota Ronzani*.

3.1 Introdução

Dada a importância do estudo sobre o consumo de álcool e outras drogas, visto sua prevalência em diversas populações e seu impacto na vida das pessoas, o estudo da interação entre estigma internalizado e dependência de substâncias demonstra-se altamente relevante, uma vez que está relacionado ao desenvolvimento de intervenções efetivas que possam auxiliar esses pacientes a reduzir a internalização do estigma e aumentar a adesão ao tratamento (LUOMA et al., 2007; LUOMA et al., 2010).

No entanto, existem algumas questões que ainda são consideradas um desafio aos pesquisadores para entender o processo de estigmatização, como: compreender os resultados da relação entre estigma e busca por tratamento, desenvolver e avaliar a efetividade de programas redutores de estigma que aumentem a procura por tratamento, e construir medidas válidas e confiáveis de estigma baseado em um modelo científico, teórico e empírico deste conceito (KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008).

Mesmo sendo um desafio, estudos indicam que a construção/validação de instrumentos capazes de mensurar o estigma internalizado proporciona um avanço do conhecimento à medida que investigam os fatores envolvidos no processo, como os mecanismos prejudiciais causados pelo transtorno e o impacto na vida do sujeito, impulsionando estratégias de redução de estigma para obtenção de melhores resultados no tratamento de saúde (FUNG et al., 2007; KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008; LUOMA et al., 2008; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003).

No caso do Brasil, na medida em que não são encontrados instrumentos de medida desse fenômeno, existe uma significativa lacuna tanto no conhecimento quanto nos recursos disponíveis para auxílio no tratamento de pacientes no âmbito da saúde (SARTES, 2010). Este estudo pretende apresentar o que há de publicação referente à

construção e validação de escalas de estigma internalizado, através de uma revisão sistemática feita em bases de dados.

3.2 Método

Em janeiro de 2011, realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados *Web of Science*, *Pubmed*, *Psycinfo*, *Lilacs* e *Scielo*. A *Web of Science* é uma base de dados multidisciplinar, que indexa artigos das áreas de ciências, ciências sociais, artes e humanidades. A *Pubmed* foi escolhida (via *United States National Library of Medicine*) por ser a maior base da área de ciências médicas, indexando a maior parte da produção científica norte-americana. A *Psycinfo* é a base de resumos da Associação Americana de Psicologia, sendo considerada a mais importante da área de Psicologia. A *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e *Scielo* foram escolhidos por identificar materiais relevantes ao tema, publicados na América Latina e Brasil.

Os termos utilizados nas bases *Web of Science*, *Pubmed*, *Psycinfo* e *Lilacs* foram *internalized stigma* e *self-stigma*; enquanto que, na base *Scielo*, foram utilizados estigma internalizado e auto-estigma. Para melhor especificidade dos termos de busca nas bases selecionadas, não foram utilizadas palavras-chaves indexadas pelas próprias bases. Definido os descritores bibliográficos, iniciou-se o processo de busca dos artigos. Apesar da busca ter sido limitada a artigos de revistas (*journal article*), a pesquisa abrangeu todos os anos desde a data da primeira publicação encontrada sobre o tema até janeiro de 2011.

Foi encontrado um total de 501 estudos catalogados, sendo que 184 estavam na *Web of Science*, 134 na *Pubmed*, 183 na *Psycinfo* e, 0 (zero) na *Lilacs* e *Scielo*. Dentre estes, 229 artigos estavam duplicados, os quais foram excluídos da análise. Permaneceram 272 estudos finais. Destes, foram incluídos aqueles estudos que preenchiam os seguintes critérios: a) Estudo empírico (como delineamento do tipo de pesquisa), b) Pesquisa com seres humanos, c) Estudos de construção e/ou validação de escalas que mensuravam especificamente o estigma internalizado. Os critérios de exclusão foram: a) Não apresentar resumo do estudo na base de dados, b) Artigos publicados em outros idiomas que não o inglês, o espanhol ou o português.

Após a leitura dos 272 resumos, verificou-se que 23 estudos estavam voltados para a construção e validação de escalas relacionadas ao estigma, no entanto, apenas 12 mensuravam especificamente o estigma internalizado, atendendo aos critérios de inclusão da pesquisa. Como estratégia de coleta dos textos completos, optou-se por utilizar os recursos do portal de periódicos da Capes e solicitação direta por *e-mail* aos autores. Nesta etapa, mais um estudo foi excluído, uma vez que, apesar de seu resumo estar em língua inglesa, o artigo completo estava escrito em chinês.

Assim, a partir da leitura dos 11 artigos, realizou-se a tabulação dos mesmos com o propósito de identificar os principais indicadores bibliométricos das produções e as principais características e propriedades psicométricas das escalas. Delimitou-se como categorias para análise bibliométrica: autores; ano, país e idioma de publicação; país onde foi realizado o estudo; periódico; principal objetivo do estudo (construção ou validação de instrumento); e público para o qual a escala foi construída/validada.

Finalmente, realizou-se a análise descritiva: das definições do conceito de estigma internalizado utilizadas pelos autores; das principais justificativas apresentadas pelos autores para a construção/validação das escalas; dos aspectos metodológicos dos estudos; dos procedimentos utilizados pelos autores na construção e validação das escalas; e das propriedades psicométricas das escalas.

3.3 Resultados

3.3.1 Indicadores Bibliométricos

Em relação à autoria dos artigos, estes foram categorizados em autoria múltipla e autoria única. No entanto, todos os artigos apresentaram autoria múltipla, variando de 2 a 7 autores. Apenas um autor, Patrick Corrigan, participou de duas publicações, enquanto 44 autores publicaram apenas uma vez sobre o tema.

A primeira publicação sobre o tema foi no ano de 2003, em que houve apenas uma publicação. Foram publicados dois artigos por ano em 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010, não havendo publicações nos anos de 2004 e 2005.

No que se refere ao país de publicação dos artigos, a maior parte ($n=7$) foi publicada nos Estados Unidos da América (EUA), seguido por Inglaterra ($n=2$), Turquia

e Austrália com uma publicação cada. Em relação ao idioma utilizado nas publicações, todos os 11 artigos analisados foram publicados em língua inglesa.

Quanto ao país de realização do estudo, 8 trabalhos foram desenvolvidos nos EUA. Destes, 7 estudos apresentaram amostra composta somente por pessoas dos EUA, e 1 incluiu, concomitantemente, pessoas dos EUA e dos países África do Sul e Suazilândia. Em adição, um estudo foi realizado na Turquia, um na China e, por fim, um na Austrália. No que diz respeito ao veículo de divulgação dos artigos, nenhum estudo teve publicação na mesma revista científica.

Dentre os estudos, apenas 2 tinham como principal objetivo a validação de escalas de estigma internalizado, enquanto os outros 9 objetivavam a construção de escalas de estigma internalizado. As escalas foram construídas/validadas para diferentes populações, a maior parte ($n=6$) para pessoas com transtornos mentais, das quais, 2 escalas eram destinadas especificamente a pacientes com depressão e as outras 4 a pacientes com transtornos mentais gerais. Dos 5 estudos restantes, 2 escalas foram construídas para avaliar o estigma internalizado em pessoas com HIV/AIDS. Uma escala foi construída para cada uma das seguintes condições: obesidade, pessoas com desordens neurológicas e busca por ajuda psicológica.

3.3.2 Definição do Conceito de Estigma Internalizado

No que diz respeito ao conceito de estigma internalizado, houve pouca variação dos autores citados, consequentemente, pouca alteração em sua definição, uma vez que todas as definições utilizadas se referiram ao conceito como um constructo que traz consequências negativas para o indivíduo estigmatizado. Os dois estudos de construção de escalas de estigma internalizado para pessoas com HIV/AIDS fizeram referência ao trabalho de Goffman (1963) para definir estigma internalizado.

No estudo de Sayles et al. (2008), os próprios autores definiram o conceito a partir da conceituação do processo de estigma social. Segundo eles, o estigma internalizado ocorre quando um indivíduo internaliza normas culturais e narrativas que os identificam membros de um “grupo desviante” e assumem a “identidade deteriorada”, como descrito no trabalho de Goffman (1963). Kalichman et al. (2009) também apresentaram a clássica teoria do modelo de estigma social descrita por Goffman (1963), a qual, segundo os autores, identifica três dimensões do estigma que

também são características do HIV/AIDS: caráter pessoal marcado, identidade social marcada, e deformidades ou defeitos físicos.

Excluindo os dois casos anteriormente citados, o autor mais referenciado na conceituação do estigma internalizado foi Patrick Corrigan, citado em 8 estudos (BARNEY et al., 2010; CORRIGAN, WATSON, BARR, 2006; ERSOY, VARAN, 2007; FUNG et al., 2007; KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008; RAO et al., 2009; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003; VOGEL, WADE, HAAKE, 2006). Para este autor, a internalização do estigma ocorre à medida que o indivíduo torna-se consciente dos estereótipos negativos que as outras pessoas endossam (consciência de estereótipos), concorda pessoalmente com esses estereótipos (concordância com estereótipos) e, aplica esses estereótipos a si mesmo, ocasionando na diminuição da auto-estima (CORRIGAN, 1998; CORRIGAN, 2004; CORRIGAN, WATSON, 2002; CORRIGAN, WATSON, BARR, 2006).

Lillis et al. (2010) usaram a definição proposta por Link e Phelan (2001): o estigma internalizado se inicia quando as pessoas desenvolvem teorias a respeito dos pacientes com transtornos mentais a partir dos conhecimentos que refletem a imagem cultural destes transtornos. Por sua vez, os pacientes com transtornos mentais internalizam esses conhecimentos estereotipados e antecipam o preconceito e a discriminação que poderão vir a sofrer. Por fim, Vogel, Wade e Haake (2006) citaram, além de outros autores, Holmes e River (1998) para apresentar algumas consequências do estigma internalizado. Para os autores, o auto-estigma resulta em uma perda da auto-estima, diminuição da auto-eficácia e maior resistência sobre a participação nas interações sociais (HOLMES, RIVER, 1998).

3.3.3 Principais Justificativas apresentadas pelos Autores para a Construção/Validação das Escalas

Diante da variedade de justificativas apresentadas pelos autores para a construção e/ou validação das escalas, duas merecem destaque. A primeira – mais utilizada – foi a falta de escalas para medir o estigma internalizado em relação a condições específicas (BARNEY et al., 2010; ERSOY, VARAN, 2007; FUNG et al., 2007; KALICHMAN et al., 2009; KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008; LILLIS et al., 2010; RAO et al., 2009; SAYLES et al., 2008; VOGEL, WADE, HAAKE, 2006).

A segunda justificativa apresentada foi a importância de se avaliar o estigma internalizado, uma vez que este influencia diretamente no tratamento dos pacientes. Assim, para os autores que utilizaram essa justificativa, a construção/validação desse tipo de escala pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de redução de estigma internalizado e de seus efeitos negativos, estimular a adesão ao tratamento, assim como melhorar os resultados de recuperação dos pacientes (CORRIGAN, WATSON, BARR, 2006; FUNG et al., 2007; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003; VOGEL, WADE, HAAKE, 2006).

3.3.4 Aspectos Metodológicos dos Estudos

No que diz respeito aos aspectos metodológicos dos estudos, analisou-se a população e os instrumentos utilizados em cada estudo. Em relação à população investigada, 4 estudos utilizaram amostras de pacientes com transtornos mentais gerais: Ritsher, Otilingam e Grajales (2003) investigaram uma amostra de 127 pacientes; no estudo de Corrigan, Watson e Barr, (2006), o grupo amostral foi composto por 60 participantes; a amostra do estudo de Fung et al. (2007) foi composta por 108 participantes e, Ersoy e Varan (2007) investigaram 203 pacientes.

Entre os 2 estudos voltados para construção das escalas de estigma internalizado da depressão, as amostras não foram compostas estritamente por pacientes com diagnóstico de depressão. Kanter, Rusch e Brondino (2008) utilizaram uma amostra de 391 participantes divididos em dois grupos: um grupo de estudantes de graduação ($n=168$) e um grupo de membros da comunidade geral ($n=223$). Quanto ao histórico de depressão, no grupo de estudantes, 25,8% dos participantes expuseram uma história de terapia e medicação com antidepressivos, já entre os participantes do grupo de membros da comunidade, essa porcentagem foi de 53,9%. No estudo de Barney et al. (2010), na aplicação da versão final da Self-Stigma of Depression Scale (SSDS) utilizou-se uma amostra de 330 participantes, membros de uma rede da internet sobre iniciativas para a depressão, onde 86% dessas pessoas relataram ter tido experiência pessoal de depressão.

Para a construção de escalas de mensuração do estigma internalizado de portadores do HIV/AIDS, a população estudada constituiu-se de portadores desta condição. A amostra de Sayles et al. (2008) continha 202 pessoas portadoras de HIV,

enquanto Kalichman et al. (2009) utilizaram uma amostra de três países diferentes: África do Sul (n=1068), Suazilândia (n=1090) e Estados Unidos (n=239).

Os outros estudos utilizaram amostras bem diversificadas: Vogel, Wade e Haake (2006), para mensurar o estigma internalizado na busca por ajuda psicológica, utilizaram uma amostra total de 1816 estudantes universitários, dividida em 5 estudos. A amostra do estudo de Rao et al. (2009) foi composta por 511 participantes portadores de transtornos neurológicos. Por fim, no estudo de Lillis et al. (2010), 62 pessoas consideradas obesas, a partir dos critérios propostos pelos autores, responderam ao questionário de estigma internalizado relacionado ao peso.

Em relação aos instrumentos, estes foram utilizados nos artigos com o objetivo principal de verificar as propriedades psicométricas da escala construída/validada em questão. Todos os artigos analisados utilizaram mais de um instrumento como estratégia metodológica para a consolidação do estudo. O escore total de instrumentos utilizados entre os 11 artigos analisados foi de 60 instrumentos, dos quais, 45 tiveram uma única ocorrência. Obteve-se um total de 50 instrumentos diferentes.

Dos 5 instrumentos que se repetiram, a *Rosemberg Self-Esteem Scale* esteve presente em 6 estudos (BARNEY et al., 2010; CORRIGAN, WATSON, BARR, 2006; ERSOY, VARAN, 2007; FUNG et al., 2007; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003; VOGEL, WADE, HAAKE, 2006). A *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) foi utilizada por 3 estudos (KALICHMAN et al., 2009; KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003). O *Brief Symptom Inventory* (BSI) foi empregado em 2 artigos (ERSOY, VARAN, 2007; LILLIS et al., 2010), assim como a *Devaluation Discrimination Scale* (CORRIGAN, WATSON, BARR, 2006; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003) e a *Self-Efficacy Scale* (CORRIGAN, WATSON, BARR, 2006; FUNG et al., 2007).

3.3.5 Procedimentos Utilizados na Construção e Validação das Escalas

Os procedimentos utilizados pelos autores para a realização da validação ou construção de uma escala foram diferentes, portanto, optou-se por dividir essa sessão em duas categorias distintas:

Validação

Os dois estudos voltados para a validação das escalas de estigma internalizado de transtorno mental realizaram procedimentos semelhantes. Para validação da versão turca da *Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI), dois psiquiatras e um psicólogo clínico participaram da tradução da escala. Esses três tradutores avaliaram a correção, a clareza e o entendimento das diferentes traduções de cada item e decidiram a tradução final. O termo “doença psiquiátrica” foi utilizado em detrimento do termo “doença mental”, uma vez que este foi considerado, pelos autores, mais estigmatizante que aquele (ERSOY, VARAN, 2007).

Já no processo de validação da versão chinesa da *Self-Stigma of Mental Illness Scale* (SSMIS), um tradutor qualificado traduziu os itens da escala do inglês para o chinês para que os respondentes da língua cantonesa pudessem entender a escala. Posteriormente, a versão chinesa traduzida da escala foi retro-traduzida independentemente para a língua inglesa também por um tradutor capacitado. As discrepâncias semânticas foram identificadas por dois pós-graduados experientes em pesquisa em saúde mental e avaliadas por dois pesquisadores doutores experientes em tratamento psiquiátrico. As pequenas alterações feitas na versão chinesa incluíram adaptação de alguns itens e correção de algumas palavras traduzidas (FUNG et al., 2007).

Construção

Em relação à construção das escalas, os procedimentos mais adotados para a composição dos itens da nova escala foram a utilização de outras escalas e condução de grupos focais, ambos empregados por 6 estudos. Cinco estudos ainda utilizaram revisão da literatura, 4, comitê de especialistas e 2, condução de entrevistas cognitivas na construção das escalas. O estudo que utilizou todos esses procedimentos foi o de Rao et al. (2009) e os estudos que utilizaram apenas um único procedimento foram o de Vogel, Wade e Haake (2006) e o de Kalichman et al. (2009), apresentados na **Tabela 01**.

Tabela 01 – Procedimentos utilizados para a composição dos itens das Escalas de Estigma Internalizado.

