

SÍLVIA RODRIGUES DUARTE

# O ESTIGMA PERCEBIDO EM INDIVÍDUOS COM ESQUIZOFRENIA

Validação da Perceived Devaluation and  
Discrimination Scale (PDD)



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia  
Clínica**

**Ramo Terapias Cognitivo-Comportamentais**

**COIMBRA, 2018**



O Estigma Percebido em Indivíduos com Esquizofrenia: Validação da  
Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD)

SÍLVIA RODRIGUES DUARTE

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de

Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, Professora Coordenadora, IPL

Coimbra, janeiro de 2018

## **Agradecimentos**

Mais uma etapa concluída neste meu percurso acadêmico imensamente enriquecedor e gratificante e, por isso, torna-se importante para mim agradecer a todos aqueles que me apoiaram e deram força para prosseguir o meu caminho.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha querida Avó por toda a força e apoio incondicional que me deu desde que iniciei o meu curso. Todo o carinho e afeto que me abraçou e confortou nos momentos menos bons. Por toda a energia positiva que me transmitiu para enfrentar os desafios e não me deixar desistir. Muito obrigada Avó por estares sempre do meu lado e acreditares em mim!

Quero agradecer à minha irmã pelo seu apoio incondicional e por toda a ajuda que me prestou quando mais precisei. Obrigada por todo o carinho demonstrado.

Aos meus pais e ao meu avô muito obrigado pelo apoio prestado.

À minha estrelinha por me guiar todos os dias e me encher de coragem para enfrentar os desafios.

À minha orientadora, professora Maria dos Anjos Dixe, pela orientação prestada, pela disponibilidade, incentivo e apoio demonstrado.

Não podia deixar de agradecer ao Mestre Luís Simões, por me ter apoiado neste tema que floresceu na licenciatura. O seu auxílio, dedicação e eficiência foram fundamentais para o início de grandes progressos. Muito Obrigada!

Ao Dr. Bruce Link, pela sua permissão a fim de validar o seu instrumento de avaliação para a população portuguesa. O seu contato não seria possível sem o apoio imprescindível do Dr. Francis Cullen e da American Sociological Association, agradeço a vossa disponibilidade e prontidão em ajudar-me.

Agradeço aos tradutores bilingues, à Enfermeira Tânia Botas, Dr.<sup>a</sup> Cláudia Martinez e Dr.<sup>a</sup> Vanessa Vieira, pela presteza e eficiência mas também pela amizade. Ao enfermeiro Nuno Urbano pela colaboração, disponibilidade e desempenho.

A todas as instituições e a todos os participantes agradeço a vossa atenção, disponibilidade e prontidão em cooperar. Sem a vossa colaboração este trabalho não seria possível! Grata por também adquirir novas aprendizagens e a compreender melhor a experiência de uma doença mental.

Obrigada a todos os meus amigos e colegas do mestrado por todo o carinho, apoio e força demonstrada.

*“Seja a mudança que você quer ver no mundo.” – Mahatma Gandhi*

## Resumo

**Introdução:** O estigma continua a ser visto como uma barreira para a recuperação dos indivíduos com esquizofrenia. Além do caos pessoal e social que a própria doença acarreta, também terão que aprender a lidar com a marginalização da sociedade.

**Objetivos:** Este estudo tem como principal objetivo validar a *Perceived Devaluation and Discrimination Scale* (PDD) para a população portuguesa, numa amostra de indivíduos com esquizofrenia.

**Método:** A amostra é constituída por 78 indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, recrutados em contexto comunitário. Dos inquiridos, 61 são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos que preencheram o instrumento PDD (versão portuguesa) e os dados de caracterização sociodemográfica e clínica. Para a tradução, retrotradução foram seguidas as guidelines internacionais.

**Resultados:** Relativamente aos dados sociodemográficos podemos salientar que quanto ao estado civil maioritariamente são solteiros (83,3%), frequentaram o 1º Ciclo (25,6%) e maioritariamente são pensionistas (47,4%). Os inquiridos têm o diagnóstico de esquizofrenia em média há 17,3 anos e estiveram internados em média  $3,4 \pm 2,67$  vezes. O instrumento PDD (versão portuguesa) constituído por nove itens apresentou um alfa de Cronbach de 0,711 o que revela uma consistência interna razoável, organizando-se apenas num fator. 65,4% dos participantes apresentaram um valor de estigma percebido superior a 2,5 o que indica um nível elevado de estigma percebido. Os indivíduos que têm companheiro(a) apresentam em média um valor mais baixo de estigma percebido ( $U = 282,500$ ;  $p < 0,05$ ), no entanto não existem diferenças no estigma percebido consoante ter uma profissão, com a idade, com o tempo de diagnóstico e com o número de internamentos.

**Conclusão:** A versão portuguesa da PDD é fiável e útil para avaliar o estigma percebido, sendo importante fortalecer as relações afetivas que são tidas como o suporte para a diminuição do estigma percebido.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia, Estigma Percebido, Perceived Devaluation and Discrimination Scale

## Abstract

**Introduction:** The stigma remains to be seen as a barrier to a recovery of individuals with schizophrenia. In addition the personal and social chaos that the disease itself entails, they will also have to learn to deal with the marginalization of society.

**Aims:** This study has as main objective to validate the Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD) for the portuguese population, in a sample of individuals with schizophrenia.

**Method:** The sample consisted of 78 individuals diagnosed with schizophrenia, recruited in a community context. Of the respondents, 61 were male, aged between 19 and 65 years who completed the PDD (portuguese version) and sociodemographic and clinical characterization data. For translation, back-translation was followed the international guidelines.

**Results:** Concerning the sociodemographic data, we can point out that in the case of marital status they are single (83.3%), attended the 1st Cycle (25.6%) and most of them are pensioners (47.4%). Respondents were diagnosed for schizophrenia on average 17,3 years ago and were hospitalized on average  $3,4 \pm 2,67$  times. The nine-item PDD (portuguese version) instrument presented a Cronbach's alpha of 0,711 which reveals a reasonable internal consistency, organizing only one factor. 65,4% of the participants had a perceived stigma value higher than 2,5 which indicates a high level of perceived stigma. Individuals with a partner have on average a lower value of perceived stigma ( $U = 282,500$ ;  $p < 0,05$ ), however, there are no differences in perceived stigma depending on the profession, age, diagnosis time and the number of hospitalizations.

**Conclusion:** The Portuguese version of the PDD is reliable and useful to evaluate the perceived stigma, and it is important to strengthen the affective relationships that are considered as the support for the reduction of the perceived stigma.

**Keywords:** Schizophrenia, Perceived Stigma, Perceived Devaluation and Discrimination Scale

## Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introdução</b>  | <b>1</b>  |
| Conceptualização do estudo   | 1         |
| Objetivos  |           |
|  | 8         |
| <b>Materiais e Métodos</b>   | <b>8</b>  |
| Participantes  | 9         |
| Procedimentos  | 10        |
| Instrumentos   | 12        |
| Análise estatística  | 14        |
| <b>Resultados</b>  | <b>14</b> |
| Caraterização sociodemográfica profissional, familiar e clínica da amostra         | 15        |
| Caraterísticas psicométricas da Escala de Discriminação e Desvalorização Percebida | 15        |
| Número de indivíduos com estigma percebido superior ao ponto de corte              | 19        |
| Relação entre o estigma percebido e algumas variáveis                              | 19        |
| <b>Discussão</b>   | <b>21</b> |
| <b>Conclusão</b>   | <b>25</b> |
| <b>Referências Bibliográficas</b>  | <b>27</b> |

### Apêndices

Apêndice 1 - Pedido de autorização ao autor da versão original da *Perceived Devaluation and Discrimination Scale*

Apêndice 2 - Versão portuguesa da *Perceived Devaluation and Discrimination Scale*

Apêndice 3 - Pedido de colaboração solicitado a todas as entidades

Apêndice 4 - Consentimento informado, livre e esclarecido

Apêndice 5 - Questionário de caraterização Sociodemográfica, Familiar, Profissional e Clínica

### Anexos

Anexo 1 - Mini Exame do Estado Mental

Anexo 2 - Perceived Devaluation and Discrimination Scale

## **Índice de Tabelas**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Tabela 1:</b> Caraterísticas dos estudos desenvolvidos por Link (versão original) e Zambrano et al. (versão espanhola)  | <b>7</b>  |
| <b>Tabela 2:</b> Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna da Escala de Discriminação e Desvalorização Percebida (Alfa de Cronbach) | <b>17</b> |
| <b>Tabela 3:</b> Número de indivíduos com estigma percebido superior ao ponto de corte   | <b>19</b> |
| <b>Tabela 4:</b> Resultados da aplicação do Teste de U de Mann-Whitney   | <b>20</b> |
| <b>Tabela 5:</b> Resultados da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis ao estigma percebido consoante ter uma profissão/ocupação  | <b>20</b> |
| <b>Tabela 6:</b> Correlação de Spearman entre estigma percebido e os indicadores idade, anos de diagnóstico e número de internamentos                                    | <b>20</b> |

**Pessoa + Doença = Pessoa**

Manuel Franco



## Introdução

A esquizofrenia é uma perturbação psicótica que se define, essencialmente, pela perda do contato com a realidade, sendo capaz de transformar a vida do sujeito num caos pessoal e social (Mauritz e Meijel, 2009).

Ao longo dos anos, tanto psiquiatras como neurologistas procuraram definir o universo heterogéneo da esquizofrenia, contudo apenas dois teóricos se distinguiram com relevância ao definir a esquizofrenia, sendo eles Emil Kraepelin e Eugen Bleuler foram os principais impulsionadores do conceito (Elkis, 2012).

Kraepelin, em 1898, foi o primeiro psiquiatra europeu que definiu o termo esquizofrenia como uma *dementia praecox*, que etimologicamente significa demência precoce. O seu conceito descrevia uma “debilitação mental” (Davidson e Neale, 2003) que se deteriorava progressivamente e que surgia precocemente no indivíduo (Sadock e Sadock, 2007). O seu diagnóstico permitia distinguir diferentes tipos de manifestação tais como a hebefrenia, a catatonia e a paranoia (Beck, Rector, Stolar e Grant, 2010; Davidson e Neale, 2003).

Em contraste, Bleuler, em 1908, criou uma definição mais ampla com o intuito de definir “a essência do transtorno” (Davidson e Neale, 2003), designando-a por *esquizofrenia*. Recorrendo à etimologia, *schizo* significa dividir e *phrene* designa mente (Beck et al., 2010). Além disso, descreveu os sintomas “fundamentais” que envolviam a modificação a nível dos “quatro As: associações, afeto, autismo e ambivalência”; e os sintomas “acessórios” que, de acordo com Kraepelin, envolvem as alucinações e os delírios (Sadock e Sadock, 2007). E, por sua vez, mostrou que existia uma característica crucial no seu diagnóstico, definida pelo “afrouxamento de associações” (Beck et al., 2010) que caracterizava a perturbação do pensamento.

