



**Instituto Universitário de Lisboa**

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

# Estigma da Tuberculose:

Perceção de emoções na expressão facial dos outros pelos doentes em  
tratamento

Teresa Maria Carvalho Nascimento

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia das Relações Interculturais

Orientador:

Professor Doutor Mauro Bianchi

ISCTE-IUL – Professor convidado

COPELABS – Universidade Lusófona

Junho, 2015

Esta dissertação foi redigida de acordo com as normas para a elaboração e apresentação de teses e dissertações instituídas no ISCTE-IUL e ao abrigo do Novo Acordo Ortográfico.

Ao Nuno, à Sofia e ao Zé

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Mauro Bianchi, pelo apoio constante e pelos ensinamentos.

Aos doentes do serviço onde trabalho pela generosidade que manifestaram na participação no meu estudo.

Aos meus colegas de trabalho pelo suporte e ajuda nos últimos dois anos.

Aos meus amigos pela ajuda sempre que precisei dela.

À minha família pelo suporte e incentivo constantes.

## Índice

Agradecimentos .....	IV
Índice de quadros .....	VII
Índice de figuras .....	VIII
Resumo .....	IX
Abstract .....	X
Introdução.....	1
Capítulo I.....	3
Enquadramento teórico.....	3
1. Tuberculose .....	3
2. Estigma .....	6
2.1 Dimensões do estigma.....	8
2.2 Esconder o estigma.....	9
2.3 Expectativas de preconceito .....	11
2.4 Diferenças individuais.....	13
2.5 Estigma da tuberculose.....	14
3. Emoções .....	16
3.1 Nojo.....	19
Capítulo II .....	21
Parte empírica .....	21
1. Objetivos e hipóteses .....	21
2. Método.....	22
2.1 Amostra .....	22
2.2 Instrumento.....	23
2.3 Procedimento.....	26
2.4 Comissão de Ética para a Saúde .....	27
3. Resultados .....	28
3.1 Análise das escalas .....	28
3.2 Análise da natureza da expressão facial, emoções e grupos .....	29
3.3 Análise das intensidades atribuídas às emoções por grupo de participantes e fotografia32	

3.4	Análise de regressão da percentagem de nojo com as escalas usadas .....	36
4.	Discussão .....	37
	Conclusão .....	41
	Referências .....	43

## Índice de quadros

Quadro 2. 1 - Tabela exemplificativa da sequência de fotografias que fazem parte do instrumento do estudo.....	24
Quadro 2. 2 – Exemplo de questões feitas aos participantes para avaliação das emoções nas expressões faciais.....	24
Quadro 2. 3 - Exemplo de questões feitas aos participantes para avaliação das emoções nas expressões faciais quanto à intensidade.....	25
Quadro 2. 4 – Consistência interna, Média, Desvio Padrão e igualdade das médias das três escalas .	28
Quadro 2. 5 – Matriz de correlações entre as três escalas .....	29
Quadro 2. 6 - Percentagens médias da escolha da emoção de nojo por tipo de fotografia e por grupo .....	30
Quadro 2. 7 - Percentagens médias da escolha da emoção de raiva por tipo de fotografia e por grupo .....	31
Quadro 2. 8 - Percentagens médias da escolha da emoção de medo por tipo de fotografia e por grupo .....	32
Quadro 2. 9 – Análise das intensidades das emoções atribuídas às fotografias Ambíguas/Nojo por condição (doente ou controlo) - diferenças significativas .....	34
Quadro 2. 10 – Análise das intensidades das emoções atribuídas às fotografias Ambíguas/Desprezo por condição (doente ou controlo) – diferenças significativas .....	35
Quadro 2. 11 - Análise das intensidades das emoções atribuídas às fotografias Não Ambíguas por condição (doente ou controlo) – diferenças significativas .....	36
Quadro 2. 12 – Análise de regressão da percentagem da escolha de nojo – escalas como predictoras	36

## **Índice de figuras**

Figura 1 - Incidência estimada de tuberculose na Região Europeia da OMS, por 100 000 habitantes, 2013. Fonte: Tuberculosis Surveillance Monitoring Europe-2015.....	6
---	---



## **Resumo**

Apesar de ter um tratamento eficaz há mais de 50 anos, a tuberculose ainda é um problema grave de saúde pública. O estigma associado a esta doença é visto como uma barreira importante no controlo da doença, e uma causa de sofrimento social. Para melhor compreender os processos subjacentes ao estigma da tuberculose e o seu impacto na vida quotidiana dos doentes, nomeadamente, na perceção de emoções, foi realizado este estudo. Os doentes com tuberculose identificarão mais faces expressando nojo do que os não doentes? As pessoas doentes com elevada consciência do estigma identificarão mais faces expressando nojo do que o grupo de controlo? Para testar estas hipóteses, dois grupos de participantes (doentes com tuberculose e grupo de controlo) responderam a um questionário com 23 fotografias de faces (neutras, ambíguas envolvendo nojo, ambíguas envolvendo desprezo e faces não ambíguas) onde identificaram o tipo de emoção e a sua intensidade, com as escalas de Consciência do Estigma, Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma e Sensibilidade à Rejeição, questões sociodemográficas e tempo de doença. Os resultados mostram que os doentes com elevada consciência do estigma sentem uma elevada rejeição interpessoal relacionada com o estigma; que há uma diferença de comportamento dos dois grupos e os efeitos dão-se a nível das emoções negativas, com o grupo de controlo a identificar mais nojo, mas o grupo dos doentes a identificar mais medo e raiva. A discussão faz-se à luz da teoria do estigma e perceção de emoções.

Palavras-chave: Tuberculose; Estigma; Expectativas de preconceito; Psicologia Social; Perceção de Emoções; Emoções.

## **Abstract**

Despite there having been an effective treatment for over 50 years, TB remains a serious public health problem. The stigma associated with this disease is seen as a major barrier to disease control, and a cause of social distress. To better understand the processes underlying the stigma of TB and its impact on the daily lives of patients, particularly in the perception of emotions, this study was conducted. Do patients with tuberculosis identify more faces expressing disgust than those who are not sick? Do sick people with a high stigma consciousness identify more faces expressing disgust than the control group? To test these hypotheses, two groups of participants (TB patients and the control group) completed a questionnaire with 23 photographs of faces (neutral, ambiguous involving disgust, ambiguous involving contempt, and unambiguous faces) in which they identified the type of emotion and its intensity. The test also measured Stigma Consciousness, Interpersonal Rejection Related to Stigma, and Rejection Sensitivity, as well as demographic issues and disease duration. The results show that patients with high awareness of the stigma feel a high interpersonal rejection related to the stigma; that there is a difference in behavior of the two groups and the effects occur at the level of negative emotions, with the control group identifying more disgust, but the group of patients identifying more fear and anger. The discussion is based on the theory of stigma and emotion perception.

Keywords: Tuberculosis; Stigma; Prejudice expectations; Social Psychology ; Perception of emotions ; Emotions.

## Introdução

Apesar de ter um tratamento eficaz há mais de 50 anos, a tuberculose ainda é um problema grave de saúde pública e continua a estar no topo das preocupações da Organização Mundial de Saúde (OMS) no que toca às doenças infetocontagiosas, sendo a segunda causa de morte por doença infetocontagiosa, a seguir à infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) (WHO, 2014). A OMS estima que em 2013 tenham aparecido 9 milhões de novos casos de tuberculose em todo o mundo e tenham morrido, por causa desta doença, 1,5 milhões de pessoas. Os países mais afetados são aqueles da Europa de Leste e da África Subsariana, com taxas de incidência que rondam, no seu máximo, aproximadamente, os 280 casos por cada 100 000 habitantes. Na União Europeia, as taxas de incidência estão em níveis bastante mais toleráveis – 12,7 casos por cada 100 000 habitantes, com os grupos vulneráveis como os imigrantes, os reclusos e pessoas infetadas com VIH a apresentarem um número significativo de casos. Em Portugal, ainda não descemos abaixo da barreira dos 20 casos por cada 100 000 habitantes, o que nos coloca numa situação bastante preocupante do ponto de vista de controlo da doença (ECDC, 2015).

As causas inerentes ao lento decréscimo da prevalência da tuberculose em todo o mundo podem dizer-se de dois tipos: causas socioeconómicas ligadas à grande pobreza de muitos dos países, à quase inexistência de políticas de saúde eficazes e de programas de luta contra a tuberculose; e causas psicossociais que são de várias ordens, destacando-se a ignorância e falsas crenças associadas à doença, os problemas de género no acesso aos cuidados de saúde, o medo do preconceito e discriminação, a associação ao VIH e o duplo estigma das duas doenças, e o elevado estigma encontrado transversalmente em todo o mundo associado à tuberculose.

É neste contexto que se insere este projeto de investigação, com vista a aprofundar o conhecimento acerca do estigma da tuberculose, contribuindo para o desenvolvimento de um novo olhar sobre esta doença e sobre a cognição social que dela têm as pessoas, em particular os doentes com tuberculose em Portugal. O estudo tem por base as teorias subjacentes ao estigma e à percepção de emoções, e inspirado no estudo pioneiro de Inzlicht, Kaiser, & Major (2008) acerca da influência das expectativas de preconceito na percepção social.

Este trabalho divide-se em duas partes. A primeira faz a exploração das várias teorias do estigma, com particular incidência nas diversas dimensões do estigma; nos fenómenos que

levam as pessoas a esconder o seu estigma e as implicações desta estratégia a nível cognitivo, afetivo e comportamental; nas diferenças individuais de cada indivíduo, que interferem na forma como se relacionam com os outros e na forma como percebem e avaliam as situações da sua interação social e na medida em que esperam vir a sofrer de preconceito; e o estigma das doenças infetocontagiosas, nomeadamente a tuberculose. Nesta primeira parte, faz-se também uma abordagem teórica às emoções e à sua expressão facial, com especial incidência no nojo por ser a emoção de eleição para o nosso estudo.

A segunda parte deste trabalho, a parte empírica, é composta por um estudo realizado com uma amostra de doentes com tuberculose, em tratamento, e uma amostra da população geral - o grupo de controlo, que tem como objetivo perceber qual é o impacto do estigma da tuberculose no quotidiano dos doentes em tratamento, através da percepção de emoções. Pusemos como primeira hipótese que os doentes com tuberculose identificarão mais caras expressando emoções específicas (e.g. nojo) do que os não doentes. E, como segunda hipótese, que as pessoas doentes com tuberculose com elevada consciência do estigma identificarão mais faces expressando nojo do que as pessoas do grupo de controlo. Para isso, construímos um instrumento com 23 fotografias de faces, expressando várias emoções, para que os participantes pudessem escolher que tipo de emoção era expressa em cada face; com dez perguntas pertencentes à Escala de Consciência do Estigma (Pinel, 1999), nove perguntas pertencentes à Escala Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma (Wahl, 1999) e oito perguntas pertencentes à Escala de Sensibilidade à Rejeição (versão curta de oito itens) (Downey & Feldman, 1996); e, por último, perguntas sociodemográficas para melhor caracterizar as amostras. Os dados recolhidos foram processados e analisadas as nossas hipóteses.

Para finalizar, discutimos as conclusões gerais, procurámos salientar os contributos e implicações na prática clínica e para a investigação dos resultados obtidos, e comentamos as limitações deste estudo apontando futuras direções na exploração deste tema.