Sigla da escala	Utilização de outras escalas	Grupos focais	Revisão da literatura	Comitê de especialistas	Entrevistas cognitivas
ISMI ¹	x	x			
SSMIS ²	x	x			
SSOSH ³				x	
DSSS ⁴	x		x	x	
IHSS ⁵		x	x		x
IA-RSS ⁶	x				
SSCI ⁷	x	x	x	x	x
SSDS ⁸		x	x		
WSSQ ⁹	x	x	x	x	

¹ *Internalized Stigma of Mental Illness* (RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003)

² *Self-Stigma of Mental Illness Scale* (CORRIGAN, WATSON, BARR, 2006)

³ *Self-Stigma of Seeking Help* (VOGEL, WADE, HAAKE, 2006)

⁴ *Depression Self-Stigma Scale* (KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008)

⁵ *Internalized HIV Stigma Scale* (SAYLES et al., 2008)

⁶ *Internalized AIDS-Related Stigma Scale* (KALICHMAN et al., 2009)

⁷ *Stigma Scale for Chronic Illness* (RAO et al., 2009)

⁸ *Self-Stigma of Depression Scale* (BARNEY et al., 2010)

⁹ *Weight Self-Stigma Questionnaire* (LILLIS et al., 2010)

3.3.6 Propriedades Psicométricas das Escalas

No que diz respeito às propriedades psicométricas das escalas (**Tabela 02**), somente 3 estudos explicitaram como se deu a avaliação da validade de conteúdo das mesmas (RAO et al., 2009; SAYLES et al., 2008; VOGEL, WADE, HAAKE, 2006). Os autores dos outros 8 estudos não explicitaram se a propriedade foi avaliada, nem como se deu o processo. Dos 11 estudos analisados, apenas 2 (KALICHMAN et al., 2009; VOGEL, WADE, HAAKE, 2006) avaliaram a validade de critério. Vogel, Wade e Haake (2006) compararam a *Self-Stigma of Seeking Help* (SSOSH) com outros testes, enquanto Kalichman et al. (2009) utilizaram a comparação entre grupos (verificaram a diferença nos escores da *Internalized AIDS-Related Stigma Scale* – IA-RSS entre indivíduos que relataram ter tido experiência de discriminação e indivíduos que relataram não ter tido experiências de discriminação) para avaliar a validade de critério.

Tabela 02 – Avaliação das propriedades psicométricas das Escalas de Estigma Internalizado

Sigla da escala	Validade de Conteúdo ¹	Validade de Critério ²	Validade de Constructo ³	Consistência Interna ⁴	Teste-reteste ⁵
ISMI	Ne	Na	+	+	+
SSMIS	Ne	Na	+	+	+
SSOSH	+	+	+	+	+
Turkish ISMI	Ne	Na	+	+	+ (Split-half)
CSSMIS	Ne	Na	+	+	+
DSSS	Ne	Na	+	+	Na
IHSS	+	Na	+	+	Na
IA-RSS	Ne	+	+	+	-
SSCI	+	Na	+	0	Na
SSDS	Ne	Na	-	+	+
WSSQ	Ne	Na	+	+	+

+ = índice positivo da propriedade;

- = índice negativo da propriedade;

0 = resultado não apresentado;

Na = propriedade não avaliada;

Ne = os autores não explicitaram se a propriedade foi avaliada, nem como se deu o processo.

¹ Foram usadas para verificação da validade de conteúdo: análise de juízes experientes na área; grupos focais/intervistas cognitivas.

² Foram usadas para verificação da validade de critério: comparação com outros testes; comparação entre grupos, sendo $p < 0,001$.

³ Foram usadas para verificação da validade de constructo: relação com outros testes (hipóteses específicas foram formuladas e até 75% dos resultados estavam de acordo com essas hipóteses, sendo $p < 0,001$); verificação da consistência interna dos itens; análise fatorial (a análise apresentou um total de itens dentro dos fatores esperados).

⁴ Alpha de Cronbach maior ou igual a 0,7.

⁵ Alpha de Cronbach ou índice Kappa maior ou igual a 0,7.

Todas as medidas, exceto a SSDS (BARNEY et al., 2010), apresentaram a validade de constructo com resultados adequados. Apesar de a análise fatorial ter indicado e correlacionado os 4 fatores da SSDS e a escala ter apresentado uma boa consistência interna ($\alpha = 0,87$), as associações entre a SSDS e todas as outras escalas utilizadas para avaliar a validade de constructo foram fracas, sendo que, em alguns casos, não houve correlações.

Com exceção da *Stigma Scale for Chronic Illness* – SSCI (RAO et al., 2009), todas as medidas avaliaram a confiabilidade das escalas apresentando resultados satisfatórios de consistência interna. Rao et al. (2009) apresentaram o valor da

consistência interna referente à escala de 26 itens, no entanto, a SSCI final possui 24 itens no total.

Dos 4 estudos que não realizaram o teste-reteste para também avaliar a confiabilidade das escalas (ERSOY, VARAN, 2007; KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008; RAO et al., 2009; SAYLES et al., 2008), apenas um (ERSOY, VARAN, 2007) utilizou outro método em substituição: o método das metades, também conhecido como *split-half*. Dos 7 estudos que realizaram o teste-reteste, somente um (KALICHMAN et al., 2009) apresentou os valores do *alpha de Cronbach* abaixo de 0,70. A confiabilidade do teste-reteste na Cidade do Cabo e em Atlanta foram, respectivamente: $\alpha = 0,45$; $\alpha = 0,62$ (KALICHMAN et al., 2009). Os resultados referentes às análises das propriedades psicométricas das escalas são encontrados na **Tabela 02**.

Apesar das limitações dos estudos – principalmente no que diz respeito à representatividade das amostras – de acordo com as propriedades psicométricas apresentadas, todos os autores das escalas construídas/validadas concluíram que estas podem ser consideradas instrumentos úteis na mensuração do estigma internalizado.

3.4 Discussão

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 de medida ou adaptar um instrumento previamente validado em outra linguagem (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993). Nesta revisão, obteve-se 2 estudos de validação e 9 de construção de instrumentos para mensurar estigma internalizado. Este pode ser considerado um resultado positivo, uma vez que, apesar dos estudos de validação de instrumentos minimizarem tempo, custos e tornarem possível a comparação de resultados em estudos multicêntricos, eles muitas vezes são criticados porque a versão criada não é, ao mesmo tempo, equivalente com o instrumento original nem tampouco comprehensível para a população-alvo daquele país.

O reduzido número de estudos de validação de escalas encontrados nesta revisão também vai ao encontro da justificativa apresentada pelos autores como motivo da construção das escalas, ou seja, a falta de instrumentos válidos para mensuração do estigma internalizado. No entanto, esse argumento não se justifica ao analisarmos de

perto as características das populações dos estudos, tanto no que se refere ao tipo de transtorno relacionado ao estigma internalizado, quanto ao país do estudo.

Em relação ao tipo do transtorno, os resultados encontrados apontam que há uma variedade de escalas para mensuração do estigma internalizado de determinadas condições de saúde, no entanto, há uma ênfase nos transtornos mentais. Devem ser realizadas investigações que busquem identificar o impacto do estigma internalizado em outras populações que não somente as pessoas com transtornos mentais, uma vez que as diferenças entre as condições estigmatizadas podem influenciar de diversas maneiras as variáveis relevantes para o processo de internalização do estigma.

Esta ênfase deve ser refletida também na medida em que existem não só escalas gerais, mas também específicas para transtornos mentais, como, por exemplo, para a depressão. Cabe questionar as razões para tanto, isto é, se serão criadas tantas escalas quanto transtornos mentais diagnosticáveis ou se as escalas gerais não são generalizáveis o bastante para mensurar o estigma internalizado em relação aos diversos transtornos, devendo, portanto, ser substituídas.

Outro ponto a ser observado é a falta de consenso em relação a alguns autores quando se trata da avaliação do estigma internalizado de um mesmo transtorno. Na presente revisão, foram analisados 2 artigos voltados para a construção de escalas de estigma internalizado de transtorno mental geral, depressão e HIV/AIDS. Visto que os autores dos primeiros estudos os justificam pela ausência de escalas construídas, cabe analisar os autores dos estudos subsequentes. Corrigan, Watson e Barr (2006) não justificam o porquê da construção de uma nova escala de estigma internalizado de transtorno mental, nem mesmo cita o trabalho de Ritsher, Otilingam e Grajales (2003), assim como Kalichman et al. (2009) não citam a escala desenvolvida por Sayles et al. (2008) para a mensuração do estigma internalizado voltado para pessoas com HIV/AIDS. Kalichman et al. (2009) argumentam apenas que as medidas anteriores de estigma internalizado da AIDS têm enfatizado as ramificações sociais da revelação do HIV e as reações públicas quanto à AIDS, de forma que essas pesquisas não estão voltadas para a avaliação do estigma internalizado.

A falta de compreensão entre os autores quanto a que, de fato, a escala está medindo foi a principal justificativa apresentada por Barney et al. (2010) para a construção da escala de estigma internalizado da depressão. De acordo com Barney et al. (2010), as pesquisas não têm apresentado uma demarcação clara entre os elementos

de estigma internalizado, estigma percebido e estigma público. Os autores citam que um grupo desenvolveu a *Depression Self-Stigma Scale* – DSSS (KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008), no entanto, o foco dessa escala é a percepção do estigma. Assim, dentre os vários motivos que levariam diferentes autores a construir escalas sobre os mesmos transtornos, poderíamos destacar a confusão conceitual quanto à definição de estigma internalizado. Apesar de o sentido ser o mesmo, Corrigan, Watson e Barr (2006) propõem um conceito de estigma internalizado mais voltado para sua relação com auto-estima e auto-eficácia, diferente do proposto por Ritsher, Otilingam e Grajales (2003), que destacam a desvalorização, a vergonha, o sigilo e a exclusão no processo de internalização do estigma. Kalichman et al. (2009) e Sayles et al. (2008) tentam usar o trabalho de Goffman (1963) sobre estigma público, mas com abordagens diferentes.

Segundo Link e Phelan (2001) as várias definições conceituais relacionadas ao processo de estigmatização, assim como a falta de clareza das mesmas, dificultam a comparação de resultados entre os estudos. As diferentes operacionalizações dos conceitos somadas à falta de especificidade das medidas e construtos utilizados impossibilitam a construção de sínteses que evidenciam a influência do estigma na vida das pessoas (LINK, PHELAN, 2001).

Em uma recente revisão da literatura realizada por Brohan et al. (2010) cujo objetivo foi analisar as medidas de estigma, preconceito e discriminação voltadas para pessoas com transtornos mentais, os autores expuseram a dificuldade que tiveram em categorizar o estigma em estigma percebido, experiência de estigma e estigma internalizado. Segundo os autores, essas distinções foram úteis para organizar a revisão, porém, as várias inter-conexões entre os conceitos, dificultava, na maior parte do tempo, a decisão em relação ao uso de qual conceito seria mais adequado para qualificar uma subescala (BROHAN et al., 2010). Estes pontos reforçam a natureza complexa do conceito de estigma.

Já no que se refere aos países de realização dos estudos, 7 estudos de construção de escalas foram realizados especificamente nos EUA. Esses dados confirmam a carência de desenvolvimento de instrumentos em outros países que não seja os EUA. Somado ao problema da repetição da construção de escalas de estigma internalizado para os mesmos transtornos, no caso dos estudos de Corrigan, Watson e Barr (2006) e Ritsher, Otilingam e Grajales (2003) haveria ainda menos razões para a criação de outra escala, na medida em que ambos foram realizados nos EUA – o que não ocorre com os

estudos de Sayles et al. (2008) e Kalichman et al. (2009); e Kanter, Rusch e Brondino (2008) e Barney et al. (2010). No que se refere à validação, a ISMI foi validada, além da Turquia, na China, porém, o artigo de validação estava escrito em língua chinesa, o que nos impossibilitou de incluí-lo na revisão – podemos notar, ainda, que a SSMIS também foi validada na China por Fung et al. (2007).

Quanto aos problemas metodológicos apresentados pelas pesquisas, em relação à amostra, os estudos de Kanter et al. (2008) e Barney et al. (2010) não foram realizados em pacientes com diagnóstico de depressão. De acordo com Noronha e Baptista (2007, p. 55) “a AERA, APA e NCME (1999) recomendam que, quando se realizam estudos de validade, deve-se definir claramente a população à qual o teste é designado (...) nenhum teste é válido para todos os propósitos ou para todas as situações.”

No que diz respeito aos instrumentos utilizados, podemos citar uma falta de padronização no emprego dos mesmos, uma vez que 45 instrumentos foram utilizados apenas uma vez nos 11 estudos analisados. Outra limitação apresentada em 3 estudos foi a omissão dos itens que compõem as escalas. Apesar de Ersoy e Varan (2007) não terem apresentado a versão turca dos itens da ISMI, estes são conhecidos – em sua versão original – através do estudo de Ritsher, Otilingam e Grajales (2003). No entanto, Corrigan, Watson e Barr (2006) não apresentaram os itens finais da escala SSMIS assim como os mesmos itens não foram apresentados em sua versão chinesa no estudo de Fung et al. (2007), o que nos impossibilitou de verificar se os itens da escala SSMIS possuem semelhanças com a ISMI. Visto isso, é de fundamental importância que os investigadores especifiquem o que estão mensurando e de que forma o estão fazendo, discutindo as implicações dos resultados.

A falta de padronização nos procedimentos utilizados pelos autores para construção e validação das escalas pode ser um indicador da necessidade de especialistas em construção/validação de escalas acompanhando o estudo sobre estigma internalizado. Dos 11 estudos analisados, apenas o estudo de Rao et al. (2009) utilizou um *guideline* para a construção da escala. Apesar de haver grupos e linhas de pesquisa em diversos países que estudam os fatores envolvidos no processo de estigmatização, faz-se necessária a consolidação de grupos com um maior amadurecimento teórico e instrumental sobre a mensuração do estigma internalizado.

Por fim, em relação às propriedades psicométricas das escalas, encontrou-se dificuldades em categorizá-las, uma vez que, além de existir vários tipos de

classificações em relação às evidências de validade, os autores não explicitavam qual definição eles estavam utilizando. O principal ponto dificultador no processo de categorização das evidências de validade foi em relação à validade de conteúdo. Segundo Noronha e Baptista (2007), para validação do conteúdo, geralmente se recorre a um comitê de juízes especialistas na área. No entanto, houve estudos que recorreram à análise de juízes, mas não explicitaram se a validade de conteúdo foi avaliada e vice-versa. Assim, optamos por incluir na tabela de análise das propriedades psicométricas das escalas apenas aqueles estudos que deixaram explícito que esta evidência de validade foi avaliada. Um pesquisador que se propõe a estudar construção de escalas deve estar ciente de que o delineamento de uma pesquisa exige um conhecimento aprofundado não só do constructo pesquisado, mas também das qualidades psicométricas dos instrumentos, portanto, para que se possa ter clareza das reais condições e possibilidades de medidas dessas escalas, é fundamental o conhecimento sobre a qualidade das mesmas (NORONHA, BAPTISTA, 2007).

Apesar das limitações inerentes às escolhas metodológicas adotadas nesta revisão, a sistematização do processo permite que este estudo seja replicado no futuro, contando com outras delimitações temporais, que permitam comparações com os resultados aqui apresentados. Dessa forma, considerando o pequeno número de estudos analisados, sugere-se uma revisão futura que abarque outras fontes, inclusive em outros idiomas.

4 ESTUDO 2 – VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ISMI ADAPTADA PARA DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS

4.1 Justificativa

Embora o desenvolvimento de instrumentos de mensuração do estigma internalizado venha se propagando na literatura internacional, existe uma grande lacuna no que se refere às especificidades da dependência de substâncias. Estudos sinalizam a necessidade de aperfeiçoar as escalas existentes ou desenvolver novos instrumentos que possam auxiliar na investigação do estigma internalizado e suas implicações em dependentes de substâncias, visto que são imprescindíveis intervenções efetivas que incluem maneiras de ajudar esses pacientes a reduzir o estigma internalizado, assim como aumentar a adesão dos mesmos ao tratamento (LUOMA et al., 2008; LUOMA et al., 2010).

Optou-se, portanto, no presente estudo, por validar uma escala de estigma internalizado de transtorno mental geral. Em primeiro lugar, a opção de validar uma escala (e não construí-la) se deu em função dos benefícios do processo de validação: 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 de medida ou adaptar um instrumento previamente validado em outra linguagem minimizando tempo, custos e tornando possível a comparação de resultados em estudos multicêntricos (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

Em segundo lugar, optou-se por adaptar uma escala de transtorno mental geral, uma vez que estudos têm sugerido que as formas de estigma em relação aos dependentes de substâncias são similares àqueles com transtornos mentais (CORRIGAN et al., 2001; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003). Excluiu-se a possibilidade de validar escalas de transtorno mental específico – como, por exemplo, a depressão – justamente pelo fato dessas escalas priorizarem as especificidades de um único transtorno. Assim, das escalas pesquisadas, as opções eram a *Self-stigma of Mental Illness Scale – SSMIS* (CORRIGAN, WATSON, BARR, 2006) ou a *Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI* (RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003). A escolha da ISMI em detrimento da SSMIS se deu por diversos motivos: o primeiro, por ser a escala mais utilizada em estudos sobre estigma internalizado, de

acordo com recentes revisões de literatura (BROHAN et al., 2010; LIVINGSTON, BOYD, 2010).

Outra justificativa que contribuiu para a escolha dessa escala foi a facilidade de acesso aos seus itens, uma vez que estes foram disponibilizados na publicação da versão original da escala, enquanto os itens da SSMIS foram omitidos no artigo. A ISMI é uma escala composta por itens curtos e simples, que se referem ao presente, que não contém situações hipotéticas, que se concentram na identidade e na experiência de ser portador de transtorno mental, e que não pressupõem tipos particulares de relacionamento ou histórias de tratamento, ou seja, os itens são direcionados para o presente, não fazendo referência a um tipo específico de relacionamento ou episódio concreto de discriminação. Por fim, a escala apresentou índices satisfatórios de confiabilidade e validade, que serão apresentados posteriormente.

Dentre os procedimentos adotados 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 EUA. Feita uma discussão geral sobre o estigma, aliada a idéias 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, o que os fez sentirem mais

confortáveis com as instruções. 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 freqüentemente 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.

Além da ISMI, os pesquisadores utilizaram outras escalas para as análises de correlação: *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*.

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 (RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003).