De acordo com os critérios de diagnóstico da Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA, 2013), o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, na sua última versão (DSM-5), em 2014, caracterizou a esquizofrenia pela presença de sintomas específicos como delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico e, ainda, sintomas negativos. Para validar o seu diagnóstico clínico, o indivíduo deve manifestar pelo menos dois dos sintomas específicos e durante pelo menos um mês os sintomas ativos devem manifestar-se, e os sintomas permanecerem durante pelo menos seis meses, prejudicando o nível do funcionamento interpessoal, académico ou ocupacional.

A esquizofrenia, frequentemente, desenvolve-se na adolescência ou no início da adultez, porém, em casos raros, também pode manifestar-se na infância (Lindenmayer e Khan, 2013). O início pode ser súbito ou agudo, surgindo e desenvolvendo o quadro psicótico num curto espaço de tempo, ou insidioso e lento, manifestando-se progressivamente através de sinais e sintomas ao longo dos anos (DSM-5, 2014).

O prognóstico depende essencialmente da evolução da perturbação e da resposta ao tratamento, incluindo outros aspetos relevantes, abordados ao longo do trabalho. Um bom prognóstico está relacionado com o facto de o início ser tardio e agudo, a sintomatologia negativa não ser proeminente, a função cognitiva, social e ocupacional pré-mórbidas não serem muito prejudicadas e, ainda, o tratamento da perturbação se efetuar logo após a sua manifestação. Adicionalmente, o apoio familiar e social também são fundamentais para a condução positiva de uma possível recuperação (Perkins e Lieberman, 2013; Sadock e Sadock, 2007).

Atualmente, o conceito de esquizofrenia sofreu algumas modificações, porém, as suas causas continuam a ser desconhecidas. Embora existam influências para o surgimento da perturbação, a sua etiologia continua a ser considerada multifatorial. Cada paciente difere entre si a nível do diagnóstico, evolução e patologia, e da forma como reage ao tratamento (Sadock e Sadock, 2007).

A nível da etiologia, foram vários os investigadores que tanto acordaram como discordaram entre si, em relação a diversos fatores que poderiam originar este distúrbio. Apesar de existir alguma oposição entre os teóricos, foram apontados como fatores principais os seguintes: fatores genéticos, complicações pré-natais e obstétricas, alterações neurodesenvolvimentais e fatores ambientais (Beck et al., 2010; Moriyama et al., 2012; Perkins e Lieberman, 2013; Sadock e Sadock, 2007).

A esquizofrenia tem uma prevalência de 0,7% (Beck et al., 2010) a 1% da população mundial (Davidson e Neale, 2003; Moriyama et al., 2012; Perkins e Lieberman, 2013; Sadock e Sadock, 2007). Quanto à incidência, estima-se que seja aproximadamente de 0,03% (Beck et al., 2010).

Tanto pode surgir em homens como em mulheres, no entanto, atinge maioritariamente o género masculino, e o seu desenvolvimento tende, também, a ser mais precoce do que nas mulheres (Beck et al., 2010; Sadock e Sadock, 2007). Existem estudos que também referem o facto de existir maior incidência em indivíduos que vivam no meio urbano que no meio não urbano (Beck et al., 2010; Perkins e Lieberman, 2013; Sadock e Sadock, 2007).

Quanto à taxa de mortalidade na esquizofrenia, esta é mais alta quando comparada com a população em geral, e a explicação para este facto é a morte prematura ou o suicídio (Perkins e Lieberman, 2013).

Além dos prejuízos psicológicos e funcionais que a doença acarreta, o indivíduo que tem esquizofrenia terá de saber lidar com a marginalização da sociedade (Ortiz e Lacaz, 2012). A esquizofrenia é considerada, face às doenças mentais, o alvo de maior carga de estereótipos e preconceitos (Villares, Assis e Bressan, 2012), o que, frequentemente, origina uma barreira para a sua recuperação (Kleim et al., 2008).

O estigma é, geralmente, associado a uma falta de conhecimento sobre a dita doença mental que gera uma atitude preconceituosa e se manifesta em discriminação (Link e Phelan, 2001). O estigma social é um conceito elaborado pela sociedade, definido como uma *marca* que desvaloriza a condição social dos indivíduos rotulados (Villares et al., 2012). Thornicroft, Rose, Kassam e Sartorius (2007) referem que o estigma envolve problemas de conhecimento (ignorância), atitudes preconceituosas e um comportamento discriminatório. Villares et al. (2012) reafirmam que a falta de informação e as concepções erradas promovem o estigma.

Brohan, Slade, Clement e Thornicroft (2010b) distinguem dois tipos de estigma: o estigma público e o estigma pessoal. O estigma público traduz-se no preconceito e na discriminação provocados pela sociedade contra a doença mental, enquanto o estigma pessoal envolve o estigma percebido, o estigma experimentado e o autoestigma. O estigma percebido remete-se ao pensamento do indivíduo face às crenças estereotipadas da sociedade; quando o indivíduo vivencia a discriminação trata-se do estigma experimentado; e, por fim, o autoestigma reflete-se na interiorização da estereotipagem.

Num estudo realizado por Yang, WonPat-Borja, Singla, Link e Philips (2012) sobre as estratégias para reduzir o estigma, os autores constataram que o contato entre a população geral e o doente mental pode diminuir o estigma (Corrigan, 2005) e que a psicose não tratada foi mais estigmatizada comparativamente à psicose tratada.

Estudos feitos em Portugal, desenvolvidos por Oliveira e Azevedo (2014) e João, Coelho, Ferreira, Castelo e Massano (2017) revelaram que existe um nível elevado de estigma social (público) perante a doença mental.

Harrison e Gill (2010) referem que os meios de comunicação, o público em geral e os profissionais de saúde são importantes para a redução do estigma. A resistência à procura de ajuda e ao tratamento pode provocar uma possível recaída conduzindo novamente ao internamento (Afonso, 2010). Porém, através da informação e da interação entre o doente, a família e os profissionais de saúde podem prevenir esse processo (Afonso, 2010).

Estudos feitos no Brasil (Loch et al.,2013), no sul da Suécia (Hansson, Jormfeldt, Svedberg e Svensson, 2013) e na Suíça (Christoph, Marion, Vladeta e Wulf, 2004), verificaram que, além do público em geral, os profissionais de saúde também estigmatizam os indivíduos com esquizofrenia. Schulze e Angermeyer (2003) realizaram uma investigação na Alemanha na qual demonstraram que, tanto para os pacientes com esquizofrenia como para a sua família, o contato com os profissionais de saúde era muito estigmatizante.

Oliveira (2015) analisou o estigma internalizado (autoestigma) numa amostra de utentes com heterogeneidade de diagnósticos psiquiátricos, acompanhados tanto em contextos hospitalares como comunitários, destacando a esquizofrenia como a perturbação mental que apresentou um maior nível de autoestigma comparativamente com outro tipo de patologia. Adicionalmente, o contexto social é prejudicado, tornando-se difícil para estes indivíduos estabelecerem ou manterem relações interpessoais, além disso, quando é associado aos indicadores sociodemográficos manifesta uma forte correlação com o isolamento social nestes indivíduos. Os resultados deste estudo sublinharam o facto de o autoestigma se correlacionar negativamente com a autoestima e a qualidade de vida desta população.

Além disso, também salienta um maior nível de autoestigma quando acompanhados num contexto hospitalar, em regime de internamento, comparativamente em ambientes comunitários, apesar de se evidenciar também um autoestigma elevado e ser considerado um contexto também estigmatizante para esta população (Oliveira, 2015).

O Japão foi o primeiro país que propôs a mudança do termo esquizofrenia para “Togo-Shitcho Sho”, uma síndrome de disfunção de integração que, promovida pela solicitação das famílias dos pacientes, contribuiu para a diminuição do estigma, a aceitação do diagnóstico pelos indivíduos e a sua reintegração social (Sato, 2006). Palm (2012) sugere o nome “Saliense Syndrome”, definido como uma perturbação que envolve o controlo do estímulo-reação, enquanto George e Klijn (2013) inspiram-se numa síndrome de suscetibilidade à psicose, nomeando a esquizofrenia de “Psychosis Susceptibility Syndrome”.

A psicoeducação é um procedimento indispensável como estratégia de intervenção, quer a nível individual, familiar ou social. Transmitir a informação acerca desta perturbação, de forma a reeducar a população em geral, torna-se imprescindível, com a finalidade de permitir uma nova visão face ao quadro clínico da esquizofrenia (George e Klijn, 2013; Palm, 2012).

Em Portugal, alguns autores desenvolveram programas que promovem a literacia em saúde mental de forma a combater o estigma. Oliveira, Carolino e Paiva (2012) elaboraram um Programa de Sensibilização em Saúde Mental Sem Estigma a uma população de estudantes, delineado por estratégias que permitiram promover o conhecimento e o contacto com quem

padece de doença mental, demonstrando resultados notórios que provocaram uma mudança positiva nas suas atitudes. Enquanto Sousa (2012) desenvolveu um Curso de Educação e Formação para a Vida Activa, com recurso ao sociodrama e ao *E-Learning*, direccionado a indivíduos com doença mental severa, o que por sua vez revelou uma eficácia na diminuição do autoestigma e uma melhoria nas estratégias de *coping*. Este tipo de abordagens educativas torna-se imprescindível para que a sociedade encare a doença mental numa perspetiva mais humanista e positiva e, assim, criar uma nova visão da esquizofrenia e quebrar o estigma associado.

Relativamente ao estigma percebido, Brakel e colaboradores (2006), citado em Brohan et al. (2010b), definem-no como as “pessoas com uma condição de saúde (potencialmente) estigmatizada são entrevistadas sobre o estigma e a discriminação que eles temem ou percebem estar presentes na comunidade ou sociedade” (p. 2). Resumidamente, o estigma percebido consiste na crença do indivíduo face ao conjunto de atitudes estereotipadas, feitas pela sociedade em relação ao grupo rotulado (Hanzawa et al., 2012).

LeBel (2008), citado em Brohan et al. (2010b), refere que o estigma percebido engloba duas situações que envolvem a maneira como o indivíduo pensa em relação a grande parte da população julgar o grupo estigmatizado, e ainda como a sociedade o encara se pertencer a um grupo estigmatizado.