## Capítulo I

### Enquadramento teórico

#### 1. Tuberculose

A tuberculose é uma doença infetocontagiosa causada pelo agente patogénico *Mycobacterium Tuberculosis*, descoberto por Robert Koch em março de 1882 (Almeida, 2003), daí a designação de bacilo de Koch, que pode afetar qualquer órgão do corpo humano, mas tem especial incidência nos pulmões. Esta localização preferencialmente pulmonar deve-se à propagação da doença ser quase exclusivamente por via aérea, porque uma das características do bacilo de Koch é que permanece ativo em suspensão no ar por longos períodos de tempo, aumentando a probabilidade de contágio. Na década de 1940 apareceram os primeiros medicamentos para o combate à tuberculose, a estreptomomicina em 1944, e desde essa altura até à década de 1960 apareceram os restantes antibióticos para o combate e cura da tuberculose que são usados hoje em dia, como é o caso da rifampicina. Atualmente em Portugal, o diagnóstico da tuberculose pode ser feito através de três testes: baciloscopia da expetoração ou de outros tecidos, radiografia do tórax e teste de tuberculina e, para alguns casos, existe também o teste *Interferon G Release Assay* (IGRA). O seu tratamento dura 6 meses, embora seja por vezes mais prolongado, com taxas de cura de 85% dos casos (WHO, 2014). Sem tratamento, a taxa de mortalidade desta doença é elevada, situando-se nos 70% dos casos em menos de 10 anos de doença, em que a baciloscopia da expetoração é positiva para o bacilo de Koch (WHO, 2014). É de primordial importância que o diagnóstico desta doença seja realizado o mais precocemente possível porque, por um lado, evitamos estados mais graves de doença na pessoa infetada e, por outro lado, evita-se o perigo de contágio, já que, aproximadamente duas semanas depois do início do tratamento, a pessoa infetada deixa de expelir bacilos nas secreções das vias aéreas superiores (Rieder, 1999; Rouillon, Perdrizet, & Parrot, 1976).

Esta doença tem matado milhões de pessoas ao longo da História, e continua a matar em todo o mundo. A OMS estima que em 2013 tenham aparecido 9 milhões de novos casos de tuberculose em todo o mundo, 54% dos quais apareceram nos países da Região do Sudeste Asiático e Região do Pacífico Oeste e mais de um quarto dos casos apareceram na Região

Africana<sup>1</sup>, sendo que é nesta região do mundo que a taxa de mortalidade por tuberculose é mais elevada assim como a taxa de incidência – 280 casos por cada 100 000 habitantes (WHO, 2014), devido à inexistência de cuidados de saúde e meios terapêuticos no combate a esta doença, à coinfeção com o VIH e a causas de ordem psicossocial. Os homens são os mais afetados pela doença com 60% dos casos em todo o mundo.

Dos 9 milhões de novos casos de tuberculose morreram 1,5 milhões - 88 000 crianças e 510 000 mulheres. De notar que a grande maioria das mortes se dão nos países em que quase não existem cuidados de saúde para o tratamento desta doença (para uma pesquisa mais detalhada e que vai além dos objetivos desta dissertação, pode consultar-se WHO, 2014 e ECDC, 2015), como é o caso de alguns países asiáticos e africanos. Um outro aspeto a ter em conta quando se estuda a epidemiologia desta doença é a sua associação ao VIH devido à complexidade que estes doentes apresentam no tratamento das duas infeções; os valores do último relatório da OMS dizem-nos que das 1,5 milhões de mortes 360 000 eram VIH-positivo.

Na Europa, a incidência<sup>2</sup> da tuberculose tem vindo a diminuir, embora variando entre cada país e dentro de cada país, sendo que na Região Europeia da OMS (53 países membros) a taxa de incidência se encontra nos 39 casos por 100 000 habitantes (dados de 2013), com 349 745 casos notificados em 2013, dos quais 10 902 são de crianças; a taxa de mortalidade situa-se nas 4,9 mortes por 100 000 habitantes (à volta de 44 000 mortes no total ECDC, 2013, 2015; WHO, 2014). Oitenta e cinco por cento da incidência dos casos dão-se nos 18 países<sup>3</sup> de alta prioridade para a OMS. A prevalência<sup>4</sup> estimada desta doença nesta região é de 460 000 casos, equivalente a aproximadamente 51 casos por cada 100 000 habitantes.

Portugal tem uma incidência intermédia com 21,1<sup>5</sup> casos por cada 100 000 habitantes (DGS, 2014), o que o coloca numa situação preocupante do ponto de vista de controlo da doença, em comparação com os países da União Europeia (ver Figura 1). Naturalmente, se compararmos

---

<sup>1</sup> A Organização Mundial de Saúde dividiu o mundo em seis regiões de interesse, a saber: Região Africana, Região das Américas, Região do Mediterrâneo Ocidental, Região Europeia (à qual Portugal pertence), Região do Sudeste Asiático e Região do Pacífico Oriental.

<sup>2</sup> Incidência = número de casos novos de uma doença, num determinado período de tempo e numa determinada população, por cada 100 000 habitantes.

<sup>3</sup> Os 18 países de elevada prioridade para a OMS são: Arménia, Azerbaijão, Bielorrússia, Bulgária, Estónia, Geórgia, Cazaquistão, Quirguistão, Lituânia, Letónia, Moldávia, Roménia, Rússia, Tadjiquistão, Turquia, Turquemenistão, Ucrânia e Uzbequistão.

<sup>4</sup> Prevalência = número total de casos existentes de uma doença (casos novos mais casos já existentes), num determinado período de tempo e numa determinada população.

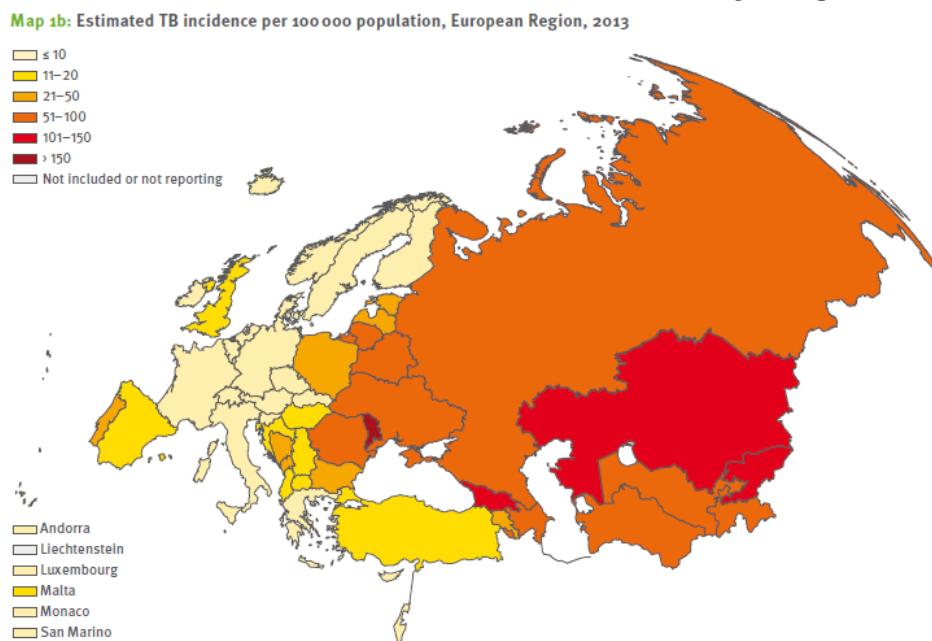
<sup>5</sup> Baixa incidência de tuberculose:  $\leq 20$  casos/100 000 habitantes; Incidência intermédia de tuberculose:  $>20$  casos/100 000 e  $<50$  casos/100 000 habitantes; Alta incidência de tuberculose:  $\geq 50$  casos/100 000 habitantes.

a incidência desta doença em Portugal com a incidência na Região Europeia da OMS, os nossos números são mais baixos, mas nós comparamo-nos com os países mais evoluídos da União Europeia com uma média da taxa de incidência de 12,7 casos de doença por cada 100 000 habitantes (ECDC, 2015), em que o diagnóstico da doença foi feito em 77,9% dos casos em fase precoce da doença, reduzindo drasticamente as probabilidades de contágio - nos casos de tuberculose pulmonar, o doente deixa de expelir bacilos nas partículas de saliva e outras secreções das vias aéreas superiores nas primeiras semanas após o início do tratamento (Rieder, 1999; Rouillon et al., 1976), diminuindo, então, o risco de contágio. Portanto, a barreira entre a incidência intermédia e a baixa incidência ainda não conseguiu ser ultrapassada no nosso país, barreira esta que se pretende que seja abaixo dos 20 casos por cada 100 000 habitantes.

Nos países de maior incidência, podemos justificar os números com altos níveis de pobreza, cuidados de saúde muito deficientes e causas psicossociais com forte impacto no controlo da doença como a falta de conhecimentos acerca da doença (Baral, Karki, & Newell, 2007; Jittimanee et al., 2009), a associação desta doença com o VIH e o duplo estigma de quem tem as duas doenças (Daftary, Padayatchi, & Padilla, 2007; Daftary, 2012; Deribew et al., 2010; Møller et al., 2011), problemas de género no acesso aos cuidados de saúde e no maior impacto que o estigma da tuberculose tem nas mulheres em relação aos homens (Atre, Kudale, Morankar, Gosoni, & Weiss, 2011; Ayisi et al., 2011; Dodor, Kelly, & Neal, 2009; Karim, Chowdhury, Islam, & Weiss, 2007; Khan, Walley, Newell, & Imdad, 2000; Long, Johansson, Diwan, & Winkvist, 2001) e medo da discriminação e do isolamento social (Baral et al., 2007; Juniarti & Evans, 2011; Kelly, 2000; Long et al., 2001; Weiss, 2008). Em Portugal, as questões ligadas aos meios sanitários e acesso aos cuidados de saúde não se colocam, na grande maioria dos casos, pelo que o nosso interesse recai nos fenómenos psicossociais e de cognição social relacionados com a tuberculose que ainda é uma doença envolta em crenças de natureza simbólica e cercada de um forte estigma evidenciado desde épocas remotas (Vieira, 2011). O estigma da doença leva as pessoas que têm tuberculose a sofrerem não só pelas manifestações clínicas, mas também pela possibilidade de vivenciarem preconceito e discriminação e terem que lidar com as suas consequências, podendo ser rejeitadas nos seus relacionamentos sociais (Souza, Silva, & Meirelles, 2010). Para evitarem este tipo de sofrimento, as pessoas encobrem, muitas vezes, o seu estado de saúde (Van Brakel, 2006) ou, não podendo evitá-lo, encobrem o tipo de doença de que padecem, mantendo o risco de transmissão da doença; e, além de esconderem o tipo de doença, evitam a procura de ajuda

médica ou não cumprem o seu tratamento até ao fim, levando ao número cada vez mais elevado de tuberculose multirresistente.

Figura 1 - Incidência estimada de tuberculose na Região Europeia da OMS, por cada 100 000 habitantes, 2013. Fonte: Tuberculosis Surveillance Monitoring Europe-2015



## 2. Estigma

*Ask yourself what would happen to our own personality if you heard it said over and over again that you were lazy, a simple child of nature, expected to steal, and had inferior blood. Suppose this opinion were forced on you by the majority of your fellow-citizens. And suppose nothing that you could do would change this opinion – because you happen to have black skin.*

Gordon Allport

O estigma é um fenómeno poderoso que afeta a qualidade de vida das pessoas estigmatizadas, interferindo nas suas relações intergrupais e nas suas relações endogrupais, em parte pela falta de equidade social devido a crenças preconceituosas que estigmatizam membros de determinados grupos; e, por outro lado, interferindo e afetando a sua autoestima e as suas capacidades mentais.

Goffman (1963) na sua obra primeira, *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, fez a uma das primeiras abordagens sistemáticas ao estigma e diz que o “estigma é um tipo



especial de relação entre o atributo e o estereótipo” (pág. 13) e que “alguém com um estigma não é completamente humano (...) é uma pessoa estragada e diminuída” (págs.12 e 15). Ele menciona também três tipos de estigma, de modo a dar significado às diversas características da parte da identidade vulnerável ao estigma e de modo a poder relacioná-las com o grupo e com a identidade grupal. Goffman (1963) pensa que a pessoa estigmatizada possui duas identidades: a identidade social real que é um conjunto de categorias e atributos que uma pessoa tem; e a identidade virtual que é o conjunto de categorias e atributos que os outros lhes imputam. Portanto, nem todos os atributos são estigmas “mas somente os que são incongruentes com o estereótipo que criamos para um determinado tipo de indivíduo” (pág.13).