4.2 Método

4.2.1 Delineamento da Pesquisa

A validação da escala ISMI para o Brasil foi um estudo transversal, de metodologia quantitativa, realizado com uma amostra de pacientes de uma instituição pública especializada em tratamento de dependência de substâncias, e de um hospital público, ambos em Juiz de Fora – MG. Como a pesquisa representa uma parceria entre a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e University of Califórnia, San Francisco (UCSF), a escolha do município seguiu um critério de conveniência em função da logística disponível que proporcionou uma maior agilidade no processo de coleta de dados. O município de Juiz de Fora conta com apenas uma instituição pública especializada para tratamento de álcool e outras drogas, que funciona em três níveis diferentes de atendimento, sendo eles: intensivo, semi-intensivo e ambulatorial. Entretanto, seguindo os critérios de elegibilidade, somente os indivíduos em tratamento no nível ambulatorial foram convidados a participar da pesquisa. O hospital público foi escolhido em função de ter duas enfermarias (uma pública e outra particular) voltadas para internação de pacientes dependentes de álcool e outras drogas. As entrevistas foram realizadas de maio de 2010 a maio de 2011.

4.2.2 Participantes

Foram considerados elegíveis para participar deste estudo indivíduos dependentes de substâncias psicoativas maiores de 18 anos, escolhidos mediante os seguintes critérios de inclusão: a) ter recebido o diagnóstico de dependência; b) ser usuário do serviço de tratamento em dependência do tipo ambulatorial ou internação; c) ter dado entrada no serviço no mês de coleta para evitar vieses de tratamento. O critério de exclusão dos participantes do presente estudo foi: a) estar sob efeito de substâncias psicoativas.

A fim de garantir a qualidade dos testes e aceitando a recomendação geral de que, para a análise fatorial, o ideal é que o número de indivíduos corresponda, no mínimo, a uma proporção de dez sujeitos para cada item da escala que será validada (HAIR et al., 2005), a amostra foi composta por 299 indivíduos em tratamento para dependência de substâncias, dos quais, 63,2% eram pacientes da instituição pública de saúde especializada para tratamento de álcool e outras drogas (nível ambulatorial) e, 36,8% eram pacientes do hospital público (internação). Em relação à dependência, 59,2% eram dependentes de uma única substância e 40,8% de múltiplas substâncias. A **Tabela 03** apresenta a descrição completa da amostra.

Tabela 03 – Descrição das características da população estudada (N=299)*

Características	Média (DP) ou % (n)
Idade (anos)	36 (10)
Sexo	
Masculino	94,3% (282)
Feminino	5,7% (17)
Estado Civil	
Solteiro (a)	53,5% (159)
Casado (a) / Vive com companheiro (a)	33,0% (98)
Divorciado (a)	13,1% (39)
Viúvo	3,0% (1)
Escolaridade	
Analfabeto	0,3% (1)
De 1º a 4º Série	13,8% (41)
De 5º a 8º Série	54,7% (163)
Ensino Médio	26,5% (79)
Ensino Superior	4,7% (14)
Tempo de permanência na escola (anos)	9 (4)

Tabela 03 – Descrição das características da população estudada (N=299)*

Características	Média (DP) ou % (n)
Atualmente, está trabalhando?	
Sim	30,3% (90)
Não	69,7% (207)
Renda Familiar	
Até um salário mínimo	24,8% (67)
De 1 a 3 salários mínimos	53,3% (144)
De 3 a 6 salários mínimos	17,8% (48)
De 6 a 10 salários mínimos	2,6% (7)
Mais de 10 salários mínimos	1,5% (4)
Pratica alguma religião	
Sim	49,5% (135)
Não	50,5% (138)
Já permaneceu internado	
Sim	63,0% (179)
Não	37,0% (105)
Quantas vezes deu entrada em serviços para tratamento de dependência	2**
Dependência	
Múltipla dependência	40,8% (117)
Dependência de uma única substância: crack/cocaína/maconha	31,7% (91)
Dependência de álcool	27,5% (79)

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

4.2.3 Instrumentos

Os instrumentos de pesquisa utilizados entre os participantes foram compostos por escalas e questionários estruturados (com questões fechadas), sigilosos, aplicados através de entrevista (**ANEXO 01**).

Questionário sócio-demográfico: foram utilizadas para a caracterização dos participantes da pesquisa as variáveis: gênero, idade, estado civil, status profissional, renda sócio-econômica, escolaridade, anos de educação, praticante ou não de alguma religião, número de vezes que deu entrada em serviços para tratamento de dependência e se alguma vez tal tratamento foi compulsório.

Dependência de Substância (MINI): instrumento utilizado como critério de elegibilidade para o estudo. Consiste em um questionário breve em que a cotação das questões é dicotômica (SIM/NÃO) compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10. O MINI é organizado por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento, a despeito de um possível aumento de falso-positivos. O MINI tem sido amplamente utilizado para a seleção rápida de populações homogêneas em ensaios clínicos e estudos epidemiológicos ou ainda para a avaliação breve de critérios diagnósticos em estudos longitudinais (AMORIM, 2000).

Versão Brasileira da Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental adaptada para Dependentes de Substâncias (ISMI): escala que avalia o estigma internalizado de transtorno mental, composta por 29 itens de uma escala do tipo Likert de 4 pontos (1 a 4) que varia de discordo totalmente até concordo totalmente, traduzida e adaptada para dependentes de substâncias do estudo de Ritsher, Otilingam e Grajales (2003). O escore total varia de 29 a 116 sendo que, quanto maior o escore, mais alto o nível de estigma internalizado. Os itens são agrupados tematicamente em cinco subescalas: Alienação; Aprovação do Estereótipo; Percepção de Discriminação; Evitação Social; e Resistência ao Estigma (apresenta pontuação invertida).

Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER): instrumento composto por 10 itens de uma escala do tipo Likert de 4 pontos (1 a 4) 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 auto-estima. Os itens 2, 5, 6, 8, 9 apresentam pontuação invertida (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004). Em seu estudo de validação para a língua portuguesa, a EAER apresentou bons índices de reprodutibilidade e validade. Essa escala foi utilizada para avaliar a validade de constructo da ISMI: estudos têm demonstrado que o estigma está relacionado à baixa auto-estima, porém, é um constructo diferente (LINK et al., 1997, LINK et al., 2001). Assim, a hipótese é de que essa escala seja negativamente correlacionada com a ISMI. No presente estudo, a EAER demonstrou *alpha de Cronbach* igual a 0,64.

Escala de Esperança de Herth (EEH): essa escala consiste em 12 itens escritos de forma afirmativa em que a graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos (1 a 4), variando de “concordo completamente” a “discordo completamente”. O escore total varia de 12 a 48 sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança. Dois itens, a afirmação de número 3 e a de número 6, apresentam escores

invertidos. Em seu estudo de validação para a língua portuguesa, a EEH apresentou *alpha de Cronbach* igual a 0,83 (SARTORE, GROSSI, 2008). Essa escala foi utilizada para avaliar a validade de constructo da ISMI. Espera-se que a Escala de Esperança de Herth seja negativamente correlacionada com a ISMI. O *alpha de Cronbach* da escala no presente estudo foi de 0,80.

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D): A CES-D constitui instrumento de rastreamento elaborado pelo *National Institute of Mental Health* visando identificar humor depressivo em estudos populacionais e tem sido amplamente utilizada em diferentes contextos (SILVEIRA, JORGE, 1998). A escala compreende 20 itens relacionados a humor, comportamento e percepção que foram considerados relevantes em estudos clínicos sobre depressão. A graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos (1 a 4), variando de “raramente” a “durante a maior parte do tempo”. O escore total varia de 20 a 80 sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de sintomas depressivos. Os itens 4, 8, 12 e 16 apresentam pontuação invertida. Em seu estudo de validação para a língua portuguesa, a consistência interna medida pelo *alpha de Cronbach* foi 0,85 (SILVEIRA, JORGE, 1998). A CES-D foi utilizada para avaliar a validade de constructo da ISMI: apesar de ambas as escalas refletirem angústia, pessimismo e isolamento social, depressão e estigma internalizado são conceitos diferentes, no entanto, estigma internalizado pode se relacionar com os sintomas depressivos (LINK et al, 1997). Espera-se que a CES-D se correlacione positivamente com a ISMI. Em nossa amostra, o *alpha de Cronbach* da CES-D foi de 0,87.

4.2.4 Procedimentos

Apesar do processo de validação de uma escala ser considerado mais simples que o de construção, a validação de um instrumento é muito mais complexa que a simples tradução dos seus itens, pois nem sempre são utilizados termos comuns a todas as línguas, além de existirem variações culturais que podem alterar o significado do que está sendo medido (BEATON et al., 2000). Assim, para que qualquer instrumento possa ser usado em outra língua, que não seja a original, ele deve ser traduzido, adaptado culturalmente e, por fim, validado, o que pressupõe a padronização desses

procedimentos e a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004).

O presente estudo, portanto, foi dividido em duas fases. A primeira fase consistiu no processo de tradução e adaptação cultural do instrumento em questão e a segunda fase, na verificação da validade e confiabilidade do mesmo. É importante salientar que, antes do início da pesquisa, realizou-se contato com a principal autora da ISMI (RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003), a qual autorizou a validação e adaptação do instrumento para uma população brasileira de dependentes de substâncias (**ANEXO 02**).

1^a FASE – Tradução e a Adaptação Cultural da Escala

São descritos na literatura, uma série de procedimentos para a realização da primeira fase do processo de validação que, em sua essência, se assemelham (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993). Segundo Beaton et al. (2002), o processo de tradução e adaptação cultural consta de cinco passos: tradução do instrumento original, síntese das traduções, retrotradução, avaliação do comitê de peritos e pré-teste. A descrição resumida de cada passo pode ser verificada na **Figura 01.**

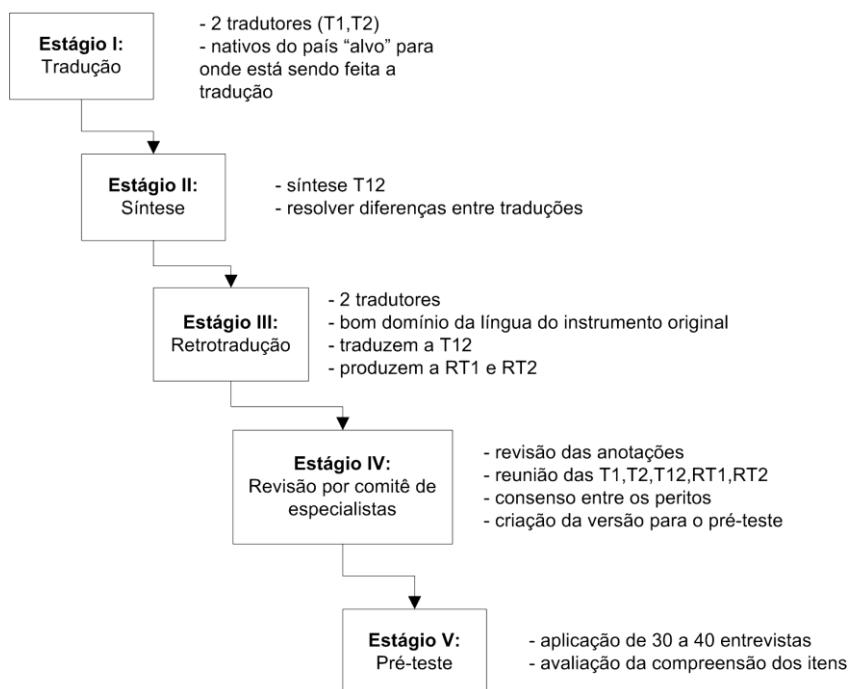


Figura 02- Descrição resumida do processo de tradução e adaptação cultural de instrumento. Fonte: Beaton et al. (2002) – Adaptado pela autora.

Tradução: A tradução do instrumento original foi realizada por dois tradutores (T1 e T2), trabalhando independentemente. Os tradutores são naturais do país para qual o instrumento está sendo traduzido, e possuem domínio semântico, conceitual e cultural do idioma do instrumento original. Um dos tradutores teve acesso sobre os 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: Dois juízes se reuniram para sintetizar em uma versão única as duas traduções (T1 e T2). Foram discutidas e anotadas as divergências das traduções. Na versão única (T12) apareceu o consenso dos juízes.

Retrotradução: A partir da síntese do questionário, 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 desta etapa foi produzir uma versão final, sintetizando todas as versões. 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, às situações apresentadas no instrumento, as quais devem corresponder às situações vivenciadas no

contexto da população à qual se destina (BEATON et al., 2002). Para a execução dos ajustes, manteve-se estreito contato com a autora da escala original e cada possibilidade de mudança foi discutida diretamente com a mesma. Somente ao final de todas as modificações, fez-se a substituição da expressão “doente mental” por “dependente de substâncias” em cada item. Como dito anteriormente, a aplicação do questionário seria por meio de entrevista, assim, passou-se todas as questões dos instrumentos que compunham o questionário para a 3^a pessoa, de forma que facilitasse a leitura das questões pelo entrevistador. As informações obtidas por meio de entrevistas pessoais foram consideradas uma vez que o analfabetismo, problemas de linguagem, diferenças culturais e uma enorme gama de outras limitações poderiam interferir nas respostas caso se optasse pela forma de aplicação auto-administrada.

Pré-teste: Beaton et al. (2002), sugerem a aplicação do instrumento entre 30 e 40 indivíduos em uma amostra da população alvo, com o propósito de verificar as dúvidas e a compreensão relativas às questões do instrumento. O pré-teste – aplicado em 30 pacientes de uma instituição pública especializada em tratamento para dependência de substâncias de Juiz de Fora, MG – avaliou, além da compreensão dos itens, as instruções, a estrutura do questionário, a compreensão das opções de resposta da escala, a dificuldade de responder e o grau de atenção do respondente. Foi conduzido num ambiente e contexto semelhante ao da pesquisa real. Após a aplicação, os avaliados relataram as dificuldades e as dúvidas. Como não foi necessária nenhuma alteração, esta primeira versão foi considerada satisfatória.

Após o processo de tradução e adaptação cultural, e aceite do Comitê de Ética de Pesquisa da UFJF – Parecer nº 057/2010 – (**ANEXO 03**), iniciou-se a coleta de dados. Foi encaminhada uma carta de apresentação às instituições, explicando os objetivos do presente estudo. Uma vez aprovada a coleta de dados pelos coordenadores, forneceu-se a cada participante, um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (**ANEXO 04**), no qual foram explicados os objetivos da pesquisa e os aspectos éticos. Assinado o termo, agendou-se com cada paciente uma entrevista na qual foram aplicados os instrumentos anteriormente citados.

2^a FASE – Avaliação das Propriedades Psicométricas da Escala

O processo anterior não garante que o instrumento traduzido e adaptado culturalmente seja consistente e confiável. É necessária uma segunda fase, destinada à verificação das qualidades psicométricas da escala, que compreende a avaliação da confiabilidade e das evidências de validade (BEATON et al., 2002). Avaliar a confiabilidade de um instrumento significa determinar se ele é reproduzível, mesmo se usado por diferentes observadores em tempos diferentes; avaliar a validade do mesmo significa determinar se ele está medindo o que se propõe a medir (PASQUALI, 2003).

Confiabilidade

A confiabilidade é uma qualidade psicométrica bastante realçada na construção e validação de instrumentos. Os diferentes nomes utilizados para se referirem a esse tipo de verificação (precisão, fidedignidade, constância, estabilidade, confiança, homogeneidade) mostram a variedade de expressões que o conceito assume dentro de um teste (PASQUALI, 2003). A confiabilidade de uma escala está intimamente ligada ao conceito de variância erro, que é definido como a variabilidade nos escores produzida por fatores estranhos ao constructo. A importância desse tipo de verificação centra-se na necessidade de que as medidas sejam cada vez mais exatas, a fim de minimizar o erro na interpretação. Dependendo da técnica utilizada para demonstração da confiabilidade de um instrumento, surgem vários tipos, entre eles, teste-reteste, formas paralelas e consistência interna (PASQUALI, 2003). No presente estudo, a confiabilidade foi calculada através da consistência interna.

As técnicas mais utilizadas para verificar a consistência interna são o *alpha de Cronbach* e o método das duas metades, os quais foram utilizados no presente estudo. O *alpha de Cronbach* é um coeficiente de precisão do teste que corresponde à média dos coeficientes de todas as metades em que o teste possa ser dividido. No método das duas metades (*split-half*), os sujeitos respondem a um único teste numa única ocasião. Os itens são divididos em duas metades equivalentes (normalmente, ímpares e pares) e a correlação é calculada entre os escores obtidos nas duas partes. No resultado das análises, a primeira metade deve apresentar escores semelhantes aos da segunda. Se o resultado da correlação entre as metades for alto, o instrumento possui alta confiabilidade no sentido de consistência interna (PASQUALI, 2003).

Validade

Atualmente, existem nomenclaturas variadas para o conceito de validade, visto que diferentes autores fizeram propostas teóricas a respeito das definições (NORONHA, BAPTISTA, 2007). Será utilizada, neste estudo, a referência adotada em Pasquali (2003), cuja definição aborda a divisão em validade de constructo, validade de critério e validade de conteúdo. No presente estudo, foram avaliadas a validade de constructo e a de conteúdo.

A validade de constructo (ou de conceito) é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos, uma vez que essa evidência de validade possibilita uma maneira empírica de comprovar que os itens do instrumento realmente são representantes legítimos do traço que se quer mensurar (PASQUALI, 2003). Várias são as maneiras existentes para se fazer tal verificação, sendo as mais comuns: a análise fatorial, a validação convergente-discriminante, a relação com o desempenho de sujeitos e a relação com outras escalas de mesmo constructo. No presente estudo foram utilizadas a análise fatorial e a validação convergente-discriminante, as quais serão detalhadas a seguir.