O estigma percebido está associado a uma baixa autoestima, depressão e a uma baixa qualidade de vida (Staring, Gaag, Berge, Duivenvoorden e Mulder, 2009). Além disso, Autonell, Ballús-Creus e Busquets (2001) acrescentam que os níveis de ansiedade aumentam e que a nível social existe uma desadaptação.

Enquanto Kleim et al. (2008) verificaram que o estigma percebido, além de causar uma baixa autoeficácia, também influencia negativamente as estratégias de *coping*, estimulando o retraimento social e o sigilo do seu diagnóstico. Além disso, também se encontra correlacionado positivamente com a depressão e a sintomatologia positiva e negativa. Estes resultados foram consistentes com o estudo sobre o autoestigma feito por Leung (2013), afirmando que os indivíduos que desenvolveram de forma precoce uma psicose, além destes fatores o autoestigma está relacionado com o aumento dos efeitos colaterais da medicação antipsicótica, do estigma percebido e do estigma experienciado.

Um estudo realizado por Walh, citado em Ochoa et al. (2011), sobre a autopercepção do estigma demonstrou que mais de 80% dos casos receberam comentários pejorativos e foram julgados como menos competentes. Além disso, mais de 50% dos casos foram evitados pela sociedade e julgados negativamente.

Ochoa et al. (2011) elaboraram um guião com 11 temas sobre a autoperceção do estigma que, perante os seus resultados, extraíram um conjunto de fatores comuns, como a perda do papel social, o medo da rejeição, a culpabilização e o medo de ser perigoso. A perda do papel social reverte-se no facto da perda de amigos, relacionamentos amorosos, emprego e não ter a capacidade para estudar e ter filhos. Quanto ao medo da rejeição referem-se à discriminação feita pela sociedade através do evitamento e ao sigilo do seu diagnóstico. Relativamente à culpabilização, o indivíduo tende a condenar-se por ter esta doença mental, devido às causas da perturbação, e o facto de se sentir como uma carga para a família ou para quem vive com ele. O medo que as pessoas demonstram face à doença mental cria no sujeito o medo de ser perigoso, e também pela influência dos meios de comunicação que, por vezes, transmitem informação errada acerca da doença mental.

Biffu e Dachew (2014), numa amostra de 411 indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, submetidos ao tratamento em regime ambulatorio, na Etiópia, aplicaram a *Perceived Devaluation and Discrimination Scale* (PDD) onde demonstraram uma prevalência elevada de estigma percebido (83,5%), associado a fatores como o analfabetismo, a dificuldade na adesão ao tratamento antipsicótico e ao diagnóstico da doença com duração inferior a um ano.

Brohan, Elgie, Sartorius e Thornicroft (2010a) realizaram um estudo transversal desenvolvido em 14 países europeus que demonstraram um nível elevado de estigma percebido (69,4%), associado de forma significativa ao aumento do autoestigma. Enquanto Gerlinger et al. (2013), numa revisão sistemática de literatura que reuniu 54 estudos publicados entre 1994 e 2011, demonstrou uma prevalência de 64,5% de estigma percebido, ressaltando que as diferentes vertentes do estigma pessoal (estigma percebido, estigma experienciado e o autoestigma) incidem maioritariamente nos indivíduos com este tipo de diagnóstico.

Um estudo transversal desenvolvido em seis países da Europa (Krajewski, Burazeri e Brand, 2013), numa amostra de indivíduos com doença psiquiátrica, relatou que o nível de estigma percebido era elevado. Este resultado foi consistente com o estudo feito em Gana (Barke, Nyarko e Klecha, 2011), no entanto, ressaltou também o facto de existir uma correlação entre o estigma percebido e o indicador educacional demonstrando que quanto maior for o nível de escolaridade mais baixo é o nível de estigma percebido.

No entanto, Zelst, Nierop, Oorschot, Mylin-Germeys e Delespaul (2014) verificaram que os indivíduos, ao desenvolverem a sua autoestima e a sua capacidade de lidar com os sintomas, poderão melhorar a sua resiliência e enfrentarem de forma positiva o estigma social.

Contudo, a autopercepção também pode ser positiva, envolvida pela esperança de um futuro gratificante e a crença da sua competência e, assim, acreditarem numa mudança positiva para a sua vida. Estes dois aspetos tornam-se fundamentais para uma boa recuperação (Landeem, Seeman, Goering e Streiner, 2007).

Para avaliar o estigma percebido foi localizado a *Perceived Devaluation and Discrimination Scale* (PDD) construída por Link (1987), que teve como finalidade analisar a “teoria da rotulagem”.

Zambrano et al. (2016) adaptaram e validaram a PDD para a população espanhola, administrando uma versão composta por 22 itens, correspondendo aos 12 itens da PDD (o item 11 é subdividido em dois itens) e acrescentou a escala *Secrecy* constituída por nove itens (Link, Struening, Neese-todd, Asmussen e Phelan, 2002). Esta versão (22 itens, 12 da escala original mais 10 acrescentados pelo autor) avalia dois fatores: o primeiro fator avalia o estigma percebido (PDD) e o segundo fator o autoestigma (*Secrecy*). A amostra incluiu 130 indivíduos que preencheram os critérios de diagnóstico de esquizofrenia e ingressavam os Serviços de Reabilitação Comunitária do Parc Sanitari San Joan de Déu (Barcelona, Catalunha) e do Hospital Santiago Apóstol de Vitória (País Basco). O seu estudo revelou uma boa consistência interna que avaliada pelo alfa de Cronbach é de 0.868.

A Tabela 1 apresenta as principais características de ambos os estudos, tanto do estudo original desenvolvido por Link (1987), como a validação desta escala para a população espanhola, efetuada por Zambrano et al. (2016).

**Tabela 1.**

*Caraterísticas dos estudos desenvolvidos por Link (versão original) e Zambrano et al. (versão espanhola)*

| PDD                  | Instrumento de avaliação        | Diagnóstico               | Género %  |          | Idade        | Alfa de Cronbach | Validade de Construto |
|----------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------|----------|--------------|------------------|-----------------------|
|                      |                                 |                           | Masculino | Feminino |              |                  |                       |
| Versão Original      | PDD – 12 itens                  | Depressão e Esquizofrenia | 39,48     | 60,52    | 19 – 59 anos | $\alpha = 0,78$  | Não foi realizada     |
| Validação na Espanha | PDD – versão extensa – 22 itens | Esquizofrenia             | 73,5      | 26,5     | 18 – 65 anos | $\alpha = 0,87$  | Dois fatores: 0,40    |

Nota: % = frequência relativa

O estigma continua a ser um dos grandes obstáculos para o indivíduo com esquizofrenia poder alcançar o seu potencial e ter uma vida digna de ser vivida. Este estudo tem como objetivos: validar a *Perceived Devaluation and Discrimination Scale* para a população

portuguesa, relacionar o estigma percebido com as variáveis de caracterização sociodemográfica, profissional, familiar e clínica; e determinar o número de indivíduos com estigma percebido superior ao ponto de corte.

## **Materiais e Métodos**

Este estudo utiliza uma abordagem do tipo metodológico, na medida em que o principal objetivo é a validação de um instrumento de avaliação o que possibilitará o estabelecimento de confiabilidade e de fidedignidade do mesmo, para que os investigadores desta área de interesse o possam utilizar com toda a confiança (Carmo e Ferreira, 2008).

Quanto ao tamanho da amostra esta foi calculada de acordo com a equação  $N=5 \times K$ , no qual o N corresponde ao número mínimo de respostas válidas e o K indica o número total de variáveis que constituem o instrumento (Hill e Hill, 2005). Para este efeito, podemos concluir que a adaptação da PDD implica que o valor mínimo de N seja de 60 respostas válidas.

As principais características psicométricas para avaliar um instrumento são a fidelidade e a validade. A fidelidade traduz-se na consistência dos resultados do instrumento de avaliação, determinando assim a sua qualidade e adequação. É calculada através da consistência interna, avaliada pelo Alfa de Cronbach e o grau de homogeneidade existente entre os itens (Pais Ribeiro, 2010).

Quando a consistência interna é muito boa significa que o  $\alpha > 0.90$ ; uma boa consistência interna traduz-se num  $\alpha > 0.80$ ; uma consistência interna considerada razoável apresenta um  $\alpha$  entre 0.70 e 0.80; quando o  $\alpha$  apresenta valores entre 0.60 e 0.70 indica uma consistência interna fraca; e quando o  $\alpha < 0.60$  a consistência interna é inadmissível. No entanto, quando a escala é constituída por um número de itens baixo, o valor de alfa de Cronbach é aceitável se o  $\alpha$  for superior a 0.60 (Almeida e Freire, 2008; Pais Ribeiro, 2010; Pestana e Gageiro, 2008). Para avaliar a homogeneidade dos itens com o resultado global testámos o coeficiente de correlação de Pearson (r). Caso o resultado apresente um valor aproximado a 1 ou -1 indica a existência de uma forte correlação entre as variáveis (Fortin, 2009). Adicionalmente, o valor mínimo de correlação aceitável tem que ser superior a 0.20 (Almeida e Freire, 2008).

A validade do instrumento é definida como a propriedade de avaliar a qualidade e a adequação do instrumento com o intuito de medir aquilo a que se propõe medir, refletindo-se na interpretação dos resultados e considerando o objetivo do estudo. Os principais tipos de validade são: a validade de conteúdo, a validade de critério (validade preditiva e validade concorrente) e a validade de construto (Almeida e Freire, 2008).



A validade de critério é definida pela predição com que um instrumento de medição se correlaciona com outros instrumentos já administrados para o mesmo critério externo. Em virtude da validade concorrente esta é definida como o grau com que um instrumento se correlaciona com outro já administrado e válido, caso as pontuações de ambos demonstrem uma boa correlação significa que se evidencia a validade concorrente (Ameida e Freire, 2008).

Quando validamos um instrumento de avaliação significa que necessariamente calculamos a validade de construto, que consiste em averiguar se o instrumento que mede um conceito (construto) tem uma boa correlação com outros instrumentos que medem o mesmo conceito, denotando assim uma análise fatorial adequada. Através do método de extração de componentes principais com rotação *varimax* podemos explicar a variância comum entre os componentes identificados mas que não estão correlacionados entre si. Este método permite analisar quantos fatores avalia a escala e quais os itens associados (Ameida e Freire, 2008).