Acrescentando significado às definições de Goffman, um estigma social é uma identidade social que é desvalorizada pelos outros em determinado contexto (Crocker, Major e Steele, 1998; Dovidio, Major, & Crocker, 2003) que envolve uma parte do eu na medida em que uma parte da identidade é desvalorizada, mas é também relacional na medida em que os outros percebem e se relacionam de forma preconceituosa com o alvo de preconceito (Barreto, 2015; Dovidio, Major e Crocker, 2003, Jones et al, 1984). Barreto (2015) salienta ainda que nenhuma característica da identidade é um estigma *per se*, porque o que pode ser alvo de estigma em determinado contexto, pode não ser alvo de estigma em um outro contexto qualquer (e.g. membros de uma minoria étnica quando se relacionam com membros da maioria, em contraponto com membros de uma minoria étnica quando se relacionam com outros membros do seu grupo étnico). Sendo, portanto, socialmente determinado e, por isso, com variações culturais e temporais acerca das características ou partes da identidade que são estigmatizadas (e.g. homossexualidade, obesidade).

Os efeitos do estigma podem ser tão insidiosos e permanentes que, mesmo num contexto não estigmatizante, a pessoa pode sentir-se estigmatizada, um fenómeno conhecido pela ameaça do estereótipo. Este fenómeno torna as pessoas mais vigilantes e alerta, obriga-as a um esforço mental muito grande de que resulta a drenagem de recursos mentais e enfraquecimento do autocontrolo (Inzlicht, McKay, & Aronson, 2006), na expectativa de encontrarem preconceito.

## 2.1 Dimensões do estigma

Como referimos acima, vários investigadores têm agrupado diversas características do estigma em dimensões que relacionam a identidade social estigmatizada, a forma como os indivíduos lidam com ela e a sua relação com os outros.

Goffman (1963) foi o primeiro a distinguir três dimensões: abominações do corpo, querendo referir-se a deformidades físicas; culpas de carácter individual, querendo referir-se a desonestidade, crenças falsas, homossexualidade, desemprego; e estigmas tribais, de raça ou religião, que podem ser transmitidos e contagiados a toda a família, como a cor da pele ou crenças políticas e/ou religiosas.

Jones et al. (1984) vão mais além e propõem seis dimensões: a) Ocultável (*Concealability*)<sup>6</sup>, na medida em que o estigma pode ou não ser escondido pelo portador, e.g. homossexualidade ou uma deformidade física. Esta dimensão é particularmente importante porque, tal como vários estudos têm demonstrado (Newheiser & Barreto, 2014), as tentativas de ocultação da identidade estigmatizada drenam recursos mentais aos indivíduos alvos de estigma, custando-lhes uma quantidade enorme de energia que não poderá ser usada na normal interação com o outro (Inzlicht et al., 2008; Newheiser & Barreto, 2014). b) Curso (*Course of the mark*), que se refere à estabilidade ou mutabilidade do estigma ao longo do tempo, e.g. doença crónica progressivamente debilitante fisicamente, ou surdez profunda. As pessoas que experienciam ao longo do tempo uma doença crónica lidam melhor com o estigma e estão mais adaptadas, com menos ansiedade e mais autoestima (Crandall & Moriarty, 1995) que aqueles com uma doença aguda. c) Perturbador (*Disruptiveness*), na medida em que este estigma perturba o desenrolar normal da relação interpessoal, e.g. gaguez. Nesta dimensão, a contagiosidade e a severidade são um fator importante, na medida em que leva a comportamentos de distanciamento em relação ao outro. d) Estético (*Aesthetics*), que se refere à qualidade do estigma que é agradável ou não aos sentidos (Crandall & Moriarty, 1995), ou seja, que se relaciona com as reações subjetivas à não atratividade de um estigma, certamente diferentes do valor e dignidade inerentes à pessoa estigmatizada (Dovidio et al., 2003), e.g. uma pessoa com lábio leporino. e) Origem (*Origin*), referindo-se à causa do estigma (congénito, acidental ou intencional). Esta dimensão é muito importante na doença física, porque a percepção de culpa ou de controlabilidade do estigma leva a uma maior rejeição do estigmatizado, e.g. obesidade. E, finalmente, f) Risco (*Peril*), que se relaciona com a percepção do risco para os

---

<sup>6</sup> Tradução livre para português das seis dimensões do estigma propostas por Jones et al. (1984).

outros, e.g. risco de contágio de uma doença infetocontagiosa, fatal, rara e não tratável; pode também referir-se a um risco simbólico, moral, como os portadores de VIH (Crandall & Moriarty, 1995).

Mais tarde, Crocker et al (1998) propõem que as dimensões mais importantes e com maior impacto são a Visibilidade e a Controlabilidade. A maior ou menor visibilidade de um estigma pode determinar a forma como o estigmatizado lida com o estigma, quanta energia despende para o esconder e em que medida se compara com outros indivíduos estigmatizados (Dovídio et al, 2003). Aqueles cujo estigma não é visível podem escapar à rejeição social mas podem, por outro lado, perder a comparação social e o suporte social de outros similares a si. A controlabilidade é outra dimensão muito importante na forma como o indivíduo é rejeitado socialmente: se é percebido que o indivíduo pode controlar o estigma é rejeitado mais fortemente. A atribuição de responsabilidade pelos resultados pode levar a sentimentos de raiva contra o estigmatizado (Crandall, 2003), menos vontade de ajudar, evitamento e discriminação, por exemplo, quando o estigmatizado é descrito como responsável por ter VIH pela sua promiscuidade, será discriminado mais fortemente.

## **2.2 Esconder o estigma**

A investigação do estigma e da autoestima mudou muito nos últimos 50 anos; os alvos de estigma já não são vistos como vítimas passivas que inevitavelmente internalizam a sua desvalorização e sofrem de baixa autoestima: em vez disso, são vistos como agentes ativos que percebem, interpretam e tiram significados das suas experiências de estigmatização e lidam com essas experiências (Major & Townsend, 2013).

Esconder a identidade social estigmatizada é uma das formas de lidar com o estigma e relaciona-se com uma das dimensões apresentadas por Jones et al (1984), e por Crocker et al. (1998) – a visibilidade. A maior visibilidade de alguns estigmas pode promover a discriminação, o afastamento, a vergonha e se, para alguns indivíduos, for possível esconder o seu estigma ou parte da identidade estigmatizada (Smart & Wegner, 2003), eles fazem-no, o que pode ser crucial na interação com os outros, tendo um efeito protetor contra a desvalorização, o preconceito e a discriminação (Barreto, 2015). Pachankis (2007) descreve três situações em que o estigmatizado esconde o seu estigma: quando o estigma é saliente,

quando há uma ameaça de descoberta do estigma e quando há a possibilidade de consequências em ser descoberto.

A saliência do estigma refere-se à relativa acessibilidade aos pensamentos e preocupações em relação ao estigma, em determinado contexto. Um indivíduo que se sente sozinho com o seu estigma numa situação em que as características do seu estigma são tornadas salientes, pode levar a consequências psicológicas mais negativas; em contraponto com um indivíduo rodeado de outros semelhantes a si. Por exemplo, uma mulher infértil pode sentir o seu estigma mais saliente num encontro com amigas em que todas levam os seus filhos bebés (Pachankis, 2007). Outra situação que pode levar o indivíduo a esconder o estigma é numa ameaça de descoberta que é mais elevada em situações que questionam a identidade do indivíduo. Por exemplo, numa situação em que se fazem perguntas diretamente relacionadas com o estigma, aumenta a ameaça de descoberta. A percepção de consequências, muitas vezes, severas aquando da revelação do estigma, como desemprego, violência física, discriminação, isolamento social, pode provocar angústia e medo no indivíduo estigmatizado, forçando-o a esconder o seu estigma. Por exemplo, uma mulher portadora de VIH pode temer perder o seu emprego se revelar o seu segredo.

Mas esconder um estigma tem custos que, embora variando na duração e na severidade, têm implicações ao nível cognitivo, afetivo e comportamental (Pachankis, 2007; Smart & Wegner, 2003). Ao nível cognitivo, a preocupação constante em esconder o estigma pode ter um efeito protetor na medida em que lembra ao estigmatizado que não pode revelar o segredo (Barreto, 2015), mas traz pensamentos intrusivos que tornam a informação mais disponível para ser revelada e mantêm o indivíduo em alerta permanente na tentativa de inibir estes pensamentos (Smart & Wegner, 2003). A intrusão de pensamentos pode levar o indivíduo a ter mais medo de poder revelar o seu segredo, o que aumenta o esforço de supressão de pensamentos que traz mais intrusão, e assim sucessivamente de forma cíclica em resposta uma à outra (Pachankis, 2007; Smartt & Wegner, 1999). Ao nível cognitivo, o aumento da vigilância é outra das implicações. Numa situação de ameaça de descoberta, em que o indivíduo se sente angustiado e se percebe incapaz de esconder o seu estigma, pode aumentar a vigilância de determinadas características que poderão expor o seu estigma. Este aumento da vigilância drena recursos cognitivos (Barreto, 2015). Podem também dar muito mais atenção às interações sociais e escolher cuidadosamente os seus parceiros, implicando negativamente no seu comportamento interpessoal (Pachankis, 2007; Smartt & Wegner, 1999) evitando, por exemplo, temas de conversa para evitar revelar a natureza do seu estigma (Jones et al, 1984,

pág. 186). Esconder um estigma pode também tornar as pessoas desconfiadas de que o outro, na sua interação social, possa detetar indícios do seu estigma, que é outra das suas implicações cognitivas, tornando-as mais vigilantes.

Manter um segredo (no caso, o seu estigma) pode ser vergonhoso e é uma fraude (Barreto, 2015) sob o ponto de vista do estigmatizado: manter em segredo é vergonhoso pelo simples facto de que merece estar escondido. Pachankis (2007) refere várias implicações afetivas, nos estudos que analisou, que podem variar com o tipo de estigma escondido. Destaco a angústia emocional dos portadores de VIH quando em situações em que se vêm ameaçados de descoberta e da ansiedade dos seus familiares pelo estigma de cortesia<sup>7</sup> (Barreto, 2015). As doenças progressivas e incuráveis podem não ser compreendidas pelas pessoas que, por isso, podem atribuir culpa moral ao portador o que conduz a consequência psicológicas; a homossexualidade escondida pode levar a necessidade de isolamento social, depressão, diminuição do bem-estar psicológico, ansiedade e hostilidade.

Por último, as implicações no comportamento. Os indivíduos que escondem o seu estigma podem despende muita energia a monitorizar o seu comportamento e a gerir a sua imagem de modo a que não deixem escapar pistas que conduzam os outros ao seu estigma. Este comportamento pode ser tão acentuado que os impede até de procurar ajuda médica se tiverem que revelar o seu estatuto de estigmatizado (Barreto, 2015). Outra estratégia usada é o isolamento que impede os indivíduos de encontrarem outros semelhantes para comparação e suporte social, com quem pudessem criar laços de ajuda para lidar com o seu estatuto (Pachankis, 2007; Barreto, 2015).