A análise fatorial é um procedimento estatístico utilizado para facilitar a observação de variáveis, agrupando aquelas que apresentam a mesma variação. A principal hipótese dessa ferramenta é que, se os itens se agruparem sob um mesmo fator, é porque constituem um mesmo constructo (PASQUALI, 2003). A técnica da validação convergente-discriminante parte do princípio que, para demonstrar a validade de constructo de um instrumento é preciso determinar se os itens do mesmo se relacionam entre si (validade convergente), e se os itens do constructo mensurado estão relacionados a outros constructos (validade discriminante) (PASQUALI, 2003).

A validade de conteúdo consiste no exame sistemático do conteúdo da escala para assegurar se ela constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos (domínio). Os procedimentos utilizados na validação do conteúdo abrangem principalmente o exame cuidadoso do conteúdo da escala, de modo que a relevância dos itens poderá indicar a representatividade do instrumento e, para isso, na maioria das vezes, recorre-se à análise de juízes experientes na área (PASQUALI, 2003), assim como feito na presente pesquisa.

4.3 Análise dos Dados

Os dados coletados, característicos dos questionários estruturados e escalas psicométricas, 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 submetidas a um processo de comparação para detectar eventuais erros de digitação, os quais foram corrigidos para formar um banco de dados consolidado. Após a construção deste banco de dados e organização das variáveis, os dados foram submetidos a análises estatísticas descritivas e inferenciais. Para caracterização da amostra, foi utilizada análise estatística descritiva, com cálculo da média, mediana, desvio padrão e frequência para as variáveis nominais e ordinais. A análise inferencial para os grupos componentes da amostra total empregou o *Teste T* e coeficiente de Correlação Linear de *Pearson*. Para fins de comparabilidade dos resultados da validação com a escala original, optou-se por reproduzir as mesmas análises de Ritsher, Otilingam e Grajales (2003).

A análise de confiabilidade da ISMI foi realizada através da consistência interna, estimada pelo *Coeficiente alfa de Cronbach* e *Coeficiente Spearman-Brown*, o qual foi obtido por meio do método das duas metades (*split-half*). As evidências de validade da ISMI foram analisadas por meio da validade de conteúdo e de constructo.

A fim de elucidar a validade de constructo (convergente-discriminante) da ISMI, foram calculadas as correlações entre os escores totais da ISMI e das escalas EAER, EEH e CES-D. O teste *Kolmogorov-Smirnov* mostrou que a EAER e a subescala da ISMI Resistência ao Estigma não apresentaram distribuição normal ($p<0,05$). Assim, foram utilizadas correlações não-paramétricas para as análises de comparação da subescala Resistência ao Estigma e da EAER. As demais escalas apresentaram distribuição normal em seus escores ($p>0,05$) e, portanto, utilizou-se correlações paramétricas.

Para testar o quanto o constructo de estigma internalizado é distinto de outros constructos mensurados por outros instrumentos, foi conduzida a Análise Fatorial Exploratória de Máxima Verossimilhança do conjunto de itens da ISMI e as escalas EAER, EEH e CES-D (uma por vez) especificando dois fatores para cada análise. Para realçar o contraste entre os fatores, optou-se por utilizar a rotação *Varimax*. Adotou-se como nível de significância de 5% em todos os testes estatísticos ($\alpha=0,05$).

4.4 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora – Parecer nº 057/2010 – (**ANEXO 03**). Cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que informou o tipo de pesquisa, seus objetivos e esclareceu que a participação seria voluntária, não prevendo qualquer ressarcimento, e sem prejuízo de qualquer natureza para os não participantes (**ANEXO 04**). No TCLE, também se estabeleceu um compromisso com a privacidade de cada participante e a utilização confidencial e sigilosa dos dados colhidos.

Todas as atividades propostas foram negociadas dentro dos horários de serviço das instituições. Os resultados serão divulgados em meios públicos, respeitando os critérios relatados acima e com honestidade científica. A coleta somente foi iniciada após autorização escrita dos coordenadores das instituições.

4.5 Resultados

Os resultados deste estudo foram divididos em duas fases. Os resultados da primeira fase se referem aos cinco primeiros passos da pesquisa – traduções, síntese, retro-traduções, reunião do Comitê de Peritos e pré-teste da escala. Os resultados da segunda fase são referentes à verificação das qualidades psicométricas do instrumento.

4.5.1 Resultados da 1^a FASE

4.5.1.1 Tradução

Os tradutores produziram versões da ISMI significativamente próximas. Contudo, algumas questões trouxeram formas distintas de interpretação, fornecendo conteúdos para o processo de síntese das traduções (**ANEXO 05**).

4.5.1.2 Síntese das Traduções

Os juízes de síntese mesclaram as traduções, atentando à clareza do instrumento e sua compreensão pela população a ser estudada. A versão de síntese foi encaminhada aos dois retrotradutores (**ANEXO 05**).

4.5.1.3 Retrotradução

As duas versões do trabalho de retrotradução foram semelhantes entre si. Os itens 6, 12 e 16 foram idênticos entre as duas retro-traduções, 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 retrotraduções. Ao comparar as retrotraduções 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.

4.5.1.4 Comitê de Peritos

Com o intuito de construir uma versão brasileira que mantivesse as características da escala original, o Comitê de Peritos avaliou todos os elementos referentes às equivalências semânticas, culturais, idiomáticas e conceituais. Em relação ao nome da escala, objetivando manter a referência internacional para publicações, assim como facilitar a identificação do instrumento ao público nacional, foi consensual a manutenção do nome original traduzido e da sigla original, seguido do acréscimo da informação “adaptada para dependentes de substâncias”. O resultado final do nome foi *Versão Brasileira da Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental (ISMI) adaptada para Dependentes de Substâncias*. Ao longo deste trabalho, a autora irá se referir à escala como ISMI Brasil.

Em relação às instruções dadas para o preenchimento do questionário, manteve-se a sua tradução literal, substituindo apenas a expressão “transtorno mental” por “dependente de substâncias”: *Neste questionário, será usado o termo “dependente de substâncias”, 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).*

Dos 29 itens da escala, dezoito (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 16, 17, 20, 22, 23, 25, 26, 27 e 28) não sofreram modificação a partir da síntese das traduções. Os outros onze itens (1, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 24 e 29) tiveram alterações a partir da análise do comitê de peritos com colaboração da autora da escala. As alterações serão apresentadas a seguir.

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, “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. A versão final apresentou-se como “Eu me sinto à vontade quando estou em público na companhia de uma pessoa considerada mentalmente doente”.

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.

Os itens da escala original, da síntese da tradução e retrotradução modificadas, assim como da adaptação para a dependência de substâncias são encontrados no **ANEXO 06**. 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.

4.5.1.5 Pré-teste

Ao aplicar o questionário, foi solicitado que os respondentes relatassem o seu entendimento de cada afirmativa. Este procedimento auxiliou na verificação de equivalência entre a compreensão dos respondentes e a intenção dos pesquisadores originais para cada item. Não foram constatadas dificuldades de entendimento nos itens da escala.

Portanto, no pré-teste foi possível assegurar-se de que o questionário estava comprehensível e que mantinha as dimensões dos itens originais. Assim, encerrou-se a primeira fase da pesquisa com a conclusão da versão final, que foi o instrumento de coleta de dados para a segunda fase.

4.5.2 Resultados da 2^a FASE

4.5.2.1 Confiabilidade

A confiabilidade da ISMI Brasil foi determinada pelo cálculo dos coeficientes de consistência interna de toda escala e das subescalas. O *alpha de Cronbach* dos itens da escala total foi 0,83 e o *Coeficiente Spearman-Brown (split-half)* foi 0,76. Como mostrado na **Tabela 04**, os itens individuais apresentaram médias variando de 2,13 a 3,49, sendo 2,5 o ponto médio de alcance. O desvio padrão (DP) variou de 0,64 a 0,93.

Tabela 04 – Média e Desvio padrão dos itens da ISMI adaptada para dependentes de substâncias (N=299).

Itens (parafraseados)	Média	DP
<i>Alienação</i>		
01-Você se sente fora de lugar no mundo por ter uma dependência de substâncias.	2,78	0,90
17-Ter uma dependência de substâncias tem prejudicado sua vida.	3,49	0,64
21-Pessoas sem dependência de substâncias não conseguiram te compreender.	2,76	0,84
05-Você fica envergonhado ou constrangido por ter uma dependência de substâncias.	3,02	0,86
16-Você está desapontado consigo mesmo por ter uma dependência de substâncias.	3,33	0,73
08-Você se sente inferior aos outros que não possuem dependência de substâncias.	2,60	0,92
<i>Aprovação do Estereótipo</i>		
29-As imagens sobre os dependentes de substâncias se aplicam a você.	2,67	0,75
18-As pessoas percebem que você tem uma dependência pela sua aparência.	2,88	0,82
02-Pessoas com dependência de substâncias tendem a ser violentas.	2,74	0,89
19-Devido à sua dependência você precisa que os outros tomem as decisões por você.	2,35	0,81
10-Pessoas com dependência de substâncias não podem viver uma vida boa.	2,78	0,93
06-Pessoas com dependência de substâncias não deveriam se casar.	2,13	0,92
23-Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter uma dependência.	2,28	0,87
<i>Percepção de Discriminação</i>		
03-As pessoas te discriminam por você ter uma dependência de substâncias.	3,29	0,69
28-Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida.	2,93	0,85
22-As pessoas te ignoram ou não te levam a sério devido à dependência de substâncias.	2,93	0,84
15-As pessoas freqüentemente te tratam com condescendência, ou como criança.	2,48	0,82
25-Ninguém se interessaria em se aproximar de você por causa da dependência.	2,55	0,81

Tabela 04 – Média e Desvio padrão dos itens da ISMI adaptada para dependentes de substâncias (N=299).

Itens (parafraseados)	Média	DP
<i>Evitação Social</i>		
11-Você não fala muito sobre você mesmo porque você não quer incomodar os outros.	3,07	0,79
09-Você não se socializa tanto quanto você costumava.	3,01	0,79
12-Imagens negativas sobre a dependência te mantém afastado do mundo “normal”.	2,99	0,80
20-Você evita situações sociais para proteger família ou amigos do constrangimento.	2,89	0,79
13-Estar rodeado por pessoas que não tem uma dependência te faz sentir fora de lugar.	2,70	0,85
04-Você evita se aproximar das pessoas que não tem dependência para evitar rejeição.	2,74	0,89
<i>Resistência ao Estigma (itens recodificados)</i>		
14-Você se sente à vontade na companhia de uma pessoa considerada dependente.	2,22	0,77
26-Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.	2,46	0,89
27-Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de sua dependência de substâncias.	2,70	0,88
07-As pessoas com dependência fazem importantes contribuições para a sociedade.	2,77	0,87
24-Viver com uma dependência de substâncias te tornou um forte sobrevivente.	2,60	0,87

Os valores do *alpha de Cronbach* do escore total e das subescalas da ISMI Brasil são apresentados na **Tabela 05** junto com os escores originais obtidos na versão original da escala. Como pode ser visto, os escores da consistência interna da versão brasileira da ISMI variaram entre 0,32 e 0,69. A subescala que apresentou menor escore foi Resistência ao Estigma com $\alpha=0,32$.

Tabela 05 – Consistência interna dos escores totais e subescalas da ISMI adaptada para dependentes de substâncias (N=299)

Subescala/ Escala	Versão ISMI Brasil (α)	Versão Original EUA (α)
1.Alienação	0,67	0,79
2.Aprovação do Estereótipo	0,53	0,72
3.Percepção de Discriminação	0,58	0,75
4.Evitação Social	0,69	0,80
5.Resistência ao Estigma	0,32	0,58
Escore total 24 itens	0,85	0,91
Escore total 29 itens	0,83	0,90

Visto que a subescala Resistência ao Estigma apresentou baixo coeficiente de confiabilidade, também foi testada uma versão de 24 itens da escala, composta somente pelas outras quatro subescalas. A versão de 24 itens teve o *alpha* igual a 0,85 e o *Coeficiente Spearman-Brown (split-half)* igual a 0,81. Como realizado no estudo de Ritsher, Otilingam e Grajales (2003), essa versão de 24 itens também foi testada nas análises de validade de constructo da escala, conforme descrito a seguir.

4.5.2.2 Validação de constructo

A validade de constructo foi confirmada por meio da validade convergente que demonstrou correlação estatisticamente significativa entre os escores totais da ISMI Brasil e das 5 subescalas. A subescala Resistência ao Estigma apresentou os menores índices de correlação com as outras subescalas da ISMI Brasil e com o escore total. Os coeficientes de correlação que mostram a validade convergente entre as pontuações do escore total e das subescalas da ISMI Brasil são apresentados na **Tabela 06**.

Tabela 06 – Correlações entre o escore total e das 5 subescalas da ISMI adaptada para dependentes de substâncias.

ISMI	29 itens	Alienaç.	Aprov. E.	Perc. D.	Evit. S.	Resist. E.
29 itens	1	0,84*	0,76*	0,75*	0,83*	-0,39*
Alienaç.	-	1	0,49*	0,57*	0,67*	-0,21*
Aprov. E.	-	-	1	0,50*	0,53*	-0,14**
Perc. D.	-	-	-	1	0,51*	-0,13**
Evit. S.	-	-	-	-	1	-0,16*
Resist. E.	-	-	-	-	-	1

*p<0,01, **p<0,05

A validade de constructo também foi confirmada por meio da validade discriminante que demonstrou correlação estatisticamente significativa entre os escores da ISMI Brasil e das escalas CES-D, EEH e EAER. Como esperado, houve uma relação positiva entre os escores totais da ISMI Brasil e a CES-D, e uma relação negativa entre as pontuações totais da ISMI Brasil e as escalas EEH e EAER. As relações entre as subescalas da ISMI Brasil e as outras escalas também foram significativas, como esperado. Verificou-se que as pontuações para as 4 subescalas da ISMI Brasil foram negativamente relacionadas com as escalas EEH e EAER e, positivamente relacionadas com a CES-D. A subescala Resistência ao Estigma não apresentou correlações significativas com as outras escalas, assim como a EEH não se correlacionou significativamente com o primeiro fator da ISMI Brasil. A EEH foi a escala que apresentou os menores índices de correlação entre as subescalas da ISMI Brasil. Todos os outros coeficientes de correlação obtidos para os escores totais foram significativos (p<0,05). Os coeficientes de correlação que mostram a validade discriminante entre as

pontuações das subescalas da ISMI Brasil e pontuação total das outras escalas são apresentados na **Tabela 07**.

Tabela 07 – Correlações entre os escores da ISMI adaptada para dependentes de substâncias e as escalas EAER, EEH e CES-D.

ISMI	EAER	EEH	CES-D
1.Alienação	-0,43*	-0,11	0,43*
2.Aprovação do Estereótipo	-0,37*	-0,22*	0,32*
3.Percepção de Discriminação	-0,36*	-0,12**	0,38*
4.Evitacão Social	-0,41*	-0,16*	0,42*
5.Resistência ao Estigma	-0,08	-0,02	0,11
Escore total 24 itens	-0,49*	-0,19*	0,48*
Escore total 29 itens	-0,48*	-0,19*	0,47*

*p<0,01, **p<0,05

O escore médio da ISMI Brasil apresentou-se similar entre os grupos, sendo 80,00 para os pacientes do serviço de tratamento ambulatorial e 80,36 para os pacientes internados, e não houve diferença significativa ($p=0,77$), o que demonstrou alto índice de estigma internalizado entre os dois grupos, independente do tipo de serviço de saúde freqüentado.

A Análise Fatorial Exploratória de Máxima Verossimilhança foi conduzida para testar o quanto o constructo de estigma internalizado é distinto de outros constructos mensurados por outros instrumentos. Para as análises dos itens da CES-D e os itens da ISMI Brasil, cada item teve sua maior carga sobre o fator esperado, exceto um item da CES-D “Sentiu-se, comparando-se às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria” (**Tabela 08**).