## **Participantes**

Para a seleção dos indivíduos para a realização do estudo foram definidos os seguintes critérios de inclusão: preencher o diagnóstico de esquizofrenia baseado no DSM-5, com uma evolução mínima de um ano; ter realizado um tratamento psiquiátrico e atualmente estar a realizar o tratamento em ambulatório; apresentar um quadro clínico estável durante a realização da nossa investigação; ter a capacidade de ler, compreender e responder com sucesso aos instrumentos de avaliação. Os inquiridos foram encaminhados pelos profissionais que integram as entidades, como o psiquiatra, psicólogo, enfermeiro ou assistente social, assegurando o preenchimento dos critérios de inclusão.

A amostra da investigação foi recrutada em contexto comunitário, no qual participaram 21 entidades, situadas nos distritos de Leiria (15), Coimbra (5) e Aveiro (1), que acompanham indivíduos com esquizofrenia que cumpram o regime de tratamento em ambulatório. A recolha de dados foi efetuada entre o mês de setembro e o mês de novembro de 2017.

Participaram no estudo 91 indivíduos, tendo sido excluídos 11 por apresentarem défice cognitivo (Mini Exame do Estado Mental) e dois porque desistiram do estudo, justificando-se pela falta de compreensão das questões impostas pela Escala de Desvalorização e Discriminação Percebida (EDDP), ficando a nossa amostra constituída por 78 indivíduos com idade compreendida entre os 19 e os 65 anos.

Face ao exposto a amostra caracteriza-se como não probabilística pois a seleção foi feita a partir de critérios de escolha intencional e a técnica de amostragem foi de conveniência, visto

que os indivíduos são selecionados porque estão mais facilmente disponíveis (Carmo e Ferreira, 2008).

## **Procedimentos**

Inicialmente solicitou-se um pedido de autorização (Apêndice 1) ao autor da versão original da *Perceived Devaluation and Discrimination Scale*. O seu parecer (Apêndice 1), transmitido via correio eletrónico, permitiu avançar para o desenvolvimento do processo de tradução e validação que se desenvolve em cinco etapas: tradução, retroversão, comité de revisão, reflexão falada e aplicação do instrumento (Hill e Hill, 2005).

A PDD foi traduzida para a língua portuguesa a partir de um processo que envolveu a tradução de inglês para português por dois tradutores bilingues, residentes no estrangeiro, especialistas na área da saúde mental, os quais conheceram os objetivos do estudo. Ambas as traduções foram analisadas e os seus conteúdos comparados por dois juízes, tendo sido produzida em português uma única versão de consenso, não tendo sido necessário recorrer a outros peritos em virtude de não haver discrepâncias. Posteriormente submeteu-se esta versão a uma retroversão para inglês da primeira versão em português sendo realizada por outros dois tradutores bilingues, residentes em Portugal. Nenhum dos tradutores teve acesso e conhecimento prévio da escala original. Após a retroversão, reunimos o comité de revisão que foi constituído por dois juízes na área da Saúde Mental, peritos na cultura da população alvo e nos construtos da escala (equivalência idiomática, conceptual e semântica), com o intuito de efetuarem uma análise pormenorizada da comparação entre a versão traduzida com a versão original. Como não foram encontradas discrepâncias, elaborou-se a versão portuguesa da PDD (Apêndice 2). Posteriormente averiguou-se que tanto o conteúdo como os itens estão perceptíveis para administrar o instrumento à população alvo (Hill e Hill, 2005).

A aplicação prévia da escala (versão portuguesa) a dez indivíduos para averiguar se existia alguma dificuldade ao nível da compreensão das questões foi realizada através do pré-teste e da reflexão falada. Denotou-se que perante uma escolaridade baixa ingressada pela maioria dos indivíduos, estes apresentavam mais dificuldade em compreender algumas das questões, principalmente na última: “a maioria dos jovens estaria relutante em namorar com alguém que tenha estado internado por doença mental severa”, pois surgiam muitas dúvidas quanto à palavra “relutante”. Porém, a alteração desta palavra específica constituía uma alteração profunda na tradução da escala original e por isso decidimos permanecê-la e, assim, a investigadora esclarecia o seu significado sempre que surgiam dúvidas.

Além disso, de forma a compreender a percepção dos indivíduos face ao estigma percebido e a fim de calcular a validade concorrente, colocou-se a seguinte questão: “Na sua opinião, numa escala de 0 a 10, como classifica o seu nível de estigma percebido em relação à percepção da discriminação e desvalorização da maioria das pessoas”, no qual o 0 correspondia a “nenhum estigma percebido” e o 10 correspondia a “estigma percebido muito elevado. Devido à incompreensão relativa ao “estigma percebido” optámos por alterar a questão para “Numa escala de 0 a 10, como classifica o nível de discriminação manifestado pela maioria das pessoas em relação a pessoas com doença mental?” o que revelou uma melhor percetibilidade.

Quando o participante anunciava que tinha terminado o preenchimento do instrumento, era-lhe solicitada a verificação de todas as questões para o caso de existir alguma ausência de resposta e questionávamos o seu eventual motivo. O tempo médio para o preenchimento dos instrumentos de avaliação foi, aproximadamente, entre 15 a 20 minutos. É de salientar o facto de existirem alguns casos no qual o tempo foi excedido devido às dificuldades apresentadas por alguns indivíduos, nisto, respeitando a individualidade, a investigadora prolongava o tempo de preenchimento.

Durante a realização do pré-teste e a reflexão falada abordámos outras características como a definição do formato da escala, a aparência visual, a compreensão das instruções e a compreensão dos itens, concluindo assim a apresentação da versão final do instrumento para a língua portuguesa.

Foi solicitada autorização (Apêndice 3) a todas as entidades que manifestaram interesse e disponibilidade em colaborar na presente investigação. Após o parecer positivo, transmitido via e-mail, aplicaram-se os instrumentos após o consentimento informado e esclarecido (Apêndice 4). Foi igualmente assegurada a participação voluntária e a confidencialidade dos dados recolhidos.

A declaração do consentimento informado e esclarecido permitiu-nos passar à fase seguinte relativa à administração dos instrumentos de avaliação aos sujeitos da amostra. Este procedimento realizou-se de acordo com o código deontológico dos psicólogos portugueses e da Declaração de Helsínquia. Os questionários foram entregues aos indivíduos, no espaço físico da organização, sendo a aplicação feita pela investigadora através de administração direta (Mini Exame do Estado Mental) e por autopreenchimento do utente (Escala de Discriminação e Desvalorização Percebida), supervisionada pela investigadora.

## **Instrumentos**

No que concerne à avaliação das variáveis deste estudo procedeu-se à administração dos seguintes instrumentos de avaliação: o Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Profissional, Familiar e Clínica, o Mini Exame do Estado Mental (MMSE) e a Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD – versão portuguesa).

### **Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Profissional, Familiar e Clínica**

O questionário de caracterização sociodemográfica, profissional, familiar e clínica (Apêndice 5) consiste em recolher os dados pessoais do participante. É constituído por 11 itens relativos ao género, idade, estado civil, com quem reside, se está envolvido num relacionamento amoroso, habilitações literárias, situação profissional, tempo (anos) de diagnóstico, número de internamentos, dificuldade na adesão terapêutica e acompanhamento do profissional de saúde.

### **Mini Exame do Estado Mental (MMSE)**

O Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo 1) foi elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975, citado em Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins, 2009), que permite uma avaliação global do funcionamento cognitivo do indivíduo.

Traduzido e validado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia (1994, citado em Morgado et al., 2009), tendo aplicado o MMSE para o rastreio de disfunção cognitiva, no qual atribuiu 15 pontos aos indivíduos analfabetos, 22 pontos aos que frequentaram 11 anos de escolaridade e 27 pontos aos indivíduos que possuem mais de 11 anos de habilitações literárias.

Entretanto, Morgado et al. (2009), sugeriram os seguintes valores normativos, atribuídos à população portuguesa: 22 pontos para habilitações literárias compreendidas entre 0 e 2 anos, 24 pontos para literacia entre 3 e 6 anos e 27 pontos para uma escolaridade igual ou superior a 7 anos.

É um instrumento de administração fácil e rápida (5 a 10 minutos) que contém 30 questões e está dividido em seis domínios. O primeiro é a Orientação que envolve a orientação temporal (cinco itens) e a orientação espacial (cinco itens); o segundo é designado por Retenção (um item); a Atenção e o Cálculo constituem o terceiro domínio (um item); o domínio da Evocação (um item); posteriormente, a Linguagem é constituída pela nomeação (dois itens), repetição (um item), compreensão verbal (três itens), compreensão da escrita (um item) e escrita espontânea (um item); e, por fim, o último domínio é classificado como Habilidade construtiva (um item) (Morgado et al., 2009).

A pontuação total do instrumento é de 30 pontos em que cada item é cotado por 0 ou 1 valor, isto significa que quanto maior for a pontuação, melhor o desempenho mental do indivíduo. O MMSE, avaliado pelo alfa de Cronbach, apresenta uma consistência moderada no valor de 0.46 (Morgado et al., 2009).

Este instrumento é utilizado no presente estudo com o objetivo de verificar se os indivíduos apresentam disfunção cognitiva o que, por sua vez, constitui um critério de exclusão.

### **Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD)**

Link (1987), construiu uma escala de medida para formular hipóteses que avaliassem a teoria da rotulagem. Assim, desenvolveu a *Perceived Devaluation and Discrimination Scale* (PDD) (Anexo 2) que consiste em avaliar a percepção da desvalorização e da discriminação sentida pelo indivíduo com doença mental em relação à população em geral.

É uma escala de autopreenchimento, composta por 12 itens que avaliam o estigma percebido, na medida em que o indivíduo acredita que a maioria das pessoas irá desvalorizar ou discriminar uma pessoa com diagnóstico psiquiátrico. Por exemplo, “a maioria das pessoas acredita que alguém que tenha estado internado por doença mental é perigoso”, “a maioria dos empregadores não contrataria uma pessoa que tenha estado internada por doença mental”.

As respostas correspondem a uma escala tipo Likert, cotada de 1 a 4, na qual o 1 corresponde a “discordo fortemente”, 2 a “discordo”, 3 a “concordo” e o 4 a “concordo fortemente” (Link et al., 2002). Para que a primeira opção de resposta fosse positiva, procedemos à seguinte alteração: o 1 corresponde a “concordo fortemente”, 2 a “concordo”, 3 a “discordo” e o 4 a “discordo fortemente”. A pontuação da escala calcula-se a partir do resultado da soma dos itens, dividindo por 12. Sendo que a cotação relativa aos itens 2, 5, 6, 9, 10 e 12 foi invertida de acordo com a pontuação de cada item neste estudo.