### **2.3 Expectativas de preconceito**

Os membros de grupos estigmatizados têm consciência de que podem ser alvo de estereótipos e preconceito em determinadas situações, por isso, esperam estes fenómenos na sua interação social, mesmo em situações não estigmatizantes. Ao medo de que confirmem como características pessoais um estereótipo negativo acerca do seu grupo chama-se ameaça do estereótipo (Quinn, Kallen & Spencer, 2013). Por exemplo, num teste de aptidão intelectual, estudantes negros têm piores classificações que os seus colegas brancos quando lhes é dito

---

<sup>7</sup> Estigma de cortesia - fenómeno que acontece quando há a estigmatização por associação de um indivíduo, porque ele mantém uma relação próxima com alguém que é estigmatizado socialmente (Barreto, 2015).

que é um teste de aptidão intelectual – uma dimensão que lhes evoca a ameaça de estereótipo em relação ao seu grupo, já que são vistos como intelectualmente inferiores (Quinn, Kallen, & Spencer, 2013; Zebrowitz & Montepare, 2003). Do que ressalta a ideia de que a ameaça do estereótipo ocorre quando uma parte da identidade do indivíduo é ligada a um estereótipo negativo quando ambos são relevantes nesse contexto (Quinn et al., 2013); e que, quando a sua identidade social estigmatizada é central para o *self*, o indivíduo tende a ver-se mais frequentemente como alvo de preconceito e discriminação, em especial, quando as pistas de preconceito são de atribuição ambígua (Brenda Major & O'Brien, 2005).

Por conseguinte, a ameaça do estereótipo tem consequências na vida das pessoas, levando-as a um baixo desempenho e aumento da vigilância mesmo não estando num contexto de preconceito ou discriminação para com o seu grupo, com medo de confirmarem profecias autorrealizadas (Merton, 1968). Por lidarem cronicamente com o estigma e pela constante vigilância, os membros de grupos estigmatizados tendem a ser mais sensíveis a determinadas pistas potencialmente discriminatórias. Inzlicht, McKay e Aronson (2006) nos estudos que realizaram concluíram que o estigma pode prejudicar a habilidade para controlar e regular o comportamento das pessoas estigmatizadas, pelo aumento do *stress*, incerteza e vigilância. Na verdade, o aumento do *stress*, a incerteza e a vigilância resultam na diminuição do desempenho intelectual e na diminuição do autocontrole dos indivíduos. E qual é o mecanismo através do qual estes fenómenos acontecem? Para monitorizar constantemente as suas impressões, controlar as suas emoções e a expressão das suas emoções, os indivíduos precisam de autocontrolo – que é o esforço mental que os indivíduos usam para regular o seu comportamento. Mas o autocontrolo é limitado - exercendo o autocontrolo numa determinada tarefa ou ação intencional, este é drenado rapidamente diminuindo o desempenho nas tarefas subsequentes que requerem o mesmo tipo de recursos. No caso específico dos indivíduos estigmatizados, estes investigadores dizem-nos que os indivíduos usam e drenam o seu autocontrolo para controlar a sua identidade social desvalorizada deixando-os menos capazes para lidar com outras coisas. Estes indivíduos enfrentam *stress*, incerteza, preocupações em projetar uma imagem positiva, pensamentos intrusivos e supressão de pensamentos que lhes drena recursos regulatórios, enfraquecendo o autocontrolo. A este fenómeno, Inzlicht et al. (2006) chamam *ego depletion*<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Mantivemos a expressão em inglês dos autores do estudo por falta de melhor expressão em português.

## 2.4 Diferenças individuais

As pessoas são diferentes entre si, diferem na forma como se relacionam com os outros, na forma como percebem e avaliam as situações da sua interação social e na medida em que esperam vir a sofrer de preconceito. Inzlicht, Kaiser, Major (2008), por exemplo, questionam se as expectativas de preconceito afetam a percepção visual e a percepção das expressões faciais das emoções, nomeadamente, expressões de rejeição interpessoal como sendo a raiva e o desprezo, sendo que a face é de primordial importância para a interação social - é através dela que os indivíduos percebem se estão a ser bem-vindos ou rejeitados, adequando o seu comportamento à leitura que fazem das faces dos outros indivíduos. Ora, os indivíduos cronicamente alvo de preconceito e estigmatizados podem criar um padrão de rejeição intergrupala - um “conjunto de estruturas cognitivas que se pensa que contenham imagens do *self* e dos outros juntamente com um guião que leva a um padrão de rejeição intergrupala” (Inzlicht et al., 2008, pág 759), e o seu medo de serem socialmente desvalorizados pode levá-los a procurar pistas de rejeição na face dos outros. No seu brilhante estudo com mulheres, um grupo desvalorizado socialmente, Inzlicht et al. (2008) procuraram perceber como é que este grupo específico interpretava vídeos de faces que gradualmente mudavam de uma expressão para outra e verificaram que as expectativas de preconceito estavam associadas à tendência de ver mais emoções de rejeição (desprezo) e durante mais tempo nas faces dos homens – exogrupo, do que nas faces de mulheres - endogrupo.

Dito isto, que características influenciam a forma como as pessoas percebem e avaliam o estigma? Uma das características é a consciência do estigma. Pines (1999) encontrou evidências de que as mulheres que tinham uma elevada consciência do estigma prestavam mais atenção a pistas de ameaça de estereótipo, com uma diferença importante em relação à teoria da ameaça do estereótipo em que, neste caso, a expectativa de vir a sofrer de estereótipo é independente do seu comportamento. Por exemplo, no último estudo deste artigo, as mulheres tiveram pior desempenho em tarefas estereotipicamente masculinas quando em competição com homens do que em competição com mulheres.

Outra característica realçada por Downey e Feldman (1996) é a sensibilidade à rejeição. Nos estudos que realizaram perceberam que as pessoas que esperam ansiosamente ser rejeitadas percebem mais rejeição em comportamentos ambíguos; as pessoas que começam relacionamentos amorosos com expectativas de rejeição percebem rejeição em

comportamentos insensíveis dos companheiros; e as pessoas com mais elevada sensibilidade à rejeição têm relacionamentos menos satisfatórios.

A rejeição interpessoal relacionada com o estigma (Wahl, 1999) é outra das características que influencia a forma como as pessoas interagem socialmente. Wahl (1992), num vasto estudo que realizou com doentes mentais, concluiu que as pessoas com medo do estigma associado à sua doença, não se candidatavam a empregos, não procuravam cuidados de saúde e educação, levando ao seu isolamento social.

## **2.5 Estigma da tuberculose**

Nas últimas décadas tem sido dado muito relevo ao estigma relacionado com a doença, em particular com a doença mental (e.g. Wahl, 1992) e com o VIH (e.g. Daftary, 2012), que tem demonstrado a necessidade de se entender melhor os processos de estigmatização ligados à doença. Vários outros estudos têm sido realizados para aceder às relações sociais de poder, preconceito e discriminação e outras dinâmicas estruturais na base do estigma da tuberculose.

Do ponto de vista evolucionista, por um lado, o estigma serve várias funções que vão desde o aumento da autoestima até à eliminação de possíveis competidores (Dovidio et al., 2003), embora a nós nos interessem duas em particular: sobrevivência do grupo - os indivíduos têm que ser saudáveis de modo a que não ponham em risco a sobrevivência do seu grupo; e proteção do *self* - evitar situações perigosas ou ameaçadoras e assegurar a sobrevivência através da percepção de uma potencial ameaça é uma função importantíssima para o ser humano (Stangor & Crandall, 2003), por isso, os membros do grupo com uma doença contagiosa serão vistos como uma ameaça e serão estigmatizados (Neuberg, Smith, & Asher, 2003). Portanto, o estigma da tuberculose, ou outro, é concebido como um fenómeno socialmente construído em oposição a um problema meramente individual, o que nos transporta para os determinantes sociais das doenças infecciosas como a pobreza, o tecido urbanístico e a diferença entre as classes sociais (Vieira, 2011). Quando a tuberculose deixou de ser vista como a doença dos artistas porque Koch descobriu que tinha uma origem biológica, os pobres passaram a ser um perigo; a coabitação de pobres e ricos no mesmo espaço passou a ser um perigo para a saúde, justificando a estratificação do tecido urbanístico (Crandall, 2003), logo, reforçando e justificando o preconceito e a estigmatização da pobreza.



O contexto sociocultural como uma força estrutural é também apontado por Coreil et al. (2010) como sendo a base da percepção dos componentes do estigma relacionado com a tuberculose. As políticas institucionais, a sua prática, nomeadamente aquelas relacionadas com a saúde e com a imigração, e a economia moldam a forma como as pessoas veem a doença e podem reforçar os estereótipos negativos que conduzem à discriminação (Coreil et al., 2010). Estes investigadores, por exemplo, num estudo que realizaram com haitianos a viver no Haiti e haitianos a viver nos EUA, concluíram que no Haiti a tuberculose está associada a morte, pobreza e infeção por VIH; nos EUA está associada à imigração de pessoas de países em que a doença é endémica e, por isso, tendem a culpar os imigrantes pela sua doença. Num outro ponto de vista, Long et al. (2001), salientam a forma como a tuberculose aumenta a pobreza. O fardo económico é um dos primeiros problemas com que as famílias, no Vietname, têm que lidar. Se o homem é afetado pela doença e sendo o único provedor de rendimento familiar, ficando sem emprego (o que acontece com frequência), o rendimento destas famílias decresce, aumentando a pobreza.

A crença num mundo justo (Lerner, 1980), por outro lado, em que as pessoas acreditam que se tem o que se merece e se merece o que se tem, leva as pessoas a acreditar que quem tem tuberculose, tem esta doença porque, com base na sua crença, merece tê-la. Lerner (1980) diz que as pessoas distorcem, selecionam e até inventam evidências de que o estigmatizado merece o seu destino. E este processo funciona nos dois sentidos, ou seja, a discriminação tanto pode ser do outro como de si próprio - a auto-discriminação. Por exemplo, as mulheres com tuberculose sentem-se mais vezes envergonhadas e embaraçadas, com mais sentimentos de culpa, com mais problemas no casamento ou dificuldades em casar porque lhes é atribuída culpa pelo seu comportamento promíscuo, verdadeiro ou imaginado (Atre et al., 2011; Baral et al., 2007; Karim et al., 2007).

O estigma da tuberculose pode, ainda, associar-se, no mesmo indivíduo, a outras identidades sociais estigmatizadas como o género, classe social, sexualidade, etnia e identidade nacional (no caso dos imigrantes) (Atre et al., 2011; Coreil et al., 2010; Karim et al., 2007; Long et al., 2001). No que concerne à associação do estigma da tuberculose com o género, Long et al. (2001), Atre et al. (2011) e Karim et al., (2007) encontraram vários indicadores para esta associação: as mulheres com tuberculose estão mais vulneráveis a problemas no casamento; no caso de serem solteiras, mais dificuldade em encontrar parceiro; sentem-se isoladas em relação à comunidade e julgadas pela sua inabilidade em cuidar da família; e reportam mais medo de morrer por causa da doença. Os homens com tuberculose têm sérios problemas no

casamento porque são a base do suporte económico da família e, não podendo trabalhar, a família fica mais pobre; os homens têm, ainda, uma diminuição da autoestima e do *status* social pela perda do emprego. Portanto, ambos os papéis de género, homem e mulher, são postos em causa o que põe em evidência o “pesado fardo” do estigma desta doença. Além da identidade de género, queríamos salientar também a importância da sexualidade no duplo estigma da tuberculose associado ao VIH. Deribew et al. (2010), Møller et al. (2011) e Daftary (2012) descrevem que as pessoas com infeção por VIH e tuberculose são vistas como párias pelo seu comportamento sexual inaceitável e imoral, punidos por Deus e, por isso, isolados socialmente. Deve referir-se também a tremenda importância desta coinfeção em todo o continente africano, em especial na África Subsariana, em que o VIH/SIDA<sup>9</sup> e a tuberculose são diagnosticados muito tardiamente pelas crenças associadas às doenças e à sexualidade e pela associação dos dois estigmas (Daftary et al., 2007; Daftary, 2012; Deribew et al., 2010; Møller et al., 2011).