Tabela 08 - Análise Fatorial dos itens da CES-D e ISMI adaptada para dependentes de substâncias

Itens (parafraseados)	Fatores	
	CES-D	ISMI
CES-D: Você se sentiu triste.	0,71	0,19
CES-D: Sentiu-se deprimido.	0,66	0,17
CES-D: Você se sentiu sozinho.	0,62	0,21
CES-D: Você considerou que a sua vida tinha sido um fracasso.	0,60	0,23
CES-D: Seu sono não foi repousante.	0,60	0,05
CES-D: Você sentiu que as pessoas não gostavam de você.	0,59	0,26
CES-D: Você se sentiu amedrontado.	0,58	0,13
CES-D: Você sentiu dificuldade em se concentrar no que estava fazendo.	0,57	0,13
CES-D: As pessoas não foram amistosas com você.	0,55	0,15

Tabela 08 - Análise Fatorial dos itens da CES-D e ISMI adaptada para dependentes de substâncias

Itens (parafraseados)	Fatores	
	CES-D	ISMI
CES-D: Você sentiu que teve de fazer esforço para dar conta das suas tarefas.	0,55	0,08
CES-D: Você não conseguiu melhorar seu estado de ânimo mesmo com ajuda.	0,54	0,14
CES-D: Você não conseguiu levar adiante suas coisas.	0,52	0,24
CES-D: Você teve crises de choro.	0,50	0,01
CES-D: Você não teve vontade de comer, teve pouco apetite.	0,49	0,06
CES-D: Você esteve feliz.	-0,46	-0,17
CES-D: Você se sentiu incomodado com coisas que não te incomodam.	0,44	0,16
CES-D: Você aproveitou sua vida.	-0,33	-0,14
CES-D: Você falou menos que o habitual.	0,25	0,09
CES-D: Você se sentiu otimista com relação ao futuro.	-0,18	0,03
ISMI: Ter uma dependência de substâncias tem prejudicado sua vida.	0,13	0,58
ISMI: Imagens negativas sobre a dependência te mantém afastado do mundo “normal”.	0,20	0,58
ISMI: Você está desapontado consigo mesmo por ter uma dependência de substâncias.	0,13	0,55
ISMI: Você evita se aproximar das pessoas que não tem dependência para evitar rejeição.	0,11	0,51
ISMI: Você se sente inferior aos outros que não possuem dependência de substâncias.	0,12	0,50
ISMI: Estar rodeado por pessoas que não tem uma dependência te faz sentir fora de lugar.	0,18	0,49
ISMI: Você não se socializa tanto quanto você costumava.	0,22	0,48
ISMI: Você fica envergonhado ou constrangido por ter uma dependência de substâncias.	0,12	0,47
ISMI: Você não fala muito sobre você porque você não quer incomodar os outros.	0,07	0,47
ISMI: As pessoas te ignoram ou não te levam a sério devido à dependência.	0,25	0,46
ISMI: As pessoas percebem que você tem uma dependência pela sua aparência.	0,08	0,45
ISMI: As pessoas te discriminam por você ter uma dependência de substâncias.	0,14	0,44
ISMI: Ninguém se interessaria em se aproximar de você por causa da dependência.	0,14	0,42
ISMI: Você se sente fora de lugar no mundo por ter uma dependência de substâncias.	0,33	0,41
ISMI: Pessoas sem dependência de substâncias não conseguiram te compreender.	0,10	0,39
ISMI: Você evita situações sociais para proteger família ou amigos do constrangimento.	0,16	0,38
ISMI: Pessoas com dependência de substâncias não podem viver uma vida boa.	0,06	0,37
ISMI: Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida.	0,15	0,35
ISMI: Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de sua dependência de substâncias.	-0,04	-0,34
ISMI: Pessoas com dependência de substâncias tendem a ser violentas.	0,14	0,33
ISMI: As pessoas freqüentemente te tratam com condescendência, ou como criança.	0,10	0,33
ISMI: Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter dependência.	0,09	0,31
ISMI: As pessoas com dependência fazem importantes contribuições para a sociedade.	-0,06	-0,31
ISMI: As imagens sobre os dependentes de substâncias se aplicam a você.	0,10	0,30
ISMI: Pessoas com dependência de substâncias não deveriam se casar.	0,06	0,27
ISMI: Você se sente à vontade na companhia de uma pessoa considerada dependente.	0,00	0,24
ISMI: Devido à sua dependência você precisa que os outros tomem as decisões por você.	0,12	0,20
ISMI: Viver com uma dependência de substâncias te tornou um forte sobrevivente.	0,03	-0,13
ISMI: Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.	-0,09	-0,12
CES-D: Sentiu-se, comparando-se às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria.	-0,07	-0,11

A análise factorial dos itens das escalas EEH e ISMI Brasil, também mostrou que todos os itens foram classificados no fator esperado, exceto para dois itens da EEH “Você se sente muito sozinho” e “Você tem medo do seu futuro” (**Tabela 09**).

Tabela 09 - Análise Fatorial dos itens da EEH e ISMI adaptada para dependentes de substâncias

Itens (parafraseados)	Fatores	
	ISMI	EEH
ISMI: Imagens negativas sobre a dependência te mantém afastado do mundo “normal”.	0,61	0,00
ISMI: Ter uma dependência de substâncias tem prejudicado sua vida.	0,60	0,20
ISMI: Você está desapontado consigo mesmo por ter uma dependência de substâncias.	0,57	0,10
ISMI: Você não se socializa tanto quanto você costumava.	0,53	0,01
ISMI: Estar rodeado por pessoas que não tem uma dependência te faz sentir fora de lugar.	0,53	-0,08
ISMI: As pessoas te ignoram ou não te levam a sério devido à dependência.	0,52	-0,11
ISMI: Você se sente inferior aos outros que não possuem dependência de substâncias.	0,52	-0,10
ISMI: Você evita se aproximar das pessoas que não tem dependência para evitar rejeição.	0,52	-0,06
ISMI: Você se sente fora de lugar no mundo por ter uma dependência de substâncias.	0,49	-0,08
ISMI: Você fica envergonhado ou constrangido por ter uma dependência de substâncias.	0,48	0,01
EE: Você se sente muito sozinho (a).	0,47	-0,07
ISMI: Você não fala muito sobre você porque você não quer incomodar os outros.	0,47	0,06
ISMI: As pessoas te discriminam por você ter uma dependência de substâncias.	0,46	0,19
ISMI: As pessoas percebem que você tem uma dependência pela sua aparência.	0,44	0,07
ISMI: Ninguém se interessaria em se aproximar de você por causa da dependência.	0,43	0,01
ISMI: Você evita situações sociais para proteger família ou amigos do constrangimento.	0,41	0,03
ISMI: Pessoas sem dependência de substâncias não conseguiram te compreender.	0,40	0,08
ISMI: Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida.	0,39	0,01
ISMI: Pessoas com dependência de substâncias tendem a ser violentas.	0,37	-0,02
ISMI: Pessoas com dependência de substâncias não podem viver uma vida boa.	0,36	-0,05
ISMI: As pessoas freqüentemente te tratam com condescendência, ou como criança.	0,35	-0,04
EE: Você tem medo do seu futuro.	0,33	-0,19
ISMI: Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de sua dependência de substâncias.	-0,33	-0,01
ISMI: Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter dependência.	0,31	-0,18
ISMI: As imagens sobre os dependentes de substâncias se aplicam a você.	0,30	-0,14
ISMI: As pessoas com dependência fazem importantes contribuições para a sociedade.	-0,30	0,04
ISMI: Pessoas com dependência de substâncias não deveriam se casar.	0,29	-0,14
ISMI: Devido à sua dependência você precisa que os outros tomem as decisões por você.	0,23	-0,05
ISMI: Você se sente à vontade na companhia de uma pessoa considerada dependente.	0,23	-0,04
ISMI: Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.	-0,12	0,11
ISMI: Viver com uma dependência de substâncias te tornou um forte sobrevivente.	-0,10	-0,01
EE: Você acredita no valor de cada dia.	-0,09	0,76
EE: Você sente que sua vida tem valor e utilidade.	0,02	0,75
EE: Você sabe onde você quer ir.	-0,06	0,73
EE: Você se sente capaz de dar e receber afeto/amor.	0,01	0,66
EE: Você tem uma fé que te conforta.	0,09	0,53
EE: Você está otimista quanto à vida.	-0,02	0,50
EE: Você pode se lembrar de tempos felizes e prazerosos.	-0,04	0,49
EE: Você consegue ver possibilidades em meio às dificuldades.	0,03	0,49
EE: Você tem planos a curto e longo prazos.	0,01	0,47
EE: Você se sente muito forte.	-0,20	0,45

Na análise factorial da escala EAER com a ISMI Brasil, 6 itens da EAER não foram ordenados no fator esperado. Dois itens da subescala Resistência ao Estigma, da ISMI Brasil, também não foram ordenados no fator esperado: “Você pode ter uma vida

boa, plena, apesar de sua dependência de substâncias” e “Viver com uma dependência de substâncias te tornou um forte sobrevivente” (**Tabela 10**).

Tabela 10 – Análise Fatorial dos itens da EAER e ISMI adaptada para dependentes de substâncias

Itens (parafraseados)	Fatores	
	ISMI	EAER
EAER: Quase sempre você está inclinado a achar que é um fracassado.	-0,58	-0,16
ISMI: Imagens negativas sobre a dependência te mantém afastado do mundo “normal”.	0,57	-0,17
EAER: Às vezes, você acha que não serve para nada.	-0,56	-0,03
ISMI: Você se sente inferior aos outros que não possuem dependência de substâncias.	0,56	0,06
ISMI: As pessoas te ignoram ou não te levam a sério devido à dependência.	0,55	0,00
ISMI: Estar rodeado por pessoas que não tem uma dependência te faz sentir fora de lugar.	0,54	-0,07
EAER: Às vezes, você realmente se sente inútil.	-0,52	-0,06
ISMI: Você se sente fora de lugar no mundo por ter uma dependência de substâncias.	0,52	-0,04
ISMI: Você evita se aproximar das pessoas que não tem dependência para evitar rejeição.	0,50	-0,09
ISMI: Você está desapontado consigo mesmo por ter uma dependência de substâncias.	0,50	-0,38
ISMI: Você não se socializa tanto quanto você costumava.	0,49	-0,11
ISMI: Ter uma dependência de substâncias tem prejudicado sua vida.	0,49	-0,47
ISMI: Você fica envergonhado ou constrangido por ter uma dependência de substâncias.	0,47	-0,14
ISMI: As pessoas percebem que você tem uma dependência pela sua aparência.	0,44	-0,09
ISMI: Você não fala muito sobre você porque você não quer incomodar os outros.	0,43	-0,16
ISMI: Ninguém se interessaria em se aproximar de você por causa da dependência.	0,43	0,01
ISMI: Você evita situações sociais para proteger família ou amigos do constrangimento.	0,40	-0,12
ISMI: As pessoas te discriminam por você ter uma dependência de substâncias.	0,39	-0,27
EAER: De uma forma geral, você está satisfeito (a) consigo mesmo (a).	0,38	-0,18
ISMI: As pessoas freqüentemente te tratam com condescendência, ou como criança.	0,38	0,01
ISMI: Pessoas sem dependência de substâncias não conseguiram te compreender.	0,37	-0,16
ISMI: Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida.	0,36	-0,10
ISMI: As imagens sobre os dependentes de substâncias se aplicam a você.	0,36	0,11
ISMI: Pessoas com dependência de substâncias tendem a ser violentas.	0,35	-0,06
ISMI: Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter dependência.	0,35	0,15
ISMI: Pessoas com dependência de substâncias não podem viver uma vida boa.	0,34	-0,19
EAER: Você não se dá o devido valor. Você gostaria de ter mais respeito por você.	-0,33	0,33
EAER: Você não sente satisfação nas coisas que realizou.	-0,32	-0,14
ISMI: Pessoas com dependência de substâncias não deveriam se casar.	0,30	0,06
ISMI: Devido à sua dependência você precisa que os outros tomem as decisões por você.	0,29	0,08
ISMI: As pessoas com dependência fazem importantes contribuições para a sociedade.	-0,25	0,19
ISMI: Você se sente à vontade na companhia de uma pessoa considerada dependente.	0,20	-0,04
ISMI: Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.	-0,16	0,01
EAER: Você é capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas.	0,12	0,61
EAER: Você sente que tem um tanto de boas qualidades.	0,13	0,58
EAER: Você sente que é uma pessoa de valor.	0,09	0,53
EAER: Você tem uma atitude positiva em relação a você mesmo (a).	0,17	0,45
ISMI: Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de sua dependência de substâncias.	-0,26	0,33
ISMI: Viver com uma dependência de substâncias te tornou um forte sobrevivente.	-0,06	0,15

Ao realizar a análise fatorial com os itens da ISMI Brasil, optou-se por calculá-la com 24 itens (excluindo a subescala Resistência ao Estigma), assim como feito no estudo de Ritsher, Otilingam e Grajales (2003). Apesar do agrupamento entre os itens não ter confirmado a mesma composição dos fatores da escala original, os itens apresentaram boa correlação item-total ($r > 0,40$) de acordo com o critério adotado pelos autores da ISMI (RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003).

A estrutura da escala foi direcionada para resultar em uma solução de quatro dimensões. O primeiro e segundo fatores agruparam 9 itens cada, e o terceiro e quarto fatores agruparam 4 itens cada. Os itens 4, 8, 11, 12 e 16 repetiram-se em dois fatores. O primeiro, segundo e terceiro fatores explicaram, respectivamente, 12,9%, 23,8% e 32,0% da variância total dos itens da escala. Os 4 fatores explicaram 42,0% da variância total. De acordo com essa análise, os itens 15 e 29 seriam excluídos da escala (**Tabela 11**).

Tabela 11 – Análise Fatorial Exploratória dos 24 itens da ISMI adaptada para dependentes de substâncias

Itens (parafraseados)	Fatores			
	1	2	3	4
13-Estar rodeado por pessoas te faz sentir fora de lugar.	0,64			
28-Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida.	0,58			
21- Pessoas sem dependência não conseguiriam te compreender.	0,51			
17-Ter uma dependência de substâncias tem prejudicado sua vida.	0,51			
11-Você não fala muito sobre você porque não quer incomodar os outros.	0,50	0,40		
20-Você evita situações sociais.	0,49			
22-As pessoas te ignoram ou não te levam a sério devido à dependência.	0,49			
18- As pessoas percebem que você tem uma dependência pela sua aparência.	0,46			
29-As imagens sobre os dependentes de substâncias se aplicam a você.				
05-Você fica envergonhado ou constrangido por ter uma dependência.	0,66			
06-Pessoas com dependência de substâncias não deveriam se casar.	0,58			
12-Imagens negativas te mantém afastado do mundo “normal”.	0,44	0,46		
08-Você se sente inferior aos outros que não possuem dependência.	0,46		0,41	
10-Pessoas com dependência não podem viver uma vida boa.	0,46			
09-Você não se socializa tanto quanto você costumava.	0,42			
23-Você não pode contribuir com nada para a sociedade.				0,72
19-Você precisa que os outros tomem as decisões por você.				0,66
25-Ninguém se interessaria em se aproximar de você.				0,55
15-As pessoas te tratam com condescendência, ou como criança.				
03-As pessoas te discriminam por você ter uma dependência de substâncias.				0,70
02-Pessoas com dependência de substâncias tendem a ser violentas.				0,69
16-Você está desapontado consigo mesmo por ter uma dependência.	0,44		0,45	
04- Você evita se aproximar das pessoas para evitar rejeição.	0,42		0,43	

4.6 Discussão

Com base nas recomendações do *guideline* proposto por de Beaton et al. (2002), realizou-se a tradução, síntese, retrotradução, reunião do comitê de peritos e realização do pré-teste da presente escala. De acordo com esses autores, sem uma metodologia adequada para esse processo inicial, a tradução pode ser tendenciosa ou distante da versão original. Portanto, é importante que os pesquisadores relatem todas as etapas da tradução e detalhem os resultados encontrados, como feito no presente estudo, a fim de avaliar se as escolhas realizadas correspondem aos objetivos da pesquisa.

Quanto à adaptação cultural, os hábitos e as atividades de uma população devem ser levados em conta para que o instrumento torne-se válido. Os critérios de equivalência semântica foram analisados considerando-se, especialmente, a necessidade de não distorcer a assertiva, de mantê-la coerente com o contexto brasileiro e compreensível aos prováveis respondentes. O contato com a principal autora da escala original (RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003) foi o ponto chave para um bom acerto do instrumento, uma vez que as informações colhidas desta fonte permitiram realizar mudanças baseadas em evidências, como, por exemplo, a tradução de expressões que mais se aproximavam do termo original em inglês, assim como ajustes no sentido de alguns itens da escala.

Em relação às propriedades psicométricas, os resultados mostraram que a ISMI Brasil apresentou índices satisfatórios de confiabilidade e validade de constructo. A confiabilidade do instrumento pode ser classificada em moderada a elevada, uma vez que o *Coeficiente alpha de Cronbach* do escore total (29 itens) foi de 0,83 e o *Coeficiente Spearman-Brown* de 0,76. Em relação às subescalas – com exceção da subescala Resistência ao Estigma – o valor de *alpha* variou entre 0,53 a 0,69.

O valor reduzido da consistência interna das subescalas do presente estudo já era esperado, visto que foram realizadas três alterações na adaptação da escala: uma em relação à linguagem e cultura, outra em relação ao transtorno e, a terceira em relação à forma de aplicação do questionário (entrevista). Uma vez que as subescalas de estigma internalizado deste estudo foram diretamente adaptadas de subescalas criadas especificamente para uso em uma população com transtorno mental, pode haver itens que, embora relevantes para as pessoas com transtornos mentais, não são importantes para aqueles com abuso de substâncias, resultando em uma limitação na validade de

conteúdo que está para além da adaptação semântica da escala. O desenvolvimento de pesquisas qualitativas poderia auxiliar a determinar quais itens poderiam ser adicionados ou removidos das medidas de estigma utilizadas neste estudo.

O menor coeficiente de consistência interna foi o da subescala Resistência ao Estigma ($\alpha = 0,32$). Essa subescala, que procura descrever a experiência de resistir ou não ser afetado pelo estigma internalizado, também apresentou o menor índice de consistência interna no estudo original ($\alpha = 0,58$). É possível que os resultados fracos de consistência interna da subescala Resistência ao Estigma da ISMI Brasil indiquem, além das justificativas já apresentadas, que os entrevistados tiveram dificuldade de interpretação dos itens invertidos dessa subescala. No entanto, Ritsher, Otilingam e Grajales (2003) recomendam que essa subescala permaneça no instrumento uma vez que os itens que a compõem têm algum valor como validade de verificação, bem como proporciona algum alívio para os respondentes a partir do foco negativo dos outros itens. No entanto, a utilidade desses itens deve ser testada em trabalhos futuros, em diferentes amostras.

Uma recente revisão da literatura realizada por Ritsher et al. (*in press*), cujo objetivo foi reunir todas as validações da ISMI desenvolvidas em diferentes países, mostrou que a mesma já foi traduzida em 32 línguas diferentes para diversas condições de saúde, entre elas, transtornos alimentares, depressão, hanseníase, esquizofrenia, entre outras. Dos estudos que realizaram sua validação, muitos utilizaram uma versão da ISMI sem a subescala Resistência ao Estigma, a qual apresentava *alphas* variando entre 0,15 a 0,89. Nesses estudos, que relataram *alphas* para ambas as versões (29 e 24 itens), a versão mais curta geralmente apresentava o *alpha* um pouco maior, variando de 0,83 a 0,94 – fato ocorrido no presente estudo ($\alpha = 0,85$). A variação da pontuação *alpha* nas subescalas individuais desses estudos foi: Alienação (0,70 – 0,91); Aprovação do Estereótipo (0,57 – 0,87); Percepção de Discriminação (0,70 – 0,96) e Evitação Social (0,66 – 0,91).