Se a pontuação obtida for superior ou igual ao score médio de 2,5 indica a presença de estigma percebido elevado, caso a pontuação seja inferior a 2,5 significa que apresenta um estigma percebido baixo (Biffu e Dachew, 2014).

A PDD na versão original apresenta uma boa consistência interna que, avaliada pelo alfa de Cronbach, de 0,78.

Este instrumento de avaliação tanto pode ser aplicado em indivíduos com doença mental como no público em geral. Está comprovado que, administrado em pessoas que nunca foram rotuladas com doença mental, não apresentam prejuízos a nível psicológico e social, ou seja, é um instrumento com bom poder discriminatório (Link, citado em Link, Yang, Phelan e Collins, 2004).

A utilização deste instrumento permite avaliar a percepção da desvalorização e discriminação sentida pelo indivíduo com doença mental em relação à população em geral.

### **Análise estatística**

A análise e o tratamento dos dados realizaram-se no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), onde pudemos averiguar a relação entre as variáveis do estudo, e assim, a partir dos resultados apresentar as nossas conclusões.

Os resultados obtidos foram demonstrados a partir do uso de tabelas recorrendo a uma análise descritiva como o cálculo de frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas), medidas de dispersão e de variabilidade (desvio padrão e o coeficiente de variação).

A avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Discriminação e Desvalorização Percebida (EDDP) foi analisada a partir da análise descritiva, correlações de Pearson e do Alfa de Cronbach (medida de fidelidade interna). Além disso também analisámos a validade de construto através da análise fatorial e a validade concorrente. Para avaliar as diferenças entre as variáveis utilizámos os testes não paramétricos Teste U de Mann Whitney e o Teste Kruskal-Wallis. Foram utilizados os testes não paramétricos em virtude das variáveis não apresentarem distribuição normal e o número de indivíduos em cada grupo não ser superior a 30 para se aplicar o teorema do limite Central.

## **Resultados**

De seguida apresentam-se os resultados da aplicação dos instrumentos de medida, tendo presente os objetivos definidos para o estudo.

### **a) Caraterização sociodemográfica profissional, familiar e clínica da amostra**

Este estudo revelou que dos 78 indivíduos que participaram do estudo, 61 (78,2%) são do sexo masculino (21,8% do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos ( $46,1 \pm 10,6$ ). Quanto ao estado civil a maioria é solteiro (83,3%), 10,3% divorciado, 5,1% casado e 1,3% viúvo. 41% dos inquiridos vive sozinho, 33,3% reside com os pais, 15,4% indicou viver com alguém do seu contexto social, 7,7% com a própria família e 2,6% com outro membro da família. Neste momento a maioria dos participantes refere que não tem

namorado/companheiro (80,8%), 55,2% diz que atualmente não tem namorado(a) há pelo menos  $10,4 \pm 9,7$  anos, enquanto 25,7% nunca teve namorado(a). Todavia, 19,2% refere que tem namorado(a) atualmente ( $8,2 \pm 10,5$  anos).

Relativamente às habilitações literárias 25,6% frequentou o 1º ciclo, 23% o 3º ciclo, 21,8% o nível secundário, 16,7% o 2º ciclo e 2,6% a licenciatura. Destaca-se ainda o facto de 47,4% ter como profissão “pensionista”, 23,1% encontrarem-se na “reforma”, 21,8% no desemprego e apenas 7,7% estarem profissionalmente ativos.

Quanto às características clínicas é de salientar que o tempo de diagnóstico varia entre 1 e 51 anos com uma média de  $17,3 \pm 11,2$ ). Foi utilizado a estatística do teste não paramétrico em virtude das variáveis não apresentarem uma distribuição normal e o n em todos os grupos serem inferiores a 30, não se podendo aplicar o teste do limite central. Quanto ao número de internamentos tem uma distribuição entre os 0 e os 12, com uma média de  $3,40 \pm 2,67$  internamentos. Metade da amostra (50%) é acompanhada por uma equipa de profissionais de saúde constituída, essencialmente, pelo psiquiatra e psicólogo, todavia, 47,4% refere que é acompanhada apenas pelo serviço de psiquiatria 2,6% apenas pelo serviço de psicologia. Quanto à adesão ao tratamento clínico é-nos salientado que 44,9% não apresentou nenhuma dificuldade, embora 29,5% expôs que sentiu alguma, 16,7% sentiu muita e 9% refere que sentiu pouca dificuldade.

## **b) Características psicométricas da Escala de Discriminação e Desvalorização Percebida**

A adaptação de um instrumento está subjacente ao processo metodológico da versão original do mesmo que implica uma equivalência nas características psicométricas (Fortin, 2009). A avaliação psicométrica da EDDP remeteu-se à determinação tanto da sua fidelidade como validade, processos necessários inerentes à validação do mesmo.

### **Fidelidade**

A fidelidade da EDDP foi calculada através da consistência interna, avaliada pelo Alfa de Cronbach, e da homogeneidade, determinada pelo valor dos coeficientes de correlação de Pearson corrigido.

Ao avaliarmos a fidelidade da escala inicial de 12 itens verificámos que três dos seus itens apresentavam valores inferiores a 0,20 de correlação de Pearson, valor de referência para  $n \geq a$

100 indivíduos. Tendo a amostra  $n < 100$  indivíduos optámos por os excluir e calcular a fidelidade com a escala constituída por nove itens.

Ao analisar a Tabela 2, verificámos que o alfa global é de 0,711 sendo que o item que apresenta um maior valor de  $\alpha$  é de 0,709 que corresponde à afirmação “a maioria das pessoas estaria disposta a casar com alguém que tenha estado internado num hospital psiquiátrico”, valor inferior ao alfa global. O facto de não existir nenhum item que apresente um valor superior ao alfa global e o valor de alfa ser superior a 0,7 permite-nos afirmar que a escala de 9 itens apresenta uma consistência interna razoável (Pestana e Gageiro, 2008).

Relativamente ao valor de  $r$  verificamos que todos os itens apresentam valores superiores a 0,260.

Analisando cada um dos itens e tendo presente se a pontuação obtida for superior ou igual ao valor de 2,5 indica a presença de estigma percebido elevado, verificámos que em apenas três dos 9 itens esse valor é inferior, sendo que está muito próximo do mesmo. Esses três itens correspondem às seguintes afirmações “a maioria das pessoas aceitaria uma pessoa que tenha estado num hospital psiquiátrico como um amigo próximo” (item 1), “a maioria dos empregadores contrataria uma pessoa que tenha estado internada por doença mental se ele ou ela fosse qualificada para o trabalho” (item 8) e “a maioria das pessoas na minha comunidade trataria uma pessoa que tenha estado internada por doença mental tal como tratariam outra pessoa” (item 11).

## **Tabela 2.**

*Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna da Escala de Discriminação e Desvalorização Percebida (Alfa de Cronbach)*

| Item  | Média | DP   | $r$ corrigido | $\alpha$ corrigido |
|---|-------|------|---------------|--------------------|
| 1. A maioria das pessoas aceitaria uma pessoa que tenha estado num hospital psiquiátrico como um amigo próximo. | 2,47  | ,879 | ,364          | ,692               |
| 5. A maioria dos empregadores não contrataria uma pessoa que tenha estado internada por doença mental.          | 2,74  | ,711 | ,625          | ,639               |



|   |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|
| 6. A maioria das pessoas deprecia uma pessoa após ele/ela ter estado internado por doença mental.   | 2,69 | ,726 | ,367 | ,689 |
| 7. A maioria das pessoas estaria disposta a casar com alguém que tenha estado internado num hospital psiquiátrico.  | 2,62 | ,743 | ,260 | ,709 |
| 8. A maioria dos empregadores contrataria uma pessoa que tenha estado internada por doença mental se ele ou ela fosse qualificada para o trabalho.  | 2,38 | ,649 | ,484 | ,669 |
| 9. A maioria das pessoas acredita que ser admitido num hospital psiquiátrico é sinal de falha pessoal.  | 2,53 | ,734 | ,397 | ,683 |
| 10. A maioria das pessoas não contrataria uma pessoa que tenha estado internada por doença mental severa para tomar conta das suas crianças, mesmo que ele ou ela tenha estado bem durante algum tempo. | 2,77 | ,701 | ,338 | ,694 |
| 11. A maioria das pessoas na minha comunidade trataria uma pessoa que tenha estado internada por doença mental tal como tratariam outra pessoa.   | 2,46 | ,678 | ,353 | ,691 |
| 12. A maioria dos jovens estaria relutante em namorar com alguém que tenha estado internado por doença mental severa.   | 2,76 | ,668 | ,309 | ,699 |
| Alfa de Cronbach  |      |      | ,711 |      |

Notas: DP = Desvio Padrão; r = coeficiente de correlação;  $\alpha$  = alfa de Cronbach.

Posteriormente analisámos a prevalência do nível de concordância e discordância nas respostas aos itens da EDDP de forma a averiguar a manifestação de desvalorização e/ou discriminação nos diferentes contextos pessoal, social e profissional, que podemos extrair das afirmações.

Ao analisar as respostas aos itens da EDDP podemos salientar que mais de metade dos inquiridos (69,3%) percebe que “a maioria dos empregadores não contrataria uma pessoa que tenha estado internada por doença mental” (item 5), com o mesmo efeito, 69,2% acredita que a maioria das pessoas não contrataria uma pessoa com doença mental severa “para tomar conta das suas crianças, mesmo que ele ou ela tenha estado bem durante algum tempo” (item 10). Estes resultados incidem na percepção de que sentem discriminação ao nível do contexto profissional. Todavia, 60,2% concorda que “a maioria dos empregadores contrataria uma pessoa que tenha estado internada por doença mental se ele ou ela fosse qualificada para o trabalho” (item 8).

Relativamente aos itens que retratam a desvalorização podemos destacar que 61,5% dos participantes acredita que “a maioria das pessoas deprecia uma pessoa após ele/ela ter estado internado por doença mental” (item 6) e 53,8% concorda que “a maioria das pessoas acredita que ser admitido num hospital psiquiátrico é sinal de falha pessoal” (item 9). Podemos concluir que a maioria dos participantes percebe que são desvalorizados por parte da população em geral.