### **3. Emoções**

Como referido nos capítulos anteriores, nem todos os indivíduos experienciam o estigma da tuberculose da mesma forma, tanto pelas suas características pessoais como pelo contexto das suas interações sociais. Vários autores têm apontado que ser alvo de estigma pode ter consequências nos vários processos psicológicos da interação social, desde a monitorização dos pensamentos e do comportamento (Barreto, 2015; Newheiser & Barreto, 2014) até à percepção de emoções na expressão facial dos outros indivíduos (Inzlicht et al., 2008). É na face que os indivíduos procuram pistas de rejeição ou de aceitação, e é o seu foco de atenção quando interagem com outra pessoa, por isso, têm uma especial habilidade para ler faces e decodificar as expressões faciais, em especial se estas forem intensas e claras; se foram ambíguas e subtis pode tornar-se um processo mais complexo (Inzlicht et al., 2008).

As emoções e a sua expressão facial são então essenciais na interação humana. Os indivíduos usam as expressões faciais das emoções que observam nos outros como fonte de informação que influencia, regula e modela o seu comportamento (Niedenthal, Halberstadt, & Margolin, 2000) e, ao mesmo tempo, são eles próprios fonte de informação. Esta troca de sinais a que chamamos expressões faciais das emoções compreendem um conjunto de movimentos

---

<sup>9</sup> SIDA – Síndrome da imunodeficiência humana.

musculares que evoluíram por necessidades biológicas e sociais até ao que hoje conhecemos como um conjunto complexo, pronto a ser usado e decodificado.

Talvez por esta sua importância na interação social que o interesse pela expressão facial de emoções seja ancestral, mas foi Darwin (1890) quem primeiro se interessou pelas suas características evolutivas, biologicamente enraizadas, de adaptação ao meio ambiente (Darwin, 1890; Jack, 2013), transmitidas de geração em geração pela seleção natural. Darwin diz que as expressões faciais são comportamentos inatos e evoluídos que retiveram a configuração da contração dos músculos usados originalmente com o propósito de regular uma experiência sensorial. Diversos outros investigadores, certamente cativados com esta nova perspectiva, desenvolveram vários estudos em que encontraram uma ligação biológica entre várias expressões faciais, indo de encontro aos princípios formulados por Darwin. Por exemplo, Susskind et al. (2008) verificaram que na expressão facial do medo, as narinas dilatam de modo a que a circulação do ar aumente e os olhos abrem para aumentar o campo visual de modo a aumentar a probabilidade de deteção da ameaça; na expressão facial de nojo, verificaram o oposto, com a diminuição da entrada de ar e diminuição do campo visual, diminuindo também a probabilidade de contacto com a ameaça, suportando a ideia de suporte biológico e evolutivo na base destas expressões faciais.

Acredita-se (embora o debate permaneça mais ou menos em aberto), que todos os seres humanos, em todas as diferentes culturas, comunicam sete emoções básicas com os mesmos movimentos faciais – felicidade, surpresa, medo, nojo, desprezo, raiva e tristeza<sup>10</sup>, e que estes movimentos são entendidos universalmente em virtude das suas origens biológicas e evolutivas (Susskind et al., 2008). Ekman (Ekman, Sorenson, & Friesen, 1969; Ekman & Friesen, 1971) foi pioneiro no estudo da universalidade das emoções e desenvolveu um extenso estudo em que indivíduos ocidentais e não ocidentais visualizavam fotografias com faces expressando as seis emoções básicas (felicidade, tristeza, surpresa, medo, nojo e raiva) eram forçados a atribuir uma das seis expressões básicas a cada face; onde encontrou altos níveis de reconhecimento das seis expressões básicas entre os vários grupos.

No entanto, vários estudos vêm contrariar esta universalidade e apresentam dados que corroboram a influência cultural na percepção das expressões faciais. Numa meta-análise transcultural de reconhecimento de emoções Elfenbein & Ambady (2002) verificaram que parece haver um favorecimento endogrupal no reconhecimento das emoções, ou seja, os

---

<sup>10</sup> Inicialmente, eram seis as emoções que se pensava serem reconhecidas universalmente – felicidade, tristeza, surpresa, medo, raiva e nojo, às quais se acrescentou o desprezo.

indivíduos reconhecem mais facilmente e com maior precisão emoções expressas por indivíduos do seu grupo do que emoções expressas por indivíduos do exogrupo. Jack, Garrod, Yu, Caldara, & Schyns (2012), num estudo bastante interessante, com 15 indivíduos caucasianos ocidentais e com 15 indivíduos do leste asiático, em que lhes foi pedido para observarem faces geradas por computador, com as seis expressões faciais básicas - felicidade, surpresa, medo, nojo, raiva e tristeza, e escolhessem uma das seis emoções ou “não sei” para classificar a face observada e a intensidade da expressão, concluíram que os indivíduos caucasianos ocidentais representavam as seis emoções básicas com o mesmo conjunto de músculos faciais; os indivíduos do leste asiático apresentavam uma sobreposição entre as categorias de emoções, em particular para a surpresa, medo, nojo e raiva. Pelo que põem em causa a universalidade das seis emoções faciais. Num outro estudo, Marsh et al. (2003) procuram estabelecer “sotaques” (*accents*, em inglês) na forma de expressar emoções através da face, estabelecendo um paralelismo com a linguística que chama “sotaque” (*accent*, em inglês) às diferenças de pronúncia usadas por conjuntos de falantes de uma língua. Estes investigadores concluíram que as diferenças culturais na aparência das expressões faciais são variações mínimas nos movimentos musculares ou variações da intensidade dos movimentos, e são tão robustas que é quase impossível eliminá-las. Portanto, a expressão de emoções contém informação acerca da “nacionalidade ou cultura para além da informação transmitida pelas diferenças permanentes entre grupos culturais na fisionomia dos seus membros, características faciais, vestuário ou outras características estáticas” (Marsh et al., 2003).

Mas, sejam inatas ou culturalmente apreendidas, as expressões faciais fazem parte da comunicação e têm que ser expressas pelo emissor e decodificados pelo recetor, um processo dinâmico e bidirecional. O recetor, ao ler o sinal (no caso, a expressão facial) extrai informação relevante para a tarefa, interpreta o sinal baseado na informação pré-existente e reconstrói a mensagem (Jack, 2013). Se o recetor for uma pessoa estigmatizada ou com sensibilidade à rejeição, ele própria ativa um sistema de motivação defensiva que o orienta em direção a estímulos negativos (Inzlicht et al., 2008), enviesando a interpretação dos sinais. Queremos com isto dizer que a pessoa estigmatizada torna-se mais vigilante, procurando saber se o ambiente que a rodeia é ameaçador para o seu grupo e procurando sinais de rejeição e exclusão e reagindo de forma negativa no contacto com o exogrupo (Dovidio et al., 2003).

### 3.1 Nojo

Como vários investigadores têm demonstrado e nós referimos nos capítulos anteriores, os estados psicológicos, as diferenças individuais e as situações específicas, ou seja, o contexto, podem moldar a percepção. Inzlicht et al. (2008) demonstraram que indivíduos que cronicamente esperam ser tratados de forma preconceituosa enviam a sua percepção de emoções nas expressões faciais nos membros do exogrupo, em especial a emoção de rejeição interpessoal de desprezo (*contempt*). Com base neste modelo e no modelo teórico do nojo como um mecanismo de proteção contra doenças (Oaten, Stevenson, & Case, 2009), acreditamos que a percepção desta emoção por parte dos doentes com tuberculose nas expressões faciais dos outros vai fazer-se de forma enviesada.

O nojo é um tipo de emoção reconhecida e experienciada universalmente (Ekman et al., 1969) e parece ter indutores comuns nas diversas culturas (Oaten et al., 2009). Rozin, Haidt e McCauley (2008) sugerem que os alimentos e os produtos ou partes do corpo são os indutores por excelência do nojo para o qual o cérebro está diretamente moldado pela seleção natural, provavelmente, para evitar agentes patogénicos. Mas certos alimentos, alimentos estragados e a sua decomposição, vermes (Oaten et al., 2009), doença, deformidade, morte, sujidade de certos ambientes e alguns comportamentos sexuais (Curtis, de Barra, & Auger, 2011; Haidt, Rozin, McCauley, & Imada, 1997), parecem estar também no topo dos indutores universais do nojo. O contacto com estes agentes indutores, real ou imaginado, tem associado uma expressão facial de nariz enrugado, olhos semicerrados e elevação do lábio superior, reconhecida transversalmente em todas as culturas como nojo (Ekman et al., 1969; Susskind et al., 2008); um comportamento característico de afastamento do indutor; uma reação fisiológica que inclui diminuição da pressão arterial e aumento da resposta imunitária; e um efeito negativo que inclui náuseas e, às vezes, vômito (Curtis et al., 2011). Embora o nojo tenha uma função primordial e universal, as reações de nojo variam de nível na reação ao mesmo estímulo entre indivíduos e, nos mesmos indivíduos, ao longo da vida tanto pela sua aprendizagem como por ser um traço da sua identidade, como demonstram Curtis et al. (2011) num estudo *online* que realizaram com 38845 indivíduos em que as variações são nítidas entre indivíduos e região geográfico-cultural.

Portanto, o nojo parece ter um efeito protetor para o nosso corpo, ajudando-o a evitar agentes patogénicos capazes de provocar doença, um sistema que, certamente, traz uma enorme vantagem do ponto de vista adaptativo porque permite ao indivíduo viver mais tempo para

acasalar e procriar. Pode esperar-se que as mulheres, por exemplo, sejam mais sensíveis a pistas relacionadas com as doenças por causa dos altos custos que acarretam a escolha de um parceiro e a gravidez, por isso, a sua sensibilidade ao nojo será maior, em média, do que os homens (Oaten et al., 2009).

Esta pressão exercida pelos agentes patogénicos levou, então, à criação de um sistema de comportamentos de higiene socialmente adquirido e expandido – o nojo como um mecanismo de evitamento de doença. Curtis & Biran (2001) num estudo que realizaram em vários países e num aeroporto, acerca das motivações para os comportamentos de higiene, encontraram uma ligação entre as vias de transmissão de doenças infecciosas e os indutores de nojo. Por exemplo, secreções das vias aéreas superiores, como a saliva, partículas de aerossóis expelidos pela respiração ou secreções nasais entram no trato respiratório e podem transportar vírus e bactérias causadoras de inúmeras doenças, como a tuberculose, a gripe ou a pneumonia. Parece então, que estes comportamentos de higiene têm uma componente de interação social e de aprendizagem de comportamentos de grupo (e.g. um filho olhando para a face do seu pai com nojo ao ver fezes, certamente copiará o seu comportamento e evitará o contacto com este agente, sem necessidade de comprovar primeiro), que tem por fim reduzir a transmissão ou virulência dos vários agentes patogénicos (Curtis et al., 2011).

## Capítulo II

### Parte empírica

#### 1. Objetivos e hipóteses

É objetivo, no estudo proposto, perceber qual o impacto do estigma da tuberculose no quotidiano das pessoas doentes em tratamento através da forma como percecionam a sua interação social.

Com base nos pressupostos teóricos do estigma e da percepção de emoções, Inzlicht et al. (2008) puseram a hipótese de que os indivíduos estigmatizados com grandes expectativas de preconceito seriam especialmente sensíveis à percepção de emoções de rejeição nas faces do exogrupo. Nos dois estudos que realizaram demonstraram que mulheres com elevada consciência do estigma viam a emoção de desprezo nas faces dos homens durante mais tempo do que em faces de mulheres, em comparação com as mulheres com baixa consciência do estigma, tendo demonstrado que as expectativas de preconceito influenciam os processos básicos de percepção.