De um modo geral, um instrumento ou teste é classificado como tendo confiabilidade apropriada quando o α é de pelo menos 0,70; contudo, em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um α de 0,60 é considerado aceitável desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com precaução e tenham em conta o contexto de computação do índice (MAROCO, GARCIA-MARQUES, 2006). Portanto, apesar de todos os índices de confiabilidade

obtidos para a ISMI Brasil terem se apresentado menores ao compará-los com os escores da escala original e das validações dos outros países, ainda assim, eles sustentam a validação da escala.

No que diz respeito à validade de constructo da ISMI Brasil, os coeficientes de correlação obtidos com a CES-D, EEH e EAER e os resultados da análise fatorial cumpriram as expectativas teóricas. Os itens da ISMI Brasil se correlacionaram significativamente entre si e com as escalas CES-D, EEH e EAER; e os resultados da análise fatorial indicaram que o construto mensurado pelos 29 itens da escala parece ser distinto dos constructos medidos pelas outras escalas. Para cada par de escalas, os itens tiveram sua maior carga fatorial sobre o fator esperado.

Verificou-se que a ISMI Brasil foi positivamente correlacionada com a CES-D, que mede humor depressivo ($r = 0,47$). Pode-se teorizar que a depressão, a qual leva a avaliações negativas sobre o eu e a vida em geral, aumenta a internalização do estigma e, ao mesmo tempo, o estigma internalizado pode estimular estados depressivos, resultando em um ciclo vicioso (KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008). Por isso, a relação positiva entre humor depressivo e internalização do estigma era esperada. Na análise fatorial realizada, o item 04 da escala CES-D “Sentiu-se, comparando-se às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria” não se agrupou no fator esperado. Esse item havia sido excluído da análise do componente principal no estudo de validação da CES-D para o Brasil (SILVEIRA, JORGE, 1998), uma vez que se revelou de pequena importância no conjunto. Segundo os autores, o comportamento dessa questão, referente à autovalorização, poderia ser influenciado por aspectos culturais, perdendo assim o seu poder discriminante em populações culturalmente distintas daquela em que a escala foi originalmente concebida (SILVEIRA, JORGE, 1998).

Como esperado, a ISMI Brasil foi negativamente correlacionada com a Escala de Esperança de Herth ($r = -0,19$). Isso implica que o estigma internalizado está inversamente associado a sentimentos de esperança. A desesperança pode resultar na internalização do estigma ou em crenças estereotipadas sobre o transtorno mental (LYSAKER et al., 2008), assim como indivíduos auto-estigmatizados podem não aderir ao tratamento prescrito por se sentirem sem esperança e achar que o tratamento não rende benefícios (CORRIGAN, 2004; WATSON et al., 2007). Pesquisas futuras são necessárias para determinar por que a diminuição da esperança está relacionada ao estigma internalizado, mas não especificamente à experiência subjetiva de ser avaliado

de forma inferior aos demais membros da sociedade, visto que não houve correlação significativa entre a EEH e a subescala Alienação da ISMI Brasil.

Na análise fatorial, o item 03 “Você se sente muito sozinho (a)” e o item 06 “Você tem medo do seu futuro” da EEH não se agruparam no fator esperado. Pode-se teorizar que estes itens foram mal interpretados pelos respondentes, uma vez que possuem pontuação invertida, ocasionado na troca dos fatores. No entanto, esse fato não foi motivo para invalidar a análise.

Por fim, a Escala de Auto-estima de Rosenberg também foi negativamente correlacionada com a ISMI Brasil ($r = -0,48$), como esperado. Diversos autores têm mostrado que uma das principais consequências negativas do estigma internalizado é a perda da auto-estima (CORRIGAN, 2004; FUNG et al., 2007; LINK et al., 2001; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003). A internalização do estigma pode levar à percepção de ser negativamente avaliado e essas avaliações negativas levarem à diminuição da auto-estima. Cria-se assim um círculo vicioso, em que a internalização do estigma conduz à diminuição da auto-estima, prejudicando as relações sociais dessa pessoa e consequentemente, reforçando o isolamento social e a hesitação para a busca de ajuda profissional e tratamento adequado para sua condição (VERHAEGHE, BRACKE, BRUYNHOOGHE, 2008).

Apesar da correlação estatisticamente significativa entre as escalas, em termos de constructo, na análise fatorial da EAER com a ISMI Brasil, alguns itens não se agruparam no fator esperado: 6 itens da escala de auto-estima não foram ordenados no fator da EAER – sendo que 5 deles possuem pontuação invertida – e, 2 itens da subescala Resistência ao Estigma também não foram ordenados no fator da ISMI Brasil. A dificuldade de interpretação dos respondentes em relação aos itens invertidos das escalas aplicadas é um ponto que merece atenção em estudos futuros, visto que foram esses itens que não se agruparam nos fatores esperados em todas as análises fatoriais.

Ainda em relação aos resultados da análise fatorial realizada com a EAER, outras questões devem ser levantadas. Em primeiro lugar, no que diz respeito à confiabilidade da EAER: dentre as 3 escalas utilizadas na análise fatorial da ISMI Brasil, a EAER apresentou o menor índice de consistência interna ($\alpha = 0,64$), assim, pode-se supor que os itens da EAER não estão bem correlacionados, explicando o motivo de terem se agrupado no fator da ISMI Brasil. A baixa confiabilidade da

subescala Resistência ao Estigma também explicaria o motivo de 2 itens dessa subescala terem se agrupado no fator da EAER.

Em segundo lugar, em relação à população para a qual a EAER foi validada no Brasil: apesar de ser internacionalmente utilizada em estudos com pacientes com transtornos mentais, pode-se supor que a Escala de Auto-estima de Rosenberg validada para o Brasil (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004) não seja o melhor instrumento para mensurar a auto-estima entre dependentes de substâncias – visto que foi validada para pacientes que iriam se submeter à cirurgia plástica.

Enfim, a complexidade do conceito de estigma internalizado somada à divergência teórica e metodológica presente em uma importante parte da produção acerca do tema (LINK et al., 2001), dificulta a comparação dos resultados entre estudos, e pode levar a uma confusão conceitual entre o constructo de estigma internalizado e de auto-estima, expressa nos itens das respectivas escalas. Enquanto o sentido global de auto-estima envolve avaliações do grau em que as pessoas sentem que são amáveis, competentes, moralmente valiosas e capazes de afetar a própria vida, ou seja, reflete o senso da pessoa de seu próprio merecimento (LYSAKER et al., 2008), a internalização do estigma é descrita como um processo subjetivo, dentro de um contexto sociocultural que pode ser caracterizado por sentimentos negativos (sobre si) de desvalorização, vergonha, sigilo e exclusão (LIVINGSTON, BOYD, 2010; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003). Dessa forma, ambos os conceitos envolvem o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, como ela se vê e o que pensa sobre si mesma sob uma perspectiva de valores. Assim, pesquisas futuras são necessárias para determinar se há distinção entre os constructos de auto-estima e estigma internalizado entre dependentes de substâncias.

Na Análise Fatorial Exploratória com os itens da ISMI Brasil, optou-se por excluir a subescala Resistência ao Estigma, visto que a mesma apresentou índice muito baixo de confiabilidade – procedimento também adotado por Ritsher, Otilingam e Grajales (2003). Das 24 questões, 6 mantiveram-se em agrupamentos fatoriais similares àqueles encontrados na escala original: as questões 17 e 21 permaneceram no 1º fator, as questões 6 e 10 no 2º fator, a questão 25 no 3º fator, e a questão 4 no 4º fator. Devido à variação dos itens em relação aos fatores originais, seria mais sensato criar novas classificações para as subescalas. No entanto, visto que esse movimento alteraria

substancialmente o formato da nova escala, optou-se por manter os itens nas classificações originais.

As questões remanescentes, 15 e 29, foram excluídas da análise do componente principal, uma vez que se revelaram de pequena importância no conjunto. O comportamento independente dessas duas questões suscita algumas ponderações. A questão 15 possui uma expressão pouco usual em nossa cultura “condescendência”, o que poderia levar a uma dificuldade de entendimento da questão por parte dos respondentes. Na questão 29, apesar da expressão “estereótipos” ter sido substituída por “imagens” durante a fase de tradução e adaptação cultural da escala, ainda assim, ela pode ter causado um estranhamento aos respondentes dentro do contexto da questão, ou mesmo não ter sido a melhor opção para suprir o significado de “estereótipos” neste item.

De uma forma geral, apesar da maioria dos itens não ter se agrupado nos fatores esperados, as questões da ISMI Brasil mantiveram desempenho adequado, inclusive no que se refere às cargas fatoriais. A despeito das discrepâncias observadas quanto aos itens dos fatores obtidos, a consistência interna de 0,85 (para os 24 itens) é indicativa da manutenção da confiabilidade da escala quando utilizada em nosso meio.

Vimos que as propriedades psicométricas da Versão Brasileira da Escala de Estigma Internalizado (ISMI) adaptada para Dependentes de Substâncias foram bem estabelecidas, no entanto, este estudo apresenta algumas limitações. Apesar da consistência interna e *split-half* serem as técnicas mais utilizadas para verificar a homogeneidade da amostra (PASQUALI, 2003), não foram testados outros métodos para obter uma compreensão mais clara de sua confiabilidade, entre eles, o teste-reteste, que consiste em verificar se o instrumento de medida consegue captar o mesmo fenômeno em duas ocasiões diferentes de tempo (PASQUALI, 2003). Investigações complementares incluindo análise fatorial confirmatória, e exames de outras evidências de validade da escala também são necessárias, assim como análises estatísticas mais sofisticadas, tais como Teoria de Resposta ao Item (TRI) e análise de regressão múltipla. Esta última deve ser implementada a fim de explorar os efeitos explicativos do estigma internalizado sobre o abandono do tratamento psicossocial entre os dependentes, e sobre outras condições correlacionadas que não apenas auto-estima, esperança e depressão.

Este estudo adotou a abordagem quantitativa para a obtenção de informações sobre o estigma internalizado entre dependentes de substâncias. Apesar de figuras numéricas serem úteis para análises objetivas de dados, não foram incluídos dados qualitativos no questionário. Estudos com uma combinação de métodos quantitativos e abordagens qualitativas devem ser executados no futuro para maior entendimento de como os efeitos negativos do estigma internalizado afetam as relações sociais e o tratamento entre dependentes de substâncias. Estudos longitudinais também seriam de grande importância para melhor compreender o processo de internalização do estigma e avaliar as consequências de longo prazo do estigma na vida de uma pessoa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a revisão bibliométrica realizada no Estudo 1, constatou-se que os estudos levantados, voltados para a construção/validação de instrumentos de mensuração do estigma internalizado, apresentam uma série de significativos problemas conceituais e metodológicos. Além disso, estes estudos não vêm se propagando em relação a diferentes transtornos – nenhum instrumento de mensuração do estigma internalizado relacionada à dependência de substâncias foi encontrado – nem tampouco em diversos países – o país que mais desenvolve e publica estudos sobre construção de escalas de estigma internalizado são os EUA. No caso específico do Brasil, não há estudos de construção nem de validação de escalas de estigma internalizado, o que limita a realização de estudos sobre o tema no país.

Apesar desses indicadores negativos, deve-se destacar que o crescente número de escalas demonstra a relevância do tema nas diferentes áreas – inclusive na saúde mental – e proporciona um avanço do conhecimento à medida que investiga os fatores envolvidos no processo de estigmatização. Assim, faz-se necessário um maior investimento nesse campo de pesquisa, uma vez que, dentre as diversas contribuições da utilização de instrumentos na área da saúde estão o auxílio no diagnóstico e na avaliação da efetividade do tratamento, possibilitando melhor direcionamento de recursos (COSTA et al., 2009).

No que diz respeito ao Estudo 2, foram atingidos os objetivos de validar, para a realidade brasileira, a *Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental (ISMI) adaptada para dependentes de substâncias*. A ISMI Brasil apresentou propriedades

psicométricas satisfatórias e promete ser um instrumento útil para mensurar o estigma internalizado entre dependentes de substâncias.

Após as análises realizadas, a escala permaneceu com os 29 itens originais escritos de forma afirmativa onde a graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos, variando de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (4). Os itens da subescala Resistência ao Estigma apresentam escores invertidos. O escore total varia de 29 a 116 sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de estigma internalizado. Considera-se importante que a ISMI Brasil continue a ser testada quanto à sua confiabilidade e validade em diferentes contextos sócio-culturais e populacionais da realidade brasileira.

Diante da magnitude dos efeitos da estigmatização, considera-se importante ressaltar a necessidade de se desenvolver iniciativas que instaurem intervenções efetivas no sentido de minimizar o estigma, de forma que possam auxiliar os pacientes a reduzir sua internalização, assim como obter melhores resultados no tratamento de saúde (FUNG et al., 2007; KANTER, RUSCH, BRONDINO, 2008; LUOMA et al., 2008; RITSHER, OTILINGAM, GRAJALES, 2003). Espera-se, assim, que este instrumento torne-se uma importante ferramenta para clínicos e pesquisadores que ainda não dispõem de uma escala específica para avaliar o estigma internalizado entre dependentes de substâncias psicoativas. Mediante a verificação dos escores pontuados nas subescalas do instrumento, os profissionais poderão identificar, com maior precisão, a intervenção necessária para o tratamento da dependência de substâncias e, consequentemente, para a redução do estigma internalizado desses pacientes.

Espera-se que esse estudo desempenhe um importante papel na área do estigma entre dependentes de álcool e outras drogas, ao lado de outros estudos que buscam desenvolver instrumentos para avaliação das variadas formas de estigma relacionadas a diversas condições de saúde.

6 REFERÊNCIAS

1. AHERN, J.; STUBER, J.; GALEA, S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 88, n. 2007, p. 188-196, 2007.
2. AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.
3. ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H. Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, v. 27, p. 131-141, 1997.
4. BABOR, T. et al. *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: WHO, 2001.
5. BARNEY, L. J. et al. The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a new instrument. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, v. 19, n. 4, p. 243-54, 2010.
6. BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Lippincott Williams & Wilkins*, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
7. BEATON, D. E. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. *American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health*, 2002. Disponível em <http://www.dash.iwh.on.ca>. Acesso em 03 novembro 2009.
8. BERGER, M., WAGNER, T. H.; BAKER, L. C. Internet use and stigmatized illness. *Social Science and Medicine*, v. 61, p. 1821-1827, 2005.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, Brasília: SENAD, 2004. 66 p.
10. BROHAN, E. et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, v. 10, n. 80, p. 1-11, 2010.
11. CARLINI, E. A. et al. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. Brasília: SENAD, 2007. 472 p.
12. CHALUB, M.; TELLES, L. E. D. B. Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 2, p. 69-73, 2006.
13. CORRIGAN, P. W. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, v. 59, n. 7, p. 614-625, 2004.
14. CORRIGAN, P. W. Series Introduction: Stigma. *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 5, p. 199-200, 1998.
15. CORRIGAN, P. W. The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 5, p. 201-222, 1998.
16. CORRIGAN, P. W. et al. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, v. 56, p. 544-550, 2005.
17. CORRIGAN, P. W. et al. Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, v. 27, n. 2, p. 187-195, 2001.
18. CORRIGAN, P. W; MARKOWITZ, F. E.; WATSON, A. C. Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, v. 30, n. 3, p. 481-491, 2004.

19. CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology-Science and Practice*, v. 9, n. 1, p. 35-53, 2002.
20. CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C.; BARR, L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, v. 25, n. 8, p. 875-884, 2006.
21. COSTA, F. S. et al. Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. *Psicologia em Estudo*, v. 14, n. 2, p. 287-293, 2009.
22. DIETRICH, S. et al. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 38, p. 348-354, 2004.
23. DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004.
24. DOVIDIO, J. F.; MAJOR, B.; CROCKER, J. Stigma: Introduction and Overview. In: HEATHERTON, T. F., et al. *The Social Psychology of Stigma*. New York: The Guilford Press, 2003. p. 1-28.
25. DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar*. Brasília: Secretaria Nacional Antidroga e Serviço Social da Industria, 2008. p. 41-49.
26. ERSOY, M. A.; VARAN, A. Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale. *Turkish Journal of Psychiatry*, v. 18, n. 2, p. 163-71, 2007.

27. FERRI, C. P. et al. Aumento da procura por tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 43, n. 1, p. 25-28, 1997.
28. FORTNEY, J. et al. Factors Associated With Perceived Stigma for Alcohol Use and Treatment Among At-Risk Drinkers. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, v. 31, n. 4, p. 418-429, 2004.
29. FUNG, K. M. T. et al. Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 53, n. 5, p. 408-418, 2007.
30. FUNG, K. M. T.; TSANG, H. W. H.; CORRIGAN, P. W. Self-Stigma of People with Schizophrenia as Predictor of Their Adherence to Psychosocial Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, v. 32, n. 2, p. 95-104, 2008.
31. GALDURÓZ, J. C. F. et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 2, p. 267-273, 2010.
32. GALDURÓZ, J. C. F. et al. *V Levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID, 2004, 381 p.
33. GALLASSI, A. D. et al. Custos dos problemas causados pelo abuso de álcool. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, Supl. I, p. 25-30, 2008.
34. GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
35. GOFFMAN, E. *Notes on the Management of a Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster, 1963.

36. GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal Clinical Epidemiology*, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.
37. HAIR, J. F. et al. *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman, 2005.
38. HOLMES, E. P.; RIVER, L. P. Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 5, n. 2, p. 231-239, 1998.
39. KALICHMAN, S. C. et al. Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: The Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care*, v. 21, n. 1, p. 87-93, 2009.
40. KANTER, J. W.; RUSCH, L. C.; BRONDINO, M. J. Depression self-stigma – A new measure and preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, n. 196, v. 9, p. 663-670, 2008.
41. LILLIS, J. et al. Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity (Silver Spring)*, v. 18, n. 5, p. 971-6, 2010.
42. LINK, B. G. Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: an Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, v. 52, p. 96-112, 1987.
43. LINK, B. G. et al. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, v. 30, n. 3, p. 511-541, 2004.
44. LINK, B. G. et al. 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*, v. 38, n. June, p. 177-190, 1997.

45. LINK, B. G. et al. Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health*, v. 89, n. 9, p. 1328-1333, 1999.
46. LINK, B. G. et al. The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People with Mental Illness. *Psychiatric Services*, v. 52, n. 12, p. 1621-1626, 2001.
47. LINK, B. G.; MIROZNIK, J.; CULLEN, F. T. The Effectiveness of Stigma Coping Orientations: Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling be Avoided? *Journal of Health and Social Behavior*, v. 32, p. 302-320, 1991.
48. LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, v. 27, p. 363-385, 2001.
49. LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Labeling and Stigma. In: PUBLISHERS, A. P. *Handbook of Sociology of Mental Health*. New York, 1999. p. 481-494.
50. LIVINGSTON, J. D; BOYD, J. E. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, v. 71, n. 12, p. 2150-2161, 2010.
51. LUOMA, J. B. et al. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, v. 32, p. 1331-1346, 2007.
52. LUOMA, J. B. et al. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, v. 16, n. 2, p. 149-165, 2008.
53. LUOMA, J. B. et al. The development and psychometric properties of a new measure of perceived stigma toward substance users. *Substance Use Misuse*, v. 45, n. 1-2, p. 47-57, 2010.

54. LYSAKER, P. H. et al. Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, v. 45, n. 6, p. 911-919, 2008.
55. MALTA, M. et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 830-837, 2008.
56. MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.
57. MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. Supl I, p. 7-10, 2004.
58. MENÉNDEZ, E. L.; PARDO, R. B. D. Alcoholismo, otras adicciones y varias imposibilidades. In: MINAYO, M. C. D. S.; COIMBRA C. E. J. *Críticas e atuantes ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 567-586.
59. MOURA, Y. G.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. *Psicologia em Pesquisa*, v. 3, n. 01, p. 31-46, 2009.
60. NEUBERG, S. L.; SMITH, D. M.; ASHER, T. Why People Stigmatize: Toward a Biocultural Framework. In: HEATHERTON, T. F. *The Social Psychology of Stigma*. New York: The Guilford Press, 2003. p. 31-61.
61. NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Caderno de Saúde Pública*, v. 20, n. 1, p. 7-36, 2004.
62. NORONHA, A. P. P.; BAPTISTA, M. N. Relação entre metodologia e avaliação psicológica. In: BAPTISTA, M. N., CAMPOS, D. C. *Metodologias de pesquisa*

- em ciências: análises quantitativa e qualitativa.* Rio de Janeiro: LTC, 2007. p. 49-60.
63. OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.
 64. OMS. *Neurociências de consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2004.
 65. PALM, J. *Moral concerns – Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems*. Department of Criminology & Centre for Social Research on Alcohol and Drugs. University of Stockholm, Stockholm, 2006.
 66. PASQUALI, L. *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Petrópolis: Vozes, 2003.
 67. PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Community Perception of Mental Disorders: A Systematic Review of Latin American and Caribbean Studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 39, p. 955-961, 2004.
 68. RAO, D. et al. 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*, v. 18, n. 5, p. 585-595, 2009.
 69. REHM, J. et al. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, v. 98, p. 1209-1228, 2003.
 70. REHM, J.; MONTEIRO, M. G. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 23, n. 4, p. 289-296, 2008.

- Pública (OPS) = Pan American Journal of Public Health (PAHO)*, v. 18, n. 4/5, p. 241-248, 2005.
71. RITSHER, J. B. et al. Internalized stigma of mental illness (ISMI) scale: A multinational review (*in press*).
 72. RITSHER, J. B.; OTILINGAM, P. G.; GRAJALES, M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, v. 121, p. 31-49, 2003.
 73. RITSHER, J. B.; PHELAN, J. C. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, v. 129, p. 257– 265, 2004.
 74. RONZANI, T. M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.
 75. RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine*, v. 5, p. 1-5, 2009.
 76. ROOM, R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, v. 24, p. 143-155, 2005.
 77. ROOM, R. Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. *Addiction*, v. 101, Supl. I, p. 31-39, 2006.
 78. SARTES, L. M. A. *Propriedades Psicométricas da versão brasileira do Addiction Severity Index 6 (ASI 6): Uma abordagem pela Teoria de Resposta ao Item*. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

79. SARTORE, A. C.; GROSSI, S. A. A. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 42, n. 2, p. 227-232, 2008.
80. SAYLES, J. N. et al. Development and psychometric assessment of a multidimensional measure of internalized HIV stigma in a sample of HIV-positive adults. *AIDS and Behavior*, v. 12, n. 5, p. 748-758, 2008.
81. SILVA, E. A. et al. As drogas no âmbito familiar, sob a perspectiva do cinema. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 10, n. 1, p. 214-222, 2008.
82. SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, p. 251-261, 1998.
83. VERHAEGHE, M.; BRACKE, P.; BRUYNOOGHE, K. Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 54, n. 3, p. 206-218, 2008.
84. VOGEL, D. L.; WADE, N. G.; HAAKE, L. Measuring the Self-Stigma Associated With Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*, v. 53, n. 3, p. 325-337, 2006.
85. WATSON, A. C. et al. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, v. 33, n. 6, p. 1312-1318, 2007.
86. WHO. *WHO Expert Committee on problems related to alcohol consumption: second report*. Geneva: World Health Organization, 2007.

ANEXOS

ANEXO 01- Questionário

ID:

--	--

TEMPO INÍCIO:

--

TÉRMINO:

--

A) Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (M.I.N.I)

Ir diretamente ao(s) quadro(s) diagnóstico(s), assinalar não em cada um e passar ao módulo seguinte

A1 Nos últimos **12 MESES**, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...) ?

 Sim Não

1

A2 Durante os últimos 12 MESES:

a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?

 Sim Não

2

b Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado(a)?

 Sim Não

3

COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO

c Quando começava a beber, com freqüência bebia mais do que pretendia?

 Sim Não

4

d Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?

 Sim Não

5

e Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo, ou se recuperando dos efeitos do álcool ?

 Sim Não

6

f Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?

 Sim Não

7

g Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?

 Sim Não

8



HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A2 ?

 Sim Não

Dependência

Ir diretamente ao(s) quadro(s) diagnóstico(s), assinalar não em cada um e passar ao módulo seguinte

B. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

B1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 MESES , usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar " de cabeça feita / chapado"?	Sim	Não
-----------	--	-----	-----

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes: anfetaminas, "speed", ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, "coca", crack, pó, folha de coca.

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina.

Alucinogéneos: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, "pó de anjo", "cogumelos", ecstasy.

Solventes voláteis: "cola", éter.

Canabinóides: cannabis, "erva", maconha, "baseado", haxixe, THC.

Sedativos (sem receita médica): Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos.

Diversos: Anabolizantes, esteróides, "poppers". Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

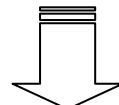
- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):

CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

B2	Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], durante os últimos 12 MESES :	
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito?	Sim Não 1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarréia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso(a), irritável ou deprimido(a)? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor?	Sim Não 2
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO		
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia?	Sim Não 3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	Sim Não 4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 HORAS tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?	Sim Não 5
f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s)?	Sim Não 6
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	Sim Não 7



HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTA "SIM" EM B2 ?	
ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____	Sim Não



ID:

B) Estigma Internalizado (ISMI)

Neste questionário, será usado o termo “dependente de substâncias”, 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 uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
2. Pessoas com dependência de substâncias tendem a ser violentas.	1	2	3	4
3. As pessoas te discriminam por você ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
4. Você evita se aproximar das pessoas que não tem dependência de substâncias para evitar rejeição.	1	2	3	4
5. Você fica envergonhado ou constrangido por ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
6. Pessoas com dependência de substâncias não deveriam se casar.	1	2	3	4
7. As pessoas com dependência de substâncias fazem importantes contribuições para a sociedade.	1	2	3	4
8. Você se sente inferior aos outros que não possuem dependência de substâncias.	1	2	3	4
9. Você não se socializa tanto quanto você costumava porque sua dependência de substâncias poderia te fazer parecer ou se comportar “estranho”.	1	2	3	4
10. Pessoas com dependência de substâncias 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 a sua dependência de substâncias.	1	2	3	4
12. Imagens negativas sobre a dependência de substâncias te mantém afastado do mundo “normal”.	1	2	3	4
13. Estar rodeado por pessoas que não tem uma dependência de substâncias 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 considerada dependente de substâncias.	1	2	3	4
15. As pessoas freqüentemente te tratam com condescendênci, ou te tratam como criança apenas porque você tem uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
16. Você está desapontado consigo mesmo por ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4

Proposições	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
17. Ter uma dependência de substâncias tem prejudicado sua vida.	1	2	3	4
18. As pessoas percebem que você tem uma dependência de substâncias pela sua aparência.	1	2	3	4
19. Por você ter uma dependência de substâncias 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 dependência de substâncias possivelmente não conseguiram te compreender.	1	2	3	4
22. As pessoas te ignoram ou não te levam a sério apenas porque você tem uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
23. Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
24. Viver com uma dependência de substâncias te tornou um forte sobrevivente.	1	2	3	4
25. Ninguém se interessaria em se aproximar de você porque você tem uma dependência de substâncias.	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 sua dependência de substâncias.	1	2	3	4
28. Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida por você ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
29. As imagens sobre os dependentes de substâncias se aplicam a você.	1	2	3	4

C) Escala de Auto-Estima de Rosenberg

Ouça 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

D) 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

E) Escala de Depressão - CES-D

Instruções: Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você a freqüência 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. Gênero <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino	2. Idade <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle; margin-right: 10px;" type="text"/> Anos	3. Estado Civil <input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. Casado(a)/Vive com companheiro(a) <input type="checkbox"/> 3. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4. Viúvo(a)
4. Profissão Qual? _____		5. Atualmente, você está trabalhando? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
6.1 Renda Familiar: <input type="checkbox"/> 1. Até um salário mínimo <input type="checkbox"/> 2. De 1 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> 3. De 3 a 6 salários mínimos <input type="checkbox"/> 4. De 6 a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> 5. Mais de 10 salários mínimos		7. Escolaridade: <input type="checkbox"/> 1. Analfabeto <input type="checkbox"/> 2. De 1º a 4º Série (Primário) Incompleto <input type="checkbox"/> 3. De 1º a 4º Série (Primário) Completo <input type="checkbox"/> 4. De 5º a 8º Série (Ginásio) Incompleto <input type="checkbox"/> 5. De 5º a 8º Série (Ginásio) Completo <input type="checkbox"/> 6. Ensino Médio (Colegial) Incompleto <input type="checkbox"/> 7. Ensino Médio (Colegial) Completo <input type="checkbox"/> 8. Nível Superior Incompleto <input type="checkbox"/> 9. Nível Superior Completo
6.2 Número de Pessoas que dependem da renda: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle; margin-right: 10px;" type="text"/> Pessoas		7.10 Quantos anos você permaneceu na escola? <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle; margin-right: 10px;" type="text"/> Anos
<input type="checkbox"/> Não soube responder		

F) Questionário Sócio-demográfico - Continuação

8. 1 Qual a sua religião ou culto?

8.2 Praticante:

1. Sim 2. Não

9. Você já se envolveu em alguma atividade ilícita em função do uso de álcool/droga?

1. Sim
 2. Não
 3. Não quis responder

10.1 Quantas vezes você deu entrada em algum serviço para o tratamento de dependência de álcool e drogas?

--	--

Vezes

10.2 Alguma dessas vezes você permaneceu internado?

1. Sim 2. Não

10.3 Tempo máximo

--	--

Dias

10.4 Tempo mínimo

--	--

Dias

11. Quais dos locais abaixo você recebeu tratamento de saúde relacionado ao uso de álcool e drogas? (caso seja necessário, marque mais de uma opção)

1. CAPS ad.
 2. Comunidade Terapêutica
 3. Clínica Particular Especializada
 4. Hospital Psiquiátrico
 5. UBS (Posto de Saúde)
 6. HPS
 7. Outros: _____

LEMBRE-SE DE ANOTAR O TEMPO DE TÉRMINO DA APLICAÇÃO

OBSERVAÇÕES:

ANEXO 02 – Autorização da autora da Escala ISMI

----- Original Message -----

Subject: Re: Portugheze Validation of Internalized Stigma of Mental Illness

Date: Wed, 10 Feb 2010 17:24:16 -0800

From: "Jennifer E. Boyd" <jennifer.boyd@ucsf.edu>

To: "telmo.ronzani@ufjf.edu.br" <telmo.ronzani@ufjf.edu.br>

Dear Dr. Ronzani,

Thank you for your interest in this work. I apologize for the delay in my responding, due to a medical issue in my family. There is already a Brazilian Portuguese version of the scale, so I request that you use that one as the basis for yours. I understand that you will have to modify it slightly for drug dependents. Also I have attached a substance abuse version that is in English. If possible, can you make yours comparable to that one? When you are finished with the validation, please send me a copy of your new scale. I am available for consultation if you have questions. Also I am planning to write a review paper about all the international versions and I would like to include your version.

Thank you and best regards,

Jennifer Boyd (formerly Ritsher)

At 07:05 AM 2/8/2010, you wrote:

Dear Doctor Ristsher,

I am Professor in Psychology Department form Federal University of Juiz de Fora, Brazil, and my group has a research project about social sitgma among drug users. I has the interest to validate your scale about self stigma to portugheze version and after use it in a longitudinal study with drug dependents. We have had the access of your paper "Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure", Psychiatry Research 121 (2003) 31-49. We wouuld like receive the authorization of your group to proceed the validation research. We are looking forward for your response.

Kind regards.

--

Prof. Dr. Telmo M. Ronzani

Chairman of Psychology Department

Colletive Health & Social Psychology Research Group- POPSS

Federal University of Juiz de Fora, Brazil

www.ufjf.br/popss [1]

Bolsista de Produtividade CNPq

ANEXO 03 – Aceite do Comitê de Ética de Pesquisa da 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 057/2010

Protocolo CEP-UFJF: 1998.057.2010 FR: 319506 CAAE: 0577.0.000.180-10

Projeto de Pesquisa: Estigma internalizado entre usuários de álcool e outras drogas em tratamento.

Área Temática: Grupo III.

Pesquisador Responsável: Telmo Mota Ronzani.

Pesquisadores Participantes: Ana Regina Noto, Pollyanna Santos da Silveira, Rhaisa Gontijo Soares, Henrique Pinto Gomide, Thais Medeiros Lopes e Fabricia Creton Nery.

Instituição: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD da Prefeitura de Juiz de Fora.

Sumário/comentários do protocolo:

- Justificativa(s): Trata-se de temática relevante para o avanço científico sobre a magnitude dos efeitos do estigma internalizado entre os dependentes de substâncias, na realidade brasileira.
- Objetivo(s): O objetivo geral é avaliar a relação entre estigma internalizado e características psicossociais dos dependentes de substâncias ao procurarem tratamento para esta condição. Os objetivos apresentados estão compatíveis com a proposta do projeto.
- Metodologia: Serão avaliados 290 indivíduos em tratamento, em nível ambulatorial, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da Prefeitura de Juiz de Fora. Os instrumentos de pesquisa utilizados entre os participantes, com idade acima de 18 anos, serão compostos por questionários estruturados validados para a população brasileira, aplicados por meio de entrevista. A pesquisa é do tipo exploratória, transversal de metodologia quantitativa e sustenta a realização do projeto.
- Revisão e referências: As referências sustentam o todo projeto de pesquisa.
- Lista de centros participantes no Brasil: Um.
- Países participantes: Um.
- Orçamento: O orçamento está adequado para o desenvolvimento da pesquisa.
- Cronograma: Está coerente para o desenvolvimento da pesquisa.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE: Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, descreve os procedimentos, explica os riscos e informa o sujeito da pesquisa como fazer contato com o pesquisador. E, segue a Res. 196/96 CNS.
- Qualificação do pesquisador: O pesquisador responsável apresenta experiência para o pleno desenvolvimento da pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.

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, 20 de maio de 2010

Jelangaté

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

RECEBI

DATA: ____ / ____ / 2010

ASS: _____

ANEXO 04 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



PÓLO DE PESQUISA EM PSICOLOGIA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TELMO MOTA RONZANI
 RUA JOHANN STRAUSS, 120. COND. SÃO LUCAS - CEP: 36036-647, SÃO PEDRO - Telefone: (32) 8844.2252
POLYANNA SANTOS DA SILVEIRA
 RUA DOM SILVÉRIO, 205/301 – ALTO DOS PASSOS – JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS
 CEP: 36100-00 – Telefone: (32) 8845-6809 E-MAIL: pollyannapsi@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Estigma internalizado entre usuários de álcool e drogas em tratamento”. Estão sendo selecionados todos os indivíduos que deram entrada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) no mês atual 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 avaliar a auto-percepção e crenças de indivíduos que buscam tratamento para problemas relacionados ao uso de substâncias, contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento do conhecimento em relação ao auto-estigma. A sua participação na pesquisa consistirá em uma entrevista estruturada com duração aproximada de 40 minutos. Os benefícios relacionados com a sua participação são para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico. Essa participação também não consta qualquer resarcimento 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 “Estigma internalizado entre usuários de álcool e drogas em tratamento”, 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 2011.