No contexto social, podemos salientar que 60,3% concorda com a afirmação de que “a maioria das pessoas aceitaria uma pessoa que tenha estado num hospital psiquiátrico como um amigo próximo” (item 1) e 51,3% acredita que a “a maioria das pessoas na minha comunidade trataria uma pessoa que tenha estado internada por doença mental tal como tratariam outra pessoa” (item 11). Estes resultados significam que a maioria dos participantes não se sente desvalorizado ao nível social, nomeadamente nas relações de amizade, e percebe uma igualdade nas atitudes da sociedade perante uma pessoa com ou sem doença mental. Contrariamente, denota-se uma perspetiva negativa face às relações amorosas/íntimas, a forma como percebem a desvalorização e a dificuldade sentidas em estabelecer este tipo de relações de proximidade. Mais de metade dos participantes (68%) concorda com a afirmação de que “a maioria dos jovens estaria relutante em namorar com alguém que tenha estado internado por doença mental severa” (item 12) enquanto 56,5% acredita que a maioria das pessoas não “estaria disposta a casar com alguém que tenha estado internado num hospital psiquiátrico” (item 7).

## **Validade**

### **Validade de construto**

Com os nove itens da escala fomos determinar se os mesmos se organizavam em um fator ou mais do que um, através da análise fatorial com rotação *varimax*. Pelos valores da regra de Kaiser era possível obter dois fatores, no entanto e aliando a interpretação estatística e conceptual optou-se apenas por um fator.

O Teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) permite avaliar se a análise fatorial é adequada na amostra, indicando se a variância dos dados avalia um fator comum em todas as variáveis. Esta medida varia entre 0,5 e 1, mas quanto mais próximo for de 1 mais adequada é a amostra à aplicação da análise fatorial (Maroco, 2007). O valor de KMO foi de 0,705 e o valor do teste de esfericidade de Barlett foi de 130,317 para um  $p < 0,001$  o que revela que a solução é adequada (Pestana e Gageiro, 2008).

O valor de variância explicada para um fator é de 31,35% o que indica que se rejeita a hipótese nula e considera-se uma diferença muito significativa, não apresentando uma distribuição normal.

### **Validade concorrente**

Ao correlacionar o estigma percebido com o nível de estigma percebido (avaliado através da seguinte questão: “na sua opinião, numa escala de 0 a 10, como classifica o nível de discriminação manifestado pela maioria das pessoas em relação a pessoas com doença mental?”, avaliada por um valor entre 0 e 10) verificou-se uma correlação fraca, positiva e significativa ( $r = 0,251$ ;  $p < 0,027$ ) o que nos permite referir que os dois instrumentos avaliam o mesmo construto.

Ao analisar os resultados do nível de estigma percebido podemos concluir que as percentagens mais elevadas são superiores ou iguais ao valor 5, com uma média de 6,71, o que significa que a maioria dos inquiridos apresenta um nível elevado de estigma percebido. Nisto, destacamos que 24,4% indicaram o valor 5, 19,2% atribuíram o valor 7 e 15,4% apontaram o valor máximo da escala referente ao valor 10.

### c) Número de indivíduos com estigma percebido superior ao ponto de corte

Pela tabela seguinte verificamos que 65,4% dos indivíduos apresentam valores superiores ao valor de ponto de corte (2,5) o que significa que manifestam um elevado nível de estigma percebido, enquanto 34,6% apresentam um nível baixo de estigma percebido.

#### Tabela 3.

*Número de indivíduos com estigma percebido superior ao ponto de corte*

| Estigma percebido | <i>n</i> | %    |
|-------------------|----------|------|
| < 2,5             | 27       | 34,6 |
| > 2,5             | 51       | 65,4 |

*Notas: n = frequência absoluta; % = frequência relativa.*

### d) Relação entre o estigma percebido e algumas variáveis

Na tabela 4 apresentam-se os resultados da aplicação do Teste U de Mann Whitney verificando que os indivíduos que têm namorado(a) ou companheiro(a) apresentam em média um valor mais baixo de estigma percebido tendo essas diferenças um significado estatístico ( $U = 282,500$ ;  $p < 0,05$ ).

#### Tabela 4.

*Resultados da aplicação do Teste de U de Mann-Whitney ao estigma percebido consoante ter ou não companheiro/ namorado*

|                   |     | Ter namorado ou companheiro | Posto Médio | Média | DP   | U       | p    |
|-------------------|-----|-----------------------------|-------------|-------|------|---------|------|
|                   |     | <i>n</i>                    |             |       |      |         |      |
| Estigma percebido | Sim | 15                          | 26,83       | 21,4  | 4,06 | 282,500 | ,015 |

|     |    |       |      |      |
|-----|----|-------|------|------|
| Não | 63 | 42,52 | 23,9 | 3,32 |
|-----|----|-------|------|------|

Notas:  $n$  = frequência absoluta;  $DP$  = Desvio Padrão;  $U$  = Teste U de Mann Whitney;  $p$  = nível de significância ( $p < 0,05$ ).

Ao aplicarmos o Teste Kruskal-Wallis verificámos (tabela 5) que, quando comparamos o total de estigma com a profissão, concluímos que não existem diferenças com significado estatístico ( $p > 0,05$ ).

### Tabela 5.

*Resultados da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis ao estigma percebido consoante ter uma profissão/ocupação*

|                   | Profissão/Ocupação | Posto Médio | $\chi^2$ | $p$  |
|-------------------|--------------------|-------------|----------|------|
| Estigma percebido | Reformado          | 41,19       | 1,298    | ,522 |
|                   | Pensionista        | 35,47       |          |      |
|                   | Desempregado       | 33,76       |          |      |

Notas:  $\chi^2$  = Teste Kruskal-Wallis;  $p$  = nível de significância ( $p < 0,05$ ).

Analisando os resultados apresentados na tabela 6 podemos concluir que a correlação entre as variáveis independentes idade, o tempo de diagnóstico e o número de internamentos e a variável estigma é positiva fraca e não é significativa ( $p > 0,05$ ) pelo que podemos concluir que independentemente do aumento da idade, do tempo de diagnóstico ou da quantidade de internamentos não há um aumento significativo de estigma percebido.

### Tabela 6.

*Correlação de Spearman entre estigma percebido e os indicadores idade, anos de diagnóstico e número de internamentos*

|                         | $r$  | $p$  |
|-------------------------|------|------|
| Idade                   | ,114 | ,320 |
| Anos de diagnóstico     | ,104 | ,364 |
| Número de internamentos | ,152 | ,184 |

Notas:  $r$  = coeficiente de correlação;  $p$  = nível de significância ( $p < 0,05$ ).

## Discussão

Ao nível do panorama nacional, apesar da escassa literatura, alguns autores desenvolveram estudos sobre o estigma na doença mental, nomeadamente o estigma público e o autoestigma. Relativamente ao estigma percebido este não se encontra avaliado em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. Perante o surgimento desta necessidade, o objetivo deste estudo

foi analisar a prevalência do estigma percebido numa população com diagnóstico de esquizofrenia, em contexto comunitário.

Beck et al. (2010) e Sadock e Sadock (2007) expuseram que a esquizofrenia surge tanto em homens como em mulheres, porém, atinge maioritariamente o género masculino. Diversos estudos indicam que a maioria dos inquiridos com diagnóstico de esquizofrenia é do sexo masculino (Biffu e Dachew, 2014; Brohan et al., 2010a; Zambrano et al., 2016). Estes dados dão consistência aos nossos resultados pois houve uma maior prevalência do sexo masculino (78,2%).

Com o mesmo efeito, os resultados apontam para uma maioria no estado civil ser solteiro (Biffu e Dachew, 2014; Zambrano et al., 2016), desempregados, viver com a família e em zonas urbanas (Biffu e Dachew, 2014). Apesar de Alonso et al. (2009) dar consistência à prevalência do indicador sociodemográfico relativo à situação profissional, este estudo aponta para uma prevalência do estado civil ser casado e viver com alguém. Contrariamente o nosso estudo apresenta uma incidência no estado civil ser solteiro (83,3%), viver sozinho (41%, com uma diferença pequena relativamente ao viver com os pais, 33,3%) e ser pensionista (47,4%), apontando para um nível elevado de estigma percebido. Enquanto Brohan et al. (2010a) revela uma maior percentagem relativa ao desemprego (51,9%) e aos aposentados (17,9%).

Alonso et al. (2009) demonstraram que o estigma percebido, incidido no diagnóstico da esquizofrenia, estava fortemente associado à baixa escolaridade (Biffu e Dachew, 2014; Leung, 2013; Zambrano et al., 2016). Este resultado corroborou com o nosso estudo que reportou uma prevalência no 1º ciclo (35,8%). Em contraste, Brohan et al. (2010a), demonstramos uma maior prevalência associada ao ensino secundário.

Todavia, existem também estudos que não apresentam qualquer correlação entre os indicadores sociodemográficos e o estigma percebido. Biffu e Dachew (2014) demonstraram que os indicadores como a idade, género e o estado civil não foram associados a este tipo de estigma. Com o mesmo efeito, o estudo desenvolvido no Sul de Gana por Barke et al. (2011) deu consistência a estes resultados quanto aos indicadores sociodemográficos género e idade.

Salientamos ainda os resultados da revisão sistemática de Gerlinger et al. (2013), baseada em quatro estudos, que apontou para o facto de não existir qualquer relação entre o estigma pessoal (estigma percebido, estigma experimentado e auto-estigma) e as seguintes categorias: idade, género, estado civil, habilitações literárias e residir sozinho.

A literatura nacional revela-nos que o autoestigma, em indivíduos com esquizofrenia, encontra-se associado aos seguintes indicadores sociodemográficos: faixa etária jovem, género masculino, estado civil ser solteiro, profissão ser pensionista (por invalidez) e um nível mais

elevado de habilitações literárias (Oliveira, 2015). Alguns destes dados corroboram com o nosso estudo, nomeadamente o género, o estado civil e a profissão, o que favorece a conclusão de que existe uma prevalência de indicadores sociodemográficos ao nível do estigma pessoal (estigma percebido e auto-estigma) avaliado em pessoas com esquizofrenia.

Todavia, numa meta-análise feita por Livingston e Boyd (2010), realizada a partir de uma revisão sistemática de literatura que englobou os resultados de 45 artigos, demonstrou que nenhuma das variáveis sociodemográficas se encontra associada ao nível do autoestigma. No entanto, apresentou uma correlação positiva com a gravidade do quadro sintomatológico e associado negativamente com a adesão ao tratamento clínico.

Contrariamente a estes resultados, um estudo analítico e transversal (Oliveira e Azevedo, 2014), feito em Portugal, revelou que existe um elevado nível de estigma social (público) perante a doença mental, com uma prevalência elevada de estigmatização por parte dos participantes com características sociodemográficas como o estado civil ser casado, a existência de filhos e a escolaridade referente ao ensino básico. João et al. (2017) corroboraram a existência de estigma público mas também revelaram que o sexo feminino, comparativamente ao masculino, estigmatiza menos os indivíduos com doença mental.