Tendo por base de inspiração este estudo de Inzlicht et al. (2008), e os mesmos pressupostos teóricos explanados nos capítulos anteriores, nós questionamos se o mesmo acontecerá com o nosso grupo de interesse – as expectativas de preconceito moldarão a forma como os doentes com tuberculose veem e percecionam a expressão de emoções faciais? Então, interessa-nos perceber se o doente com tuberculose identifica nos outros mais emoções negativas, nomeadamente o nojo nas faces neutras e/ou nas faces ambíguas, em comparação com o grupo de controlo. Inzlicht et al. (2008) centraram a sua investigação na rejeição porque esta emoção inclui sentimentos de superioridade, avaliação negativa e é uma emoção que é dirigida a membros do exogrupo; mas o grupo de interesse destes investigadores eram as mulheres. No nosso caso específico, o grupo a investigar tem uma doença infetocontagiosa, profundamente estigmatizante, influenciada por crenças de pobreza e falta de higiene ao longo de várias gerações (Vieira, 2011) e, por isso, muito ligada a emoções como a repulsa e o nojo. Como Oaten et al. (2009) propõem, a emoção de nojo evoluiu de um sistema de proteção contra doenças contagiosas, por isso, nós esperamos que haja um efeito maior nesta emoção do que nas restantes, como as emoções de aproximação como a felicidade e a tristeza, ou as

emoções de alerta e proteção como a surpresa e o medo ou as emoções e rejeição interpessoal como a raiva e o desprezo.

Então, sendo a nossa variável dependente a percepção de emoções, será que os doentes com tuberculose atribuem mais emoções negativas aos outros, em comparação com os não doentes? Colocamos como primeira hipótese que os doentes com tuberculose identificarão mais faces expressando nojo do que as pessoas não doentes. E, como segunda hipótese, as pessoas doentes com elevada consciência do estigma identificarão mais faces expressando nojo do que as pessoas do grupo de controlo.

## **2. Método**

### **2.1 Amostra**

A amostra é constituída por 68 participantes: 34 doentes com tuberculose em tratamento no Centro de Diagnóstico Pneumológico de Santarém, e 34 participantes pertencentes ao grupo de controlo, recolhidos aleatoriamente entre a população geral.

Os doentes foram recrutados aquando da sua vinda à consulta neste centro. O período que leva do tratamento até à cura desta doença é prolongado o que facilitou a recolha de dados desde 4 de maio de 2015 a 29 de maio de 2015.

Dos 34 doentes, 18 participantes são do sexo masculino (52,9%) e 16 são do sexo feminino (47,1%). As idades variaram entre 18 e 80 anos sendo a média 48,82 anos e o Desvio Padrão 17,21. As habilitações literárias vão desde a 4<sup>a</sup> classe com nove participantes, 9<sup>o</sup> ano com 13 participantes, 12<sup>o</sup> ano com sete participantes, licenciatura com três participantes e mestrado com dois participantes. À pergunta “Há quanto tempo está doente com tuberculose?” responderam 34 participantes, que variaram entre menos de um mês e aos 12 meses, sendo a média 5,1 meses e o Desvio Padrão 3,26.

No grupo de controlo, 38 participantes responderam ao questionário *online*. Destes 38 participantes, quatro responderam “Sim” à questão “Já estive alguma vez doente com tuberculose?” pelo que se eliminaram porque enviesariam os resultados do grupo de controlo; os restantes 34 participantes responderam que nunca tinham tido tuberculose e, portanto, consideraram-se para o estudo: oito são do sexo masculino (23,5%) e 26 são do sexo feminino (76,5%). As idades variam entre 20 e 65 anos, sendo a média 46,06 e o Desvio Padrão 9,528.



As habilitações literárias vão desde o 9º ano com um participante, 12º ano com cinco participantes, licenciatura com 22 participantes, mestrado com quatro participantes e doutoramento com dois participantes. À pergunta “Conhece alguém que tem ou tenha tido tuberculose?”, 12 participantes (35,3%) responderam que conhecem alguém que tenha tido tuberculose e 21 participantes (61,8%) responderam que não conhecem ninguém que tenha tido tuberculose e um participante (2,9%) respondeu que não sabe se conhece alguém que tenha tido tuberculose. À pergunta “Qual é a sua relação de parentesco com essa pessoa (por exemplo, amigo conhecido, namorado, marido...)?” quatro eram amigos, dois conhecidos, um colega, uma cunhada, um primo, três tios, dois responderam de forma impercetível e 20 participantes não responderam a esta questão.

## 2.2 Instrumento

Foi construído um instrumento de medida com fotografias de faces de pessoas, usando a base de fotografias *Radboud Faces Database*. Esta base de dados é de acesso livre e é constituída por fotografias de 67 modelos holandeses expressando oito emoções na expressão facial, previamente treinadas e posteriormente testadas.

Desta base de dados, foram selecionadas todas as fotografias de adultos de incidência frontal, com olhar em frente, com as expressões faciais de Felicidade, Tristeza, Raiva, Nojo, Desprezo, Medo e Surpresa e com expressão facial Neutra. Desta seleção inicial, escolheram-se duas fotografias de homens e duas fotografias de mulheres com expressão facial Neutra e uma fotografia de homem com a expressão facial de Desprezo, uma fotografia de mulher com a expressão facial de Raiva, uma fotografia de homem com a expressão facial de Nojo, uma fotografia de mulher com a expressão facial de Felicidade e uma fotografia de homem com a expressão facial de Medo.


Com as fotografias selecionadas com as expressões faciais de Felicidade, Tristeza, Raiva, Nojo, Desprezo, Medo e Surpresa, foram criadas imagens de sobreposição de fotografias da mesma face mas com duas expressões faciais diferentes, usando o *software* de *morphing* *Fantamorph5 Standard*, de modo a obter uma face para cada sobreposição com uma expressão facial ambígua. Escolhemos para sobrepor: Raiva e Nojo; Felicidade e Nojo; Desprezo e Nojo; Medo e Nojo; Raiva e Desprezo; Felicidade e Desprezo; e Medo e Desprezo. Deste conjunto final, selecionaram-se uma fotografia de homem e uma fotografia de mulher de cada uma das sobreposições, num total de 14 imagens (ver quadro 2.1).

*Quadro 2. 1 - Tabela exemplificativa da sequência de fotografias que fazem parte do instrumento do estudo*

<b>Expressões Faciais</b>	<b>Fotografia de mulher</b>	<b>Fotografia de homem</b>	
Neutra	2	2	
<i>Morphing</i> de Nojo + Raiva	1	1	
<i>Morphing</i> de Nojo + Felicidade	1	1	
<i>Morphing</i> de Nojo + Medo	1	1	
<i>Morphing</i> de Nojo + Desprezo	1	1	
<i>Morphing</i> de Desprezo + Raiva	1	1	
<i>Morphing</i> de Desprezo + Felicidade	1	1	
<i>Morphing</i> de Desprezo + Medo	1	1	
Desprezo	0	1	
Raiva	1	0	
Nojo	0	1	
Felicidade	1	0	
Medo	0	1	
Total	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>TOTAL = 23</b> fotografias

Na primeira tarefa (ver quadro 2.2), foi pedido ao participante para avaliar que tipo de emoção era expressa em cada uma das quatro fotografias, duas de homens com expressão facial Neutra e duas de mulheres com expressão facial Neutra (ver quadro 1), sendo que as opções de escolha eram: Felicidade, Tristeza, Raiva, Nojo, Surpresa, Medo e Desprezo.


*Quadro 2. 2 – Exemplo de questões feitas aos participantes para avaliação das emoções nas expressões faciais*

	Que tipo de emoção expressa a cara da fotografia?
	Felicidade
	Tristeza
	Raiva
	Nojo
	Surpresa
	Medo
	Desprezo

Na segunda tarefa (ver quadro 2.3), voltou a ser pedido ao participante para avaliar que tipo de emoção era expressa: Felicidade, Tristeza, Raiva, Nojo, Surpresa, Medo e Desprezo, em cada uma das 19 fotografias seguintes (ver quadro 1), sendo que 14 das fotografias

expressavam emoções ambíguas (sete fotografias de homens e sete fotografias de mulheres – uma fotografia de cada sexo para cada uma das fotografias ambíguas); e cinco expressavam emoções simples: Raiva (uma fotografia de mulher), Desprezo (uma fotografia de homem), Nojo (uma fotografia de homem), Felicidade (uma fotografia de mulher) e Medo (uma fotografia de homem). Para cada uma destas fotografias foi pedido também ao participante que avaliasse a intensidade das emoções expressa nas fotografias. Era obrigatório atribuir um valor de intensidade a cada uma das emoções: Felicidade, Tristeza, Raiva, Nojo, Surpresa, Medo e Desprezo, que poderia ir de 1 – Pouco intenso até 7 – Muito intenso, para cada fotografia.

*Quadro 2. 3 - Exemplo de questões feitas aos participantes para avaliação das emoções nas expressões faciais quanto à intensidade.*

	Que tipo de emoção expressa a cara da fotografia e com que intensidade?						
	Felicidade	Pouco intenso					Muito intenso
	1	2	3	4	5	6	7
Tristeza	Pouco intenso					Muito intenso	
	1	2	3	4	5	6	7
Raiva	Pouco intenso					Muito intenso	
	1	2	3	4	5	6	7
Nojo	Pouco intenso					Muito intenso	
	1	2	3	4	5	6	7
Surpresa	Pouco intenso					Muito intenso	
	1	2	3	4	5	6	7
Medo	Pouco intenso					Muito intenso	
	1	2	3	4	5	6	7
Desprezo	Pouco intenso					Muito intenso	
	1	2	3	4	5	6	7

Depois de terem acabado as duas tarefas de avaliação das emoções faciais, foi pedido aos participantes para responderem a um questionário composto por um conjunto de três escalas nesta ordem: Escala de Consciência do Estigma, Escala Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma e Escala de Sensibilidade à Rejeição (versão curta).

A escala de Consciência do Estigma (Pinel, 1999), adaptada para os doentes com tuberculose, avalia o grau em que as pessoas esperam ser estigmatizadas e discriminadas pelos outros em geral por causa da sua doença. Os participantes avaliaram o grau de concordância com as afirmações (e.g. “Os estereótipos acerca das pessoas com tuberculose afetam-me pessoalmente”) numa escala de Likert de 7 pontos, desde 1-Discordo totalmente até 7-Concordo totalmente. Esta escala varia em pontuação de 1 a 7, em que a pontuação mais alta significa maior consciência do estigma e a pontuação mais baixa menor consciência do estigma.

A escala de Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma (Wahl, 1999), inicialmente desenvolvida para avaliar a sensibilidade à rejeição em doentes mentais, e aqui adaptada para os doentes com tuberculose, avalia em que medida os doentes com tuberculose sentem a rejeição interpessoal devido à sua doença. Os participantes avaliaram o grau de concordância com as afirmações (e.g. “Preocupo-me com o facto de os outros terem uma imagem desfavorável de mim por ter tuberculose”) numa escala de Likert de 7 pontos, desde 1-Discordo totalmente até 7-Concordo totalmente. Esta escala varia em pontuação de 1 a 7, em que a pontuação mais alta significa maior sensibilidade à rejeição interpessoal por causa da tuberculose e a pontuação mais baixa menor sensibilidade à rejeição interpessoal por causa da tuberculose.

A escala de Sensibilidade à Rejeição (Downey & Feldman, 1996) foi desenhada para medir os níveis de sensibilidade pessoal à rejeição em duas dimensões: 1) preocupação e ansiedade perante uma ameaça de rejeição, e 2) expectativas de apoio em situações sociais; e há duas versões: uma longa com 18 itens e outra curta com 8 itens – aquela que usámos no nosso estudo. Nesta escala, é pedido aos participantes para se imaginarem numa determinada situação em que tem que fazer um pedido a alguém próximo, sendo a rejeição uma possibilidade (e.g. “Depois de acabar o curso, não consegue arranjar trabalho e pede aos seus pais para continuar a viver em casa por mais uns tempos. Fica muito preocupado ou ansioso com o facto de os seus pais quererem que volte a viver em casa deles? Esperaria ser bem acolhido em casa?). Para cada situação é pedido o grau de preocupação e ansiedade sentida em relação à resposta da outra pessoa, numa escala de Likert de 7 pontos, desde 1-Nada preocupado até 7-Muito preocupado; e pede-se também a probabilidade de a outra pessoa responder positivamente ao seu pedido, desde 1-Nada provável até 7-Muito provável.