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

Nome	Assinatura pesquisador	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 05 - Resultados dos Estágios 1 e 2 do processo de tradução e adaptação cultural da Escala ISMI adaptada para dependentes de substâncias.

Item	ISMI Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese das traduções
1	I feel out of place in the world because I have a mental illness.	Eu me sinto excluído do mundo por ter uma doença mental.	Eu me sinto deslocado no mundo porque tenho uma doença mental.	Eu me sinto excluído do mundo por ter uma doença mental.
2	Mentally ill people tend to be violent.	Pessoas com doença mental tendem a ser mais violentas.	Os doentes mentais tendem a ser violentos.	Pessoas com doença mental tendem a ser violentas.
3	People discriminate against me because I have a mental illness.	As pessoas me discriminam por eu ter uma doença mental.	As pessoas têm discriminação contra mim porque eu tenho uma doença mental.	As pessoas me discriminam por eu ter uma doença mental.
4	I avoid getting close to people who don't have a mental illness to avoid rejection.	Eu evito chegar próximo a pessoas que não tenham problema mental para não sofrer rejeição.	Eu evito de me aproximar das pessoas que não têm doença mental para evitar rejeição.	Eu evito me aproximar das pessoas que não tem doença mental para evitar rejeição.
5	I am embarrassed or ashamed that I have a mental illness.	Eu fico sem jeito ou envergonhado de ter uma doença mental.	Eu fico envergonhado ou constrangido porque tenho uma doença mental.	Eu fico envergonhado ou constrangido por ter uma doença mental.
6	Mentally ill people shouldn't get married.	Pessoas com doenças mentais não deveriam casar.	Os doentes mentais não deveriam se casar.	Pessoas com doença mental não deveriam se casar.
7	People with mental illness make important contributions to society.	Pessoas com doenças mentais trazem grandes contribuições para a sociedade.	As pessoas com doença mental fazem importantes contribuições para a sociedade.	As pessoas com doença mental fazem importantes contribuições para a sociedade.
8	I feel inferior to others who don't have a mental illness.	Eu me sinto inferior aos outros que não possuem uma doença mental.	Eu me sinto inferior em relação aos outros que não têm doença mental.	Eu me sinto inferior aos outros que não possuem uma doença mental.
9	I don't socialize as much as I used to because my mental illness might make me look or behave "weird."	Eu não me envolvo socialmente tanto como deveria por achar que minha doença mental talvez pela forma diferente de me portar, possa parecer esquisita aos olhos dos outros.	Eu não me socializo tanto quanto eu costumava porque minha doença mental poderia me fazer parecer ou me comportar "estranho".	Eu não me socializo tanto quanto eu costumava porque minha doença mental poderia me fazer parecer ou me comportar "estranho".
10	People with mental illness cannot live a good, rewarding life.	Pessoas com doenças mentais não vivem uma vida feliz, uma vida de satisfação.	As pessoas com doença mental não podem viver uma vida boa.	Pessoas com doença mental não podem viver uma vida boa, uma vida gratificante.

ANEXO 05 - Resultados dos Estágios 1 e 2 do processo de tradução e adaptação cultural da Escala ISMI adaptada para dependentes de substâncias.

Item	ISMI Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese das traduções
11	I don't talk about myself much because I don't want to burden others with my mental illness.	Eu não converso muito sobre mim mesmo para não incomodar as outras pessoas com a minha doença mental.	Eu não falo muito sobre mim mesmo porque eu não quero aborrecer os outros com a minha doença mental.	Eu não falo muito sobre mim mesmo porque eu não quero incomodar os outros com a minha doença mental.
12	Negative stereotypes about mental illness keep me isolated from the "normal" world.	Estereótipos negativos de doenças mentais me mantém afastado do "mundo normal".	Estereótipos negativos sobre a doença mental me mantém isolado do mundo "normal".	Estereótipos negativos sobre a doença mental me mantém afastado do mundo "normal".
13	Being around people who don't have a mental illness makes me feel out of place or inadequate.	Quando eu estou perto de pessoas que não tem problema mental, me sinto errado ou como se estivesse no lugar errado.	Estar ao redor das pessoas que não têm uma doença mental me faz sentir deslocado ou inadequado.	Estar rodeado por pessoas que não tem uma doença mental me faz sentir deslocado ou inadequado.
14	I feel comfortable being seen in public with an obviously mentally ill person.	Eu me sinto bem sendo visto em público com uma pessoa com problemas mentais aparentes.	Eu me sinto confortável sendo observado em público como uma pessoa mentalmente doente.	Eu me sinto confortável sendo observado em público como uma pessoa mentalmente doente.
15	People often patronize me, or treat me like a child, just because I have a mental illness.	As pessoas me vêem como inferior ou me tratam como criança, só porque eu tenho uma doença mental.	As pessoas freqüentemente me tratam com condescendência, ou me tratam como criança apenas porque eu tenho uma doença mental.	As pessoas freqüentemente me tratam com condescendência (aprovação), ou me tratam como criança apenas porque eu tenho uma doença mental.
16	I am disappointed in myself for having a mental illness.	Eu estou desapontado comigo mesmo por ter uma doença mental.	Eu sou desapontado comigo mesmo por ter uma doença mental.	Eu estou desapontado comigo mesmo por ter uma doença mental.
17	Having a mental illness has spoiled my life.	Ter uma doença mental destruiu minha vida.	Ter uma doença mental tem atrapalhado minha vida.	Ter uma doença mental tem prejudicado minha vida.
18	People can tell that I have a mental illness by the way I look.	As pessoas podem mostrar a doença mental da forma como eu vejo.	As pessoas podem dizer que eu tenho uma doença mental pelo modo como eu olho.	Pelo que eu percebo, as pessoas podem ver que eu tenho uma doença mental.

ANEXO 05 - Resultados dos Estágios 1 e 2 do processo de tradução e adaptação cultural da Escala ISMI adaptada para dependentes de substâncias.

Item	ISMI Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese das traduções
19	Because I have a mental illness, I need others to make most decisions for me.	Por razão da minha doença mental os outros tem de tomar a maioria das decisões por mim.	Porque eu tenho uma doença mental, eu preciso que os outros tomem a maioria das decisões por mim.	Por eu ter uma doença mental eu preciso que os outros tomem a maioria das decisões por mim.
20	I stay away from social situations in order to protect my family or friends from embarrassment.	Eu evito ambientes sociais para poupar minha família e amigos da vergonha que isso possa trazer.	Eu me afasto das situações sociais no sentido de proteger minha família ou amigos do constrangimento.	Eu evito situações sociais para proteger minha família ou amigos do constrangimento.
21	People without mental illness could not possibly understand me.	Pessoas sem alguma doença mental provavelmente não conseguiram me compreender.	As pessoas sem doença mental possivelmente não poderiam me entender.	Pessoas sem doença mental provavelmente não conseguiram me compreender.
22	People ignore me or take me less seriously just because I have a mental illness.	As pessoas me ignoram ou não me levam a serio somente porque eu tenho uma doença mental.	As pessoas me ignoram ou não me levam a sério apenas porque tenho uma doença mental.	As pessoas me ignoram ou não me levam a sério apenas porque tenho uma doença mental.
23	I can't contribute anything to society because I have a mental illness.	Eu não posso trazer nenhuma contribuição para a sociedade por ter uma doença mental.	Eu não posso contribuir com nada para a sociedade porque eu tenho uma doença mental.	Eu não posso contribuir com nada para a sociedade por eu ter uma doença mental.
24	Living with mental illness has made me a tough survivor.	Viver com uma doença mental fez com eu me sentisse um fervoroso sobrevivente.	Viver com uma doença mental tem me feito um forte sobrevivente.	Viver com uma doença mental fez com que eu me sentisse um forte sobrevivente.
25	Nobody would be interested in getting close to me because I have a mental illness.	Ninguém se aproximaria de mim por eu ter uma doença mental.	Ninguém se interessaria em se aproximar de mim porque eu tenho uma doença mental.	Ninguém se interessaria em se aproximar de mim porque eu tenho uma doença mental.
26	In general, I am able to live my life the way I want to.	Geralmente, eu me sinto apto a viver a vida como eu quero vive-la.	No geral, eu sou capaz de viver uma vida como eu quero.	Geralmente, eu sou capaz de viver uma vida como eu quero.
27	I can have a good, fulfilling life, despite my mental illness.	Eu posso ter uma vida feliz, realizada, mesmo com minha doença mental.	Eu posso ter uma vida boa, plena, apesar de minha doença mental.	Eu posso ter uma vida boa, plena, apesar de minha doença mental.
28	Others think that I can't achieve much in life because I have a mental illness.	Outros pensam que não posso atingir muito na vida por ter uma doença mental.	Os outros pensam que eu não posso obter muitos resultados na vida porque tenho uma doença mental.	Os outros pensam que não posso alcançar muito na vida por eu ter uma doença mental.

ANEXO 05 - Resultados dos Estágios 1 e 2 do processo de tradução e adaptação cultural da Escala ISMI adaptada para dependentes de substâncias.

Item	ISMI Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese das traduções
29	Stereotypes about the mentally ill apply to me.	Estereótipos da doença mental se aplicam a mim.	Os estereótipos sobre os doentes mentais se aplicam a mim.	Os estereótipos sobre os doentes mentais se aplicam a mim.

ANEXO 06 – Resultados dos Estágios 3 e 4 do processo de tradução e adaptação cultural da Escala ISMI adaptada para a dependentes de substâncias.

Item	ISMI original	Síntese da tradução	Retrotradução	Adaptação para dependência de substâncias
1	I feel out of place in the world because I have a mental illness.	Eu me sinto fora de lugar no mundo por ter uma doença mental.	I feel dislocated from the world for having a mental illness.	Eu me sinto fora de lugar no mundo por ter uma dependência de substâncias.
2	Mentally ill people tend to be violent.	Pessoas com doença mental tendem a ser violentas.	People with mental illness tend to be violent.	Pessoas com dependência de substâncias tendem a ser violentas.
3	People discriminate against me because I have a mental illness.	As pessoas me discriminam por eu ter uma doença mental.	People discriminate me because I have a mental illness.	As pessoas me discriminam por eu ter uma dependência de substâncias.
4	I avoid getting close to people who don't have a mental illness to avoid rejection.	Eu evito me aproximar das pessoas que não tem doença mental para evitar rejeição.	I avoid being close to people who do not have a mental illness to avoid rejection.	Eu evito me aproximar das pessoas que não tem dependência de substâncias para evitar rejeição.
5	I am embarrassed or ashamed that I have a mental illness.	Eu fico envergonhado ou constrangido por ter uma doença mental.	I am embarrassed or ashamed for having a mental illness.	Eu fico envergonhado ou constrangido por ter uma dependência de substâncias.
6	Mentally ill people shouldn't get married.	Pessoas com doença mental não deveriam se casar.	People with a mental illness should not get married.	Pessoas com dependência de substâncias não deveriam se casar.
7	People with mental illness make important contributions to society.	As pessoas com doença mental fazem importantes contribuições para a sociedade.	People with mental illness make important contribution to society.	As pessoas com dependência de substâncias fazem importantes contribuições para a sociedade.
8	I feel inferior to others who don't have a mental illness.	Eu me sinto inferior aos outros que não possuem uma doença mental.	I feel inferior to others who don't have a mental illness.	Eu me sinto inferior aos outros que não possuem dependência de substâncias.
9	I don't socialize as much as I used to because my mental illness might make me look or behave "weird."	Eu não me socializo tanto quanto eu costumava porque minha doença mental poderia me fazer parecer ou me comportar "estranho".	I do not socialize as much as I used to do because my mental illness could make me seem or behave "strange".	Eu não me socializo tanto quanto eu costumava porque minha dependência de substâncias poderia me fazer parecer ou me comportar "estranho".
10	People with mental illness cannot live a good, rewarding life.	Pessoas com doença mental não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória.	People with mental illness can not live a good life, a satisfactory life.	Pessoas com dependência de substâncias não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória.

ANEXO 06 – Resultados dos Estágios 3 e 4 do processo de tradução e adaptação cultural da Escala ISMI adaptada para a dependentes de substâncias.

Item	ISMI original	Síntese da tradução	Retrotradução	Adaptação para dependência de substâncias
11	I don't talk about myself much because I don't want to burden others with my mental illness.	Eu não falo muito sobre mim mesmo porque eu não quero incomodar os outros com a minha doença mental.	I do not talk much about myself because I do not want to bother the others with my mental illness.	Eu não falo muito sobre mim mesmo porque eu não quero incomodar os outros com a minha dependência de substâncias.
12	Negative stereotypes about mental illness keep me isolated from the "normal" world.	Estereótipos negativos sobre a doença mental me mantém afastado do mundo "normal".	Negative stereotypes of mental illness keep me away from the "normal" world.	Estereótipos negativos sobre a dependência de substâncias me mantém 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 uma doença mental me faz sentir fora de lugar ou inadequado.	Being surrounded by people Who do not have a mental illness makes me feel dislocated or improper (or unfitting).	Estar rodeado por pessoas que não tem uma dependência de substâncias me faz sentir fora de lugar ou inadequado.
14	I feel comfortable being seen in public with an obviously mentally ill person.	Eu me sinto à vontade quando estou em público na companhia de uma pessoa considerada mentalmente doente.	I feel myself comfortable when I am in public in the company of a person who is considered mentally ill.	Eu me sinto à vontade quando estou em público na companhia de uma pessoa considerada dependente de substâncias.
15	People often patronize me, or treat me like a child, just because I have a mental illness.	As pessoas freqüentemente me tratam com condescendência, ou me tratam como criança apenas porque eu tenho uma doença mental.	People often treat me with disapproving, or treat me as a child only because I have a mental illness.	As pessoas freqüentemente me tratam com condescendência, ou me tratam como criança apenas porque eu tenho uma dependência de substâncias.
16	I am disappointed in myself for having a mental illness.	Eu estou desapontado comigo mesmo por ter uma doença mental.	I am disappointed with myself for having a mental illness.	Eu estou desapontado comigo mesmo por ter uma dependência de substâncias.
17	Having a mental illness has spoiled my life.	Ter uma doença mental tem prejudicado minha vida.	Having a mental illness has damaged my life.	Ter uma dependência de substâncias tem prejudicado minha vida.
18	People can tell that I have a mental illness by the way I look.	As pessoas percebem que eu tenho uma doença mental pela minha aparência.	People notice that I have a mental illness due to my appearance.	As pessoas percebem que eu tenho uma dependência de substâncias pela minha aparência.

ANEXO 06 – Resultados dos Estágios 3 e 4 do processo de tradução e adaptação cultural da Escala ISMI adaptada para a dependentes de substâncias.

Item	ISMI original	Síntese da tradução	Retrotradução	Adaptação para dependência de substâncias
19	Because I have a mental illness, I need others to make most decisions for me.	Por eu ter uma doença mental eu preciso que os outros tomem a maioria das decisões por mim.	Carrying off (or being a carrier of) a mental illness, I need that other people make most of decisions for me.	Por eu ter uma dependência de substâncias eu preciso que os outros tomem a maioria das decisões por mim.
20	I stay away from social situations in order to protect my family or friends from embarrassment.	Eu evito situações sociais para proteger minha família ou amigos do constrangimento.	I avoid social situations to protect my family or friends from embarrassment.	Eu evito situações sociais para proteger minha família ou amigos do constrangimento.
21	People without mental illness could not possibly understand me.	Pessoas sem doença mental possivelmente não conseguiram me compreender.	People without mental illness could not possibly understand me.	Pessoas sem dependência de substâncias possivelmente não conseguiram me compreender.
22	People ignore me or take me less seriously just because I have a mental illness.	As pessoas me ignoram ou não me levam a sério apenas porque tenho uma doença mental.	People ignore me or do not take me seriously only because I have a mental illness.	As pessoas me ignoram ou não me levam a sério apenas porque tenho uma dependência de substâncias.
23	I can't contribute anything to society because I have a mental illness.	Eu não posso contribuir com nada para a sociedade por eu ter uma doença mental.	I can not contribute with anything to the society because I have a mental illness.	Eu não posso contribuir com nada para a sociedade por eu ter uma dependência de substâncias.
24	Living with mental illness has made me a tough survivor.	Viver com uma doença mental me tornou um forte sobrevivente.	Living with mental illness has made me a strong survivor.	Viver com uma dependência de substâncias me 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 mim porque eu tenho uma doença mental.	Nobody would be interested in being close to me because I have a mental illness.	Ninguém se interessaria em se aproximar de mim porque eu tenho uma dependência de substâncias.
26	In general, I am able to live my life the way I want to.	Geralmente, eu sou capaz de viver uma vida como eu quero.	In general, I am able to live a life as I want to.	Geralmente, eu sou capaz de viver uma vida como eu quero.
27	I can have a good, fulfilling life, despite my mental illness.	Eu posso ter uma vida boa, plena, apesar de minha doença mental.	I can have a good life, a full life, despite of my mental illness.	Eu posso ter uma vida boa, plena, apesar de minha dependência de substâncias.
28	Others think that I can't achieve much in life because I have a mental illness.	Os outros pensam que não posso alcançar muito na vida por eu ter uma doença mental.	The others think I can not achieve much in life because I have a mental illness.	Os outros pensam que não posso alcançar muito na vida por eu ter uma dependência de substâncias.

ANEXO 06 – Resultados dos Estágios 3 e 4 do processo de tradução e adaptação cultural da Escala ISMI adaptada para a dependentes de substâncias.

Item	ISMI original	Síntese da tradução	Retrotradução	Adaptação para dependência de substâncias
29	Stereotypes about the mentally ill apply to me.	Os estereótipos sobre os doentes mentais se aplicam a mim.	The stereotypes about the mental patients apply to me.	Os estereótipos sobre os dependentes de substâncias se aplicam a mim.