Quanto às características clínicas, Biffu e Dachew (2014) revelam que a maioria dos inquiridos após conhecer o seu diagnóstico realizou um tratamento clínico (entre dois a cinco anos), sentiu dificuldade quanto ao acompanhamento da psiquiatria e na adesão ao tratamento clínico (antipsicóticos). Em oposição, o nosso estudo revela que a maioria não apresentou “nenhuma” dificuldade na adesão terapêutica (44,9%) e 29,5% dos inquiridos manifestaram “alguma” dificuldade.

Biffu e Dachew (2014) acrescentam ainda que existe uma prevalência de estigma percebido associada ao tempo de diagnóstico com duração inferior a um ano. Enquanto Gerlinger et al. (2013), demonstram não existir qualquer relação com os indicadores clínicos como a duração da doença e o número de internamentos. Similarmente, os nossos resultados também evidenciam o facto de não existir qualquer relação entre o estigma percebido e as características clínicas como o tempo de diagnóstico, o número de internamentos e o acompanhamento de um profissional de saúde.

Dado não existir correlação entre o nível de estigma percebido e os indicadores sociodemográficos, familiares, profissionais e clínicos, leva-nos a refletir sobre o conceito de estigma percebido que nos indica que são crenças enraizadas e desenvolvidas precocemente com o outro o que conduz ao surgimento de preconceitos e crenças sociais em relação à doença mental (Zambrano et al., 2016). A teoria da rotulagem, referida por Link (1987) confirma o

facto de que as crenças são adquiridas precocemente e no meio cultural, ressaltando que não surgem após a manifestação do quadro psicopatológico.

A prevalência do estigma percebido neste estudo foi de 65,4% denotando um nível elevado de estigma percebido ( $> 2,5$ ). Comparativamente à literatura que referimos anteriormente, a prevalência apresentada no nosso estudo é inferior ao estudo desenvolvido na Etiópia com 83,5% de estigma percebido (Biffu e Dachew, 2014) e ao estudo transversal efetuado em 14 países da Europa que demonstrou a presença de 69,4%. Em contraste, o nosso estudo tem uma prevalência mais elevada que a revisão sistemática de literatura, desenvolvida por Gerlinger et al. (2013), que apresenta o valor de 64,5%, mas também é superior ao estudo transversal feito por Alonso et al. (2009) que apresentou uma prevalência de 14,8%. A diferença existente nos diferentes estudos, incluindo o nosso, pode ser devido ao tamanho da amostra, à falta de suporte para a recolha de dados e a lacuna existente nos programas de intervenção no combate ao estigma (Biffu e Dachew, 2014).

Um estudo feito na Índia por Shrivastava et al. (2011) ao avaliar o estigma percebido, através do método de entrevista semi-estruturada, demonstrou que era mais elevado em contextos familiar e social, e baixo na vida conjugal. Cerca de 50% dos participantes apresentaram dificuldades em lidar com a dinâmica do contexto conjugal, enquanto os solteiros relatam não terem a oportunidade de casar devido à sua patologia. O mesmo se verifica no nosso estudo ao nível do contexto social, nomeadamente nas relações amorosas/íntimas, em que 68% dos inquiridos são solteiros e acredita que a maioria das pessoas “estaria relutante em namorar” e não “estaria disposta a casar” (56,5%) com pessoas com doença mental, encontrando-se associado a um elevado estigma percebido. Além disso, também corrobora com o facto de os indivíduos que têm namorado(a)/companheiro(a) apresentam em média um valor mais baixo de estigma percebido.

Além das conclusões apresentadas anteriormente por Shrivastava et al. (2011), ainda acrescenta a presença de um nível moderado de estigma percebido no âmbito ocupacional. Em oposição o nosso estudo aponta para um nível elevado de estigma percebido no contexto ocupacional/profissional dado que as maiores percentagens, comparativamente com os restantes itens da escala, apontaram para as afirmações referentes à empregabilidade. Mais de metade dos inquiridos concordou com os itens 5 (69,3%) e 10 (69,2%) o que significa que se sentem desvalorizados e prejudicados por não terem a oportunidade de obter um emprego, devido ao seu diagnóstico de doença mental.

Estes resultados em conformidade com as restantes respostas à Escala de Discriminação e Desvalorização Percebida, parecem sublinhar o facto de os participantes sentirem-se

menosprezados, desvalorizados e discriminados por terem uma doença mental e por isso terem a percepção de que existe uma barreira entre eles e “nós”, o que por sua vez sentem mais dificuldade em estabelecer relações sociais e/ou íntimas e em integrar-se no contexto profissional.

Ao questionarmos aos participantes o seu nível de estigma percebido, “na sua opinião, numa escala de 0 a 10, como classifica o nível de discriminação manifestado pela maioria das pessoas em relação a pessoas com doença mental?”, concluímos que a maioria dos inquiridos sente um elevado estigma por parte da população em geral. Os valores atribuídos pelos participantes variaram entre 0 e 10 com uma média de 6,71 o que significa que apresentam um nível de estigma percebido elevado, o que por sua vez corrobora com o resultado da EDDP.

As conclusões que retiramos da literatura sobre o facto de o autoestigma estar associado à dificuldade sentida pelos indivíduos que padecem de esquizofrenia em estabelecer relações sociais e íntimas e à oportunidade de emprego, remete-nos para a perda do seu papel social (Oliveira, 2015). Com o mesmo efeito, podemos evidenciar no nosso estudo as mesmas consequências para o estigma percebido, visto que este tipo de estigma pessoal se encontra fortemente associado ao autoestigma (Brohan et al., 2010a).

As respostas aos itens da escala e a prevalência de estigma percebido remetem-nos para a conclusão de que os inquiridos manifestam que são desvalorizados e discriminados tanto num contexto social como profissional.

O presente estudo evidenciou um valor de 0,711, avaliado pelo alfa de Cronbach, um valor relativamente baixo quando comparado com a versão original de Link (1987) que demonstrou um valor de 0,80. Enquanto o estudo de Zambrano et al. (2016), apresentou um alfa de 0,868, embora tenha utilizado uma versão mais extensa da PDD (22 itens). Além disso este estudo revelou uma significância no teste de esfericidade de Barlett ( $p < 0,001$ ) o que demonstra uma análise fatorial adequada, onde obtiveram dois fatores que explicaram o valor de 40% da variância do instrumento, enquanto o valor de KMO foi de 0,754. Com o mesmo efeito, o nosso estudo também apresenta níveis de variância adequados, explicada para um fator com o valor de 31,35% ( $p < 0,01$ ), enquanto o KMO demonstrou um valor inferior (0,705) ao estudo de Espanha.

Perante a avaliação do instrumento podemos concluir que a EDDP é confiável e útil para ser utilizada em contexto clínico de forma a avaliar a percepção do indivíduo com esquizofrenia, ou outro tipo de patologia e, assim, desenvolver estratégias de intervenção adequadas. Além



disso, as suas características também favorecem a sua aplicação, tanto ao nível da sua administração fácil e rápida, quer da pontuação e interpretação.

## **Conclusão**

Em Portugal, a área da saúde mental ainda se encontra bastante limitada quanto às respostas sociais face às necessidades dos indivíduos que padecem de esquizofrenia (Oliveira, 2015). A recolha de dados efetuada pela investigadora possibilitou o contacto com os profissionais envolventes das entidades, no qual verificou que todos partilham a ideia de que existe uma lacuna face às respostas sociais no que concerne aos cuidados continuados integrados em saúde mental, especificamente para pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Este facto é apontado como uma das limitações do nosso estudo. A escassez de respostas sociais para estes casos clínicos conduziu-nos a instituições direcionadas para a incapacidade intelectual e centros de acolhimento de pessoas idosas, tornando a recolha de dados um acesso limitado para a finalidade do estudo.

Os nossos resultados ressaltaram o facto de os indivíduos sentirem-se mais desvalorizados, discriminados e prejudicados por não terem a oportunidade de obter um emprego, devido ao seu diagnóstico de doença mental. Podemos concluir que apresentaram um elevado nível de estigma percebido no contexto profissional.

A desvalorização pessoal dos indivíduos é salientada pelo facto de se sentirem depreciados e considerarem que ter uma doença mental significa um sinal de falha pessoal. Quanto ao contexto social podemos verificar que a maioria percebe que não há interesse por parte da população em geral em estabelecer relações amorosas/íntimas, o que por sua vez também se associa a um elevado nível de estigma percebido. Todavia, é de salientar que os indivíduos que têm um relacionamento amoroso apresentam em média um valor mais baixo de estigma percebido.

Perante este cenário, confirmado pelos estudos que envolvem o estigma na esquizofrenia, torna-se imprescindível um investimento na área da psicoeducação para toda a sociedade. Além disso, também destacamos a necessidade de existirem intervenções individuais que promovam as habilidades psicossociais e uma inserção socioprofissional do indivíduo na comunidade, assim como uma promoção do relacionamento social/emocional de forma a diminuir o estigma percebido.

Os nossos resultados apontaram o facto de não existir correlação entre o estigma percebido e os indicadores sociodemográficos, familiares, profissionais e clínicos, o que nos permite refletir sobre o conceito de estigma percebido.

A reabilitação do indivíduo com esquizofrenia remete para um tratamento clínico que envolve a Psiquiatria e um tratamento psicossocial no qual o papel da Psicologia torna-se fundamental. A aplicação deste instrumento de avaliação no contexto clínico permite aceder a um melhor conhecimento da forma como o indivíduo percebe o que a maioria das pessoas pensa sobre a doença mental, o que por sua vez, influencia as estratégias utilizadas para a intervenção individual.

A versão portuguesa da PDD é fiável e útil para avaliar o estigma percebido, sendo importante fortalecer as relações afetivas que são tidas como o suporte para a diminuição do estigma percebido. Adicionalmente a reabilitação psicossocial e a inserção profissional são vistas como uma necessidade impelida pelos nossos resultados.

Perante a pesquisa elaborada verificámos que poderá existir uma escassez de pesquisas neste domínio no panorama nacional, por isso, esperamos que os nossos dados contribuam para futuros estudos e formulação de novas hipóteses investigacionais.

Investigações futuras poderão contribuir para dar consistência aos dados ressaltados pelo estigma nesta área, de forma a proporcionar o desenvolvimento de mudanças positivas face à doença mental e quebrar a barreira que impede estes indivíduos de construírem uma vida relativamente normal. Assim, denota-se a importância de avaliar, por exemplo, os fatores psicossociais associados ao estigma pessoal; correlacionar a capacidade funcional e o autoestigma; a correlação entre as diferentes vertentes do estigma pessoal; e, aplicar a EDDP a um tamanho de amostra maior.