Por último, para caracterizar melhor a nossa amostra, pediu-se aos participantes para responderem a perguntas sociodemográficas: idade, sexo, habilitações literárias, profissão, tempo de doença (para os doentes com tuberculose), ter conhecimento de alguém que tenha tido tuberculose e a relação de parentesco/proximidade com essa pessoa (para o grupo de controlo).

## **2.3 Procedimento**

Os participantes do estudo são doentes com tuberculose, em tratamento no CDP de Santarém e foram convidados a participar no estudo aquando da sua vinda à consulta. Os doentes que

aceitaram participar no estudo foram encaminhados para um gabinete com um computador ligado à internet onde, em sessões individuais, responderam ao questionário online.

Todos os participantes foram informados da natureza e dos objetivos do estudo, do seu carácter voluntário e da garantia de confidencialidade e anonimato dos dados. Foi-lhes dada a mesma informação por escrito - o consentimento informado, que assinaram e dataram.

Foi pedido aos participantes que respondessem ao nosso questionário, no computador e *online*, constituído por duas tarefas iniciais de avaliação e caracterização quanto à natureza e intensidade da expressão facial de 23 faces com diferentes expressões faciais. A terceira tarefa consistiu na resposta às três escalas que escolhemos: Escala de Consciência do Estigma (Pinel, 1999), Escala da Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma (Wahl, 1999) e Escala de Sensibilidade à Rejeição (Downey & Feldman, 1996). Por último, pediu-se a resposta a dados sociodemográficos.

Para o grupo de controlo, foi disponibilizado um *link* direto para o questionário, divulgado por email e redes sociais, que incluiu as mesmas perguntas, exceto aquela que se refere ao tempo de doença que foi substituída por outras duas questões: “Conhece alguém que tenha tido tuberculose?”; e “Qual é a sua relação de proximidade com essa pessoa?”.

No final, a investigadora fez um pequeno *debriefing* com cada um dos participantes que foram convidados a esclarecer qualquer dúvida acerca do estudo. Para os participantes do grupo de controlo foi disponibilizado um endereço de correio eletrónico de contacto para esclarecimento de qualquer dúvida.

## **2.4 Comissão de Ética para a Saúde**

Dada a especificidade da amostra e o tipo de participantes a fazer parte do nosso estudo, por serem doentes com tuberculose e responderem ao questionário no mesmo local onde são consultados e tratados da sua doença, foi pedida autorização para a realização do estudo ao Coordenador do CDP de Santarém, Dr. José Miguel Carvalho, à Diretora Executiva do ACES Lezíria, Dra. Diana Leiria, e à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que foi concedida pelas três entidades, e cujos documentos de autorização se encontram em anexo.

### 3. Resultados

No tratamento estatístico dos dados recorreremos ao *software* PASW Statistics (v.20 SPSS Inc., Chicago, IL) para as análises das estatísticas descritivas e inferenciais do estudo apresentado.

#### 3.1 Análise das escalas

No tratamento dos dados recolhidos entre os participantes foi encontrada uma boa consistência interna, comparação de pares, nas escalas utilizadas, com um  $\alpha$  de Cronbach =.89 na Escala de Consciência do Estigma para o grupo dos doentes e  $\alpha$  de Cronbach =.57 para o grupo de controlo; para a Escala de Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma foi encontrado  $\alpha$  de Cronbach =.70 para o grupo dos doentes e  $\alpha$  de Cronbach =.56 para o grupo de controlo; para a Escala de Sensibilidade à Rejeição foi encontrado  $\alpha$  de Cronbach =.78 para o grupo dos doentes e  $\alpha$  de Cronbach =.66 para o grupo de controlo (ver quadro 2.4).

No quadro 2.4, são apresentados médias, desvios padrão e alfa de Cronbach para cada escala, divididas por grupo (Doentes versus Controlo). Realizado o t-teste de igualdade de médias das três escalas, os resultados apontam para não apresentarem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos doentes e o grupo de controlo.

*Quadro 2. 4 – Consistência interna, Média, Desvio Padrão e igualdade das médias das três escalas*

Grupos	Escala Consciência do Estigma			Escala Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma			Escala Sensibilidade à Rejeição		
	Média	Desvio Padrão	$\alpha$ Cronbach	Média	Desvio Padrão	$\alpha$ Cronbach	Média	Desvio Padrão	$\alpha$ Cronbach
Doentes	4.51	1.43	.89	3.80	1.05	.70	5.42	2.49	.78
Controlo	4.28	.64	.57	4.04	.63	.56	4.60	2.13	.66
Igualdade das médias	T	df	Sig. (2-tailed)	T	Df	Sig. (2-tailed)	T	df	Sig. (2-tailed)
Variâncias iguais	.85	66	.40	-1.13	66	.26	1.46	66	.15
Variâncias diferentes	.85	45.62	.40	-1.13	54.15	.26	1.46	64.48	.15

As três escalas não apresentam, genericamente, valores significativamente diferentes de zero nas suas correlações, à exceção da correlação da Escala de Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma com a Escala de Consciência do Estigma que apresentam uma correlação de .74, no grupo dos doentes (ver quadro 2.5).

*Quadro 2. 5 – Matriz de correlações entre as três escalas*

		Escala Consciência do Estigma	Escala Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma	Escala Sensibilidade à Rejeição
Doentes	Escala Consciência do Estigma	1	.74**	.07
	Escala Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma	.74**	1	-.02
	Escala Sensibilidade à Rejeição	.07	-.02	1
Controlo	Escala Consciência do Estigma	1	.17	.15
	Escala Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma	.17	1	-.05
	Escala Sensibilidade à Rejeição	.15	-.05	1

\*\* *Correlação significativa para um nível de significância de 1% (teste 2 abas)*

### 3.2 Análise da natureza da expressão facial, emoções e grupos

Para a análise das emoções escolhidas pelos participantes dos dois grupos na expressão facial das fotografias, para testar a nossa primeira hipótese que diz que os doentes com tuberculose identificarão mais faces expressando nojo do que os não doentes, calculámos quantas vezes foram selecionadas as emoções de nojo, desprezo, raiva e medo e computámos o seu rácio, agrupando as fotografias em quatro grandes grupos: Neutras (fotografias com expressão facial neutra); Ambíguas/nojo, (fotografias com nojo e outra emoção misturadas); Ambíguas/desprezo (fotografias com desprezo e outra emoção misturadas); e Não ambíguas (ver quadro 2.1 do Instrumento).

As análises foram divididas por tipo de emoção: nojo, desprezo, raiva e medo.

#### 3.2.1 Nojo

Os rácios relativos à escolha de nojo foram analisados através de um *General Linear Model* (GLM) com 2 (tipo de grupo: Doentes versus Controlo) X 4 (tipo de fotografia: Neutras

versus Ambíguas/nojo versus Ambíguas/desprezo versus Não Ambíguas) com o último fator *within subject*. Os eta quadrados apresentados são parciais.

O GLM mostrou um efeito principal do fator tipo de fotografia ( $F(3,198) = 61.51, p < .001, \eta^2 = .48$ ). Este efeito foi qualificado numa interação entre o tipo de grupo e o tipo de fotografia ( $F(3,198) = 4.72, p = .003, \eta^2 = .07$ ).

As análises *pairwise* mostraram uma diferença significativa entre os rácios do grupo dos doentes e do grupo do controlo quando as fotografias são Ambíguas e envolvem nojo (fotografias com nojo e outra emoção misturadas) (quadro 2.6). Os doentes atribuem menos nojo a estas fotografias ( $M = .180$ ) em comparação com o grupo de controlo ( $M = .298$ ;  $F(1,66) = 7.18, p = .009, \eta^2 = .10$ ). Não se encontraram diferenças estaticamente significativas para os outros tipos de fotografias.

*Quadro 2. 6 - Percentagens médias da escolha da emoção de nojo por tipo de fotografia e por grupo*

Fotografia	Médias		Desvio Padrão		Diferença de médias	Sig.
	Doente	Controlo	Doente	Controlo		
Neutras	.022	.007	.072	.043	.015	.310
Ambíguas/nojo	<b>.180</b>	<b>.298</b>	.151	.206	<b>-.118*</b>	<b>.009</b>
Ambíguas/desprezo	.020	.020	.068	.068	.000	1.000
Não ambíguas	.118	.165	.099	.115	-.047	.076

\*A diferença de médias é significativa para um nível de significância de 5% (teste 2 abas)

### 3.2.2 Desprezo

Os rácios relativos à escolha de desprezo foram analisados, também, através de um GLM com 2 (tipo de grupo: Doentes versus Controlo) X 4 (tipo de fotografia: Neutras versus Ambíguas/nojo versus Ambíguas/desprezo versus Não Ambíguas) com o último fator *within subject*.

O GLM mostrou um efeito principal do fator tipo de fotografia ( $F(3,198) = 61.51, p = .018, \eta^2 = .05$ ). Este efeito mostra que os participantes atribuíram menos desprezo quando a fotografias são Ambíguas e envolvem desprezo ( $M_{\text{Ambíguas/desprezo}} = .081$ ) em relação às fotografias que são Ambíguas e envolvem nojo ( $M_{\text{neutras}} = .147$  ;  $M_{\text{Ambíguas/nojo}} = .134$ ;  $M_{\text{não}}$



ambíguas= .118). Só a diferença entre as fotos Ambíguas/Nojo e Ambíguas/Desprezo, no valor de .053, é que se apresenta como significativa ( $\alpha=.05$ ).

### 3.2.3 Raiva

Os rácios relativos à escolha de raiva foram analisados, também, através de um GLM com 2 (tipo de grupo: Doentes versus Controlo) X 4 (tipo de fotografia: Neutras versus Ambíguas/nojo versus Ambíguas/desprezo versus Não Ambíguas) com o último fator *within subject*.

O GLM mostrou um efeito principal do fator tipo de fotografia ( $F(3,198) = 47.05$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .42$ ). Este efeito foi qualificado numa interação entre o tipo de grupo e o tipo de fotografia ( $F(3,198) = 2.925$ ,  $p = .035$ ,  $\eta^2 = .04$ ).

As análises *pairwise* mostraram uma diferença significativa entre as percentagens do grupo dos doentes e do grupo do controlo quando as fotografias são Ambíguas e envolvem nojo (fotografias com nojo e outra emoção misturadas) (quadro 2.7). Os doentes atribuem mais raiva a estas fotografias ( $M = .180$ ) em comparação com o grupo de controlo ( $M = .092$ ;  $F(1,66) = 9.808$ ,  $p = .003$ ,  $\eta^2 = .13$ ). Não se encontraram diferenças estaticamente significativas para os outros tipos de fotografias.

Quadro 2. 7 - Percentagens médias da escolha da emoção de raiva por tipo de fotografia e por grupo

Fotografia	Médias		Desvio Padrão		Diferença de médias	Sig.
	Doente	Controlo	Doente	Controlo		
Neutras	,044	,022	,096	,072	,022	,290
Ambíguas/nojo	<b>,180</b>	<b>,092</b>	,145	,077	<b>,088*</b>	<b>,003</b>
Ambíguas/desprezo	,020	,029	,054	,064	-,010	,501
Não ambíguas	,206	,188	,173	,068	,018	,584

\*A diferença de médias é significativa para um nível de significância de 5% (teste 2 abas)

### 3.2.4 Medo

As percentagens relativas à escolha de medo foram analisadas, também, através de um GLM com 2 (tipo de grupo: Doentes versus Controlo) X 4 (tipo de fotografia: Neutras versus

Ambíguas/nojo versus Ambíguas/desprezo versus Não Ambíguas) com o último fator *within subject*.