## Referências Bibliográficas

- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia*. Lisboa: Principia
- Almeida, L. e Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Alonso, J., Buron, A., Farreras, S., Graaf, R., Haro, M., Girolamo, G., ... Vilagut, G. (2009, Novembro). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118, 180-186. doi: 10.1016/j.jad.2009.02.006
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores
- Autonell, J., Ballús-Creus, C. e Busquets, E. (2001). Estigma de la esquizofrenia: Factores implicados en su producción y métodos de intervención. *Aula Médica Psiquiatria*. 1, 63-68. Recuperado de [http://www.researchgate.net/profile/Carles\\_Ballus-Creus/publication/235975429\\_Estigma\\_en\\_la\\_esquizofrenia\\_Factores\\_implicados\\_en\\_su\\_produccion\\_y\\_vas\\_de\\_intervencion/links/00b49515179259a9af000000](http://www.researchgate.net/profile/Carles_Ballus-Creus/publication/235975429_Estigma_en_la_esquizofrenia_Factores_implicados_en_su_produccion_y_vas_de_intervencion/links/00b49515179259a9af000000)
- Barke, A., Nyarko, S. e Klecha, D. (2011, Novembro). The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(11), 1191-1202. doi: 10.1007/s00127-010-0290-3
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N. e Grant, P. (2010). *Terapia cognitiva da esquizofrenia*. (R. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Bifftu., B. B. e Dachew, B. A. (2014, Maio). Perceived Stigma and Associated Factors among People with Schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Institution Based Study. *Psychiatry Journal*, 2014, 1-7. doi: 10.1155/2014/694565
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. e Thornicroft, G. (2010a). Self-Stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122, 232-238. doi: 10.1016/j.schres.2010.02.1065
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S. e Thornicroft, G. (2010b). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *BioMed Central Health Services Research*, 10, 80-90. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/80>
- Carmo, H. e Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-aprendizagem* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta

- Christoph, L., Marion, A., Vladeta, A. e Wulf, R. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *The Journal of the European Psychiatric Association*, 9(7), 423-427. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.06.019
- Corrigan, P. W. (2005). On the stigma of mental illness: Practical Strategies for Research and social change. Recuperado de <http://www.apa.org/pubs/books/4316049.aspx>
- Davidson, G. e Neale, J. M. (2003). *Psicologia do Comportamento Especial* (8ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Livros Técnicos e Científicos S.A.
- Elkis, H. (2012). O conceito histórico da esquizofrenia. In C. S. Noto & R. A. Bressan (Eds.), *Esquizofrenia: Avanços no tratamento multidisciplinar* (2ªed.) (pp. 19-32). Porto Alegre: Artmed Editora
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.
- George, B. e Klijn, A. (2013). A modern name for schizophrenia (PSS) would diminish self-stigma. *Psychological Medicine*, 43, 1555-1557. doi: 10.1017/S0033291713000895
- Gerlinger, G., Hauser, M., Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M. e Correl, C. (2013, Junho). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 12 (2), 155-164. doi: 10.1002/wps.20040
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P. e Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48-54. doi: 10.1177/0020764011423176
- Hanzawa, S., Nosaki, A., Yatabe, K., Nagai, Y., Tanaka, G., Nakane, H. e Nakane, Y. (2012). Study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66, 113-120. doi: 10.1111/j.1440-1819.2011.02307.x
- Harrison, J. e Gill, A. (2010). The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon people with schizophrenia: A way forward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 242-250. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01506.x
- Hill, A. e Hill, M. M. (2008). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Sílabo
- João, R. M., Coelho, T., Ferreira, C. S., Castelo, A. M. e Massano, M. T. (2017). Estigma Na Doença Mental: Estudo Observacional e Piloto em Portugal. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5(2), 171-185. Recuperado de [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/406-1044-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/406-1044-1-PB%20(3).pdf)

- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R., Hayward, P. e Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health, 17*(5), 482-491. doi: 10.1080/09638230701506283
- Krajewski, C., Burazeri, G. e Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Research, 210*(2013), 1136-1146. doi: 10.1016/j.psychres.2013.08.013
- Landeen, J. L., Seeman, M. V., Goering, P. e Streiner, D. (2007). Schizophrenia: Effect of perceived stigma on two dimensions of recovery. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, 1*, 64-68. doi: 10.3371/CSRP.1.1.5
- Leung, H. T. (2013, Julho). Development and Validation of a Standardised Measure of the Self-Stigma for Early Psychosis Patients. *The University of Hong Kong*. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5353/th\\_b5087779](http://dx.doi.org/10.5353/th_b5087779)
- Lindenmayer, J. P. e Khan A. (2013). Psicopatologia. Em J. A. Lieberman, T. S. Stroup e D. O. Perkins (Eds.), *Fundamentos da esquizofrenia* (pp. 27-71). Porto Alegre: Artmed
- Link, B. (1987, Fevereiro). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review, 52*(1). 96-112. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/2095395>
- Link, B. e Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B., Struening, E., Neese-todd, S., Asmussen, S. e Phelan, J. (2002). On Describing and Seeking to Change the Experience of Stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 6*(2). 201-231. doi: 10.1080/10973430208408433
- Link, B., Yang, L., Phelan, J. e Collins, P. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin, 30*(3), 511-541. Recuperado de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/30/3/511.full.pdf+html>
- Livingston, J. D. e Boyd, J. E. (2010, Dezembro). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 71*(12). 2150-2161. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- Loch, A. A., Guarnerio, F. B., Lawson, F. L., Hengartner, M. P., Rössler, W., Gattaz, W. F. e Wang, Y. (2013). Stigma toward schizophrenia: Do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BioMed Central Psychiatry, 13*, 92-101. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/92>

- Maroco, J. (2007, Junho). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (3ªed.) Lisboa, Edições Sílabo.
- Mauritz, M. e Meijel, B. (2009). Loss and grief in patients with schizophrenia: On living in another world. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(3), 251-260. doi: 10.1016/j.apnu.2008.06.006
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M. e Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 9(2), 10-16. Recuperado de file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/sinapse.pdf
- Moriyama, T. S., Siloto, G. R., Machado, F. S., Ribeiro, T. C., Melcop, A. C. e Bressan, R. A. (2012). Psicopatologia pré-mórbida e esquizofrenia de início precoce. In C. S. Noto e R. A. Bressan (Eds.), *Esquizofrenia: Avanços no tratamento multidisciplinar* (2ªed.) (pp. 33-47). Porto Alegre: Artmed Editora
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Vilellas, R., . . . Haro, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 31(111), 477-489. doi: 10.4321/S0211-57352011000300006
- Oliveira, S., Carolino, L. e Paiva, A. (2012, Dezembro). Programa Saúde Mental Sem Estigma: Efeitos de Estratégias Diretas e Indiretas nas Atitudes Estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 8, 30-37. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a05.pdf>
- Oliveira, A. R. e Azevedo, S. M. (2014, Agosto). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 30(4), 227-234. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v30n4/v30n4a04.pdf>
- Oliveira, S. E. (2015, Outubro). *(In)visível para quem? Um olhar sobre o Estigma Internalizado, Auto-estima e Qualidade de Vida em Pessoas com Doença Mental*. ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Recuperado de <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/12455/1/TESE%20DOUTORAMENTO%20SANDRA.pdf>
- Ortiz, B. e Lacaz, F. S. (2012). Esquizofrenia: Diagnóstico e dimensões clínicas. In C. S. Noto & R. A. Bressan (Eds.), *Esquizofrenia: Avanços no tratamento multidisciplinar* (2ª Ed.) (pp. 49-66). Porto Alegre: Artmed Editora
- Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª Ed.). Porto: Livpsic.

- Palm, U. (2012). Centenary of schizophrenia: Should the term survive ““togo shicchou sho” and “salience syndrome”? *Asia-Pacific Psychiatry*, 4, 228-232. doi: 10.1111/j.1758-5872.2012.00220.x
- Perkins, D. O. e Lieberman, J. A. (2013). Epidemiologia e História Natural. Em J. A. Lieberman, T. S. Stroup & D. O. Perkins (Eds.), *Fundamentos da esquizofrenia* (pp. 17-25). Porto Alegre: Artmed
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Sadock, B. J. e Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). São Paulo, Brasil: Artmed Editora
- Sato, M. (2006). Renaming schizophrenia: A Japanese perspective. *World Psychiatry*, 5(1), 53-55. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472254/pdf/wpa050053.pdf>
- Schulze, B. e Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312. doi: S0277-9536(02)00028-X
- Shrivastava, A., Johnston, M. E., Thakar, M., Shrivastava, S., Sarkhel, G., Sunita, I., ... Parkar, S. (2011). Origin and Impact of Stigma and Discrimination in Schizophrenia - Patients' Perception: Mumbai Study. *Stigma Research and Action*, 1(1) 67-72. doi: 10.5463/SRA.v1i1.5
- Sousa, S. G. (2012, Janeiro). Auto-estigma na doença mental grave: desenvolvimento de um programa de intervenção com recurso ao sociodrama e ao e-learning. *Repositório Aberto da Universidade do Porto*. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61999/2/30004.pdf>
- Staring, A. P., Gaag, M., Berge, M., Duivenvoorden, H. J. e Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115, 363-369. doi: 10.1016/j.schres.2009.06.015
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. e Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of psychiatry*, 190, 192-193. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025791
- Villares, C. C., Assis, J. C. e Bressan, R. A. (2012). Estigma na esquizofrenia. In C. S. Noto e R. A. Bressan (Eds.), *Esquizofrenia: Avanços no tratamento multidisciplinar* (2ª ed.) (pp. 81-94). Porto Alegre: Artmed Editora

- Yang, L. H., Lo, G., WonPat-Borja, A. J., Singla, D. R., Link, B. G. e Philips, M. R. (2012). Effects of labeling and interpersonal contact upon attitudes towards schizophrenia: implications for reducing mental illness stigma in urban China. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 47, 1459-1473. doi: 10.1007/s00127-011-0452-y
- Zambrano, F. M., Pizzimenti, M., Barbeito, S., Badia, R. V., Comellas, G., Escandell, M. J., ... Ochoa, S. (2016). Spanish version of the Link's Perceived Devaluation and Discrimination Scale. *Psicothema*, 28 (2), 201-206. doi: 10.7334/psicothema2015.89
- Zelst, C., Nierop, M., Oorschot, M., Mylin-Germeys, I., Os, J. e Delespaul, P. (2014, Fevereiro). Stereotype awareness, self-esteem and psychopathology in people with psychosis. *PLoS ONE*, 9(2), 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0088586



## **APÊNDICES**