O GLM mostrou um efeito principal do fator tipo de fotografia ( $F(3,198) = 10.87$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .141$ ). Este efeito foi qualificado numa interação entre o tipo de grupo e o tipo de fotografia ( $F(3,198) = 3.486$ ,  $p = .017$ ,  $\eta^2 = .05$ ).

As análises *pairwise* mostraram uma diferença significativa entre as percentagens do grupo dos doentes e do grupo do controlo quando as fotografias são Neutras (quadro 2.8). Os doentes atribuem mais medo a estas fotografias ( $M = .132$ ) em comparação com o grupo de controlo ( $M = .037$ ;  $F(1,66) = 7.215$ ,  $p = .009$ ,  $\eta^2 = .10$ ). Não se encontraram diferenças estaticamente significativas para os outros tipos de fotografias.

*Quadro 2. 8 - Percentagens médias da escolha da emoção de medo por tipo de fotografia e por grupo*

Fotografia	Médias		Desvio Padrão		Diferença de médias	Sig.
	Doente	Controlo	Doente	Controlo		
Neutras	<b>.132</b>	<b>.037</b>	.187	.089	<b>.096*</b>	<b>.009</b>
Ambíguas/nojo	.173	.202	.115	.137	-.029	.343
Ambíguas/desprezo	.103	.083	.129	.117	.020	.517
Não ambíguas	.135	.135	.145	.094	.000	1

\*A diferença de médias é significativa para um nível de significância de 5% (teste 2 abas)

### 3.3 Análise das intensidades atribuídas às emoções por grupo de participantes e fotografia

Continuando a testar a nossa primeira hipótese intensidades das emoções escolhidas pelos participantes na expressão facial das fotografias foram analisadas em três dos quatro grandes grupos referidos na secção anterior: Ambíguas/nojo, (fotografias com nojo e outra emoção misturadas); Ambíguas/desprezo (fotografias com desprezo e outra emoção misturadas); e Não ambíguas (ver quadro 2.1 do Instrumento). As intensidades atribuídas às fotografias Neutras não foram incluídas na análise porque as suas intensidades não fazem parte do questionário. Esta análise foi dividida por tipo de fotografia

### 3.3.1 Fotografias Ambíguas/Nojo

Recorreu-se a um GLM com 2 (tipo de grupo: Doentes versus Controlo) X 4 (fotos: Nojo\_Raiva versus Nojo\_Felicidade versus Nojo\_Desprezo versus Nojo\_Medo) X 2 (género: Homem vs Mulher) X 7 (emoção: Felicidade versus Tristeza versus Raiva versus Nojo versus Surpresa versus Medo versus Desprezo) com os três últimos fatores *within subject*.

O fator fotos apresentou os seus efeitos qualificados através de  $F(3,198) = 9.118$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .12$  e com uma interação com tipo de grupo ( $F(3,198) = .737$ ,  $p = .531$ ,  $\eta^2 = .11$ ). O fator gender apresenta os efeitos  $F(1,66) = 5.610$ ,  $p = .021$ ,  $\eta^2 = .08$  e com uma interação com tipo de grupo  $F(1,66) = .825$ ,  $p = .367$ ,  $\eta^2 = .12$ . O fator emoção apresenta os efeitos  $F(6,396) = 24.863$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .27$  e com uma interação com tipo de grupo  $F(6,396) = 4.585$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .07$ .

A interação entre os fatores fotos e género qualifica-se por  $F(3,198) = 10.159$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .13$  e a sua interação com o tipo de grupo por  $F(3,198) = 1.507$ ,  $p = .214$ ,  $\eta^2 = .02$ . A interação dos fatores fotos e emoção apresenta e  $F(18,1188) = 20.634$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .24$  a respetiva interação com o tipo de grupo  $F(18,1188) = 4.159$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .06$ . Por sua vez, a interação entre género e emoção apresenta como efeitos  $F(6,396) = 4.425$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .06$  e deles com o tipo de grupo  $F(6,396) = 2.966$ ,  $p = .008$ ,  $\eta^2 = .04$ .

A interação entre os três fatores *within subject* apresenta-se através de  $F(18,1188) = 6.803$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .09$  e deles com o tipo de grupo  $F(18,1188) = 1.149$ ,  $p = .298$ ,  $\eta^2 = .02$ .

As análises *pairwise* da interação dos fatores fotos, emoção e tipo de grupo, mostram que, nas fotografias Ambíguas/Nojo verificaram-se diferenças significativas na emoção do nojo e na emoção de desprezo quando a fotografia ambígua continha Nojo e Raiva com uma diferença de médias de -1.750 e de -1.103, respetivamente. Verificaram-se diferenças significativas também na emoção do nojo e na emoção de medo quando a fotografia ambígua continha Nojo e Desprezo com uma diferença de médias de -.912 e de .750, respetivamente. Verificaram-se diferenças significativas, ainda, na emoção de medo quando a fotografia ambígua continha Nojo e Medo com uma diferença de médias de -.853. Em todos os restantes trios resultantes desta interação não se identificaram diferenças de intensidade significativas (ver quadro 2.9).

*Quadro 2. 9 – Análise das intensidades das emoções atribuídas às fotografias Ambíguas/Nojo por condição (doente ou controlo) - diferenças significativas*

Fotos	Emoção	Doente	Controlo	Diferença de médias	Sig.
Nojo_Raiva	Nojo	2,824	4,574	-1,750*	,000
	Desprezo	2,044	3,147	-1,103*	,010
Nojo_Desprezo	Nojo	1,838	2,750	-,912*	,007
	Medo	2,397	1,647	,750*	,025
Nojo_medo	Medo	2,985	3,838	-,853*	,034

\*A diferença de médias é significativa para um nível de significância de 5% (teste 2 abas)

### 3.3.2 Fotografias Ambíguas/Desprezo

Recorreu-se a um GLM com 2 (tipo de grupo: Doentes versus Controlo) X 3 (fotos: Desprezo\_Raiva versus Desprezo\_Felicidade versus Desprezo\_Medo) X 2 (gender: Homem vs Mulher) X 7 (emoção: Felicidade versus Tristeza versus Raiva versus Nojo versus Surpresa versus Medo versus Desprezo) com os três últimos fatores *within subject*.

O fator fotos apresentou os seus efeitos qualificados através de  $F(2,124) = 8.817$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .12$  e com uma interação com tipo de grupo  $F(2,124) = 4.865$ ,  $p = .009$ ,  $\eta^2 = .07$ . O fator gender apresenta os efeitos  $F(1,62) = .162$ ,  $p = .689$ ,  $\eta^2 = .00$  e com uma interação com tipo de grupo  $F(1,62) = .013$ ,  $p = .909$ ,  $\eta^2 = .00$ . O fator emoção apresenta os efeitos  $F(6,372) = 57.792$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .48$  e com uma interação com tipo de grupo  $F(6,372) = 1.396$ ,  $p < .215$ ,  $\eta^2 = .02$ .

A interação entre os fatores fotos e gender qualifica-se por  $F(2,124) = .777$ ,  $p = .462$ ,  $\eta^2 = .01$  e a sua interação com o tipo de grupo por  $F(2,124) = .200$ ,  $p = .819$ ,  $\eta^2 = .00$ . A interação dos fatores fotos e emoção apresenta e  $F(12,744) = 80.72$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .56$  a respetiva interação com o tipo de grupo  $F(2,124) = .694$ ,  $p = .759$ ,  $\eta^2 = .01$ . Por sua vez, a interação entre gender e emoção apresenta como efeitos  $F(6,372) = 16.668$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .21$  e deles com o tipo de grupo  $F(6,372) = 1.621$ ,  $p = .14$ ,  $\eta^2 = .03$ .

A interação entre os três fatores *within subject* apresenta-se através de  $F(12,744) = 7.503$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .11$  e deles com o tipo de grupo  $F(12,744) = 1.451$ ,  $p = .138$ ,  $\eta^2 = .02$ .

Nas fotografias Ambíguas/Desprezo, as análises *pairwise* da interação dos fatores fotos, emoção e tipo de grupo permitem verificar diferenças significativas na emoção do nojo e na emoção de medo quando a fotografia ambígua continha Desprezo e Raiva com uma diferença de médias de  $-.406$  e de  $-.500$ , respetivamente. Todas as restantes diferenças nas interações destes fatores não apresentam valores estatisticamente significativos (ver quadro 2.10).

*Quadro 2. 10 – Análise das intensidades das emoções atribuídas às fotografias Ambíguas/Desprezo por condição (doente ou controlo) – diferenças significativas*

Fotos	Emoção	Doente	Controlo	Diferença de médias	Sig.
Desprezo_Raiva	Nojo	1,203	1,609	$-.406^*$	0,013
	Medo	1,328	1,828	$-.500^*$	0,035

### 3.3.3 Fotografias não ambíguas

Recorreu-se a um GLM com 2 (tipo de grupo: Doentes versus Controlo) X 5 (fotos: Desprezo versus Raiva versus Nojo versus Felicidade versus Medo) X 7 (emoção: Felicidade versus Tristeza versus Raiva versus Nojo versus Surpresa versus Medo versus Desprezo) com os dois últimos fatores *within subject*.

O fator fotos apresentou os seus efeitos qualificados através de  $F(4,264) = 8.364$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .11$  e com uma interação com tipo de grupo  $F(4,264) = 4.908$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2 = .07$ . O fator emoção apresenta os efeitos  $F(6,396) = 11.098$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .14$  e com uma interação com tipo de grupo  $F(6,396) = 1.458$ ,  $p < .191$ ,  $\eta^2 = .02$ .

A interação dos fatores fotos e emoção apresenta  $F(24,1584) = 64.547$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .49$  a respetiva interação com o tipo de grupo  $F(24,1584) = 1.758$ ,  $p = .013$ ,  $\eta^2 = .03$ .

Nas fotografias Não Ambíguas, as análises *pairwise* da interação dos fatores fotos, emoção e tipo de grupo permitem verificar diferenças significativas na emoção da raiva quando a fotografia não ambígua era o Desprezo com uma diferença de médias de  $.647$ . Verificaram-se diferenças significativas também na emoção do medo quando a fotografia não ambígua era a Raiva com uma diferença de médias de  $.794$ . Verificaram-se diferenças significativas, ainda, na emoção de nojo quando a fotografia não ambígua era o Medo com uma diferença de médias de  $-.824$ .

*Quadro 2. 11 - Análise das intensidades das emoções atribuídas às fotografias Não Ambíguas por condição (doente ou controlo) – diferenças significativas*

Fotos	Emoção	Doente	Controlo	Diferença de médias	Sig.
Desprezo	<b>Raiva</b>	<b>1,853</b>	<b>1,206</b>	<b>,647*</b>	<b>0,039</b>
Raiva	<b>Medo</b>	<b>2,176</b>	<b>1,382</b>	<b>,794*</b>	<b>0,035</b>
Medo	<b>Nojo</b>	<b>1,382</b>	<b>2,206</b>	<b>-,824*</b>	<b>0,018</b>

### 3.4 Análise de regressão da percentagem de nojo com as escalas usadas

Para testar a hipótese sobre o papel moderador da Consciência do Estigma na atribuição de nojo, foi feita uma análise de regressão com a Condição (Doentes versus Controlo), a Consciência do Estigma e interação entre estas duas variáveis como variáveis preditoras e a percentagem de nojo atribuída às faces apresentadas. Também foram feitas outras duas regressões parecidas, envolvendo as variáveis Rejeição ligada ao Estigma e Sensibilidade à Rejeição Interpessoal. No Quadro 2.12 são reportados os coeficientes e os níveis de significância das ditas regressões.

*Quadro 2. 12 – Análise de regressão da percentagem da escolha de nojo – escalas como preditoras*

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	.338	.041		8.178	.000
Condição	.158	.059	.321	2.695	.009
Consciência de Estigma	.015	.029	.067	.514	.609
Interação	.044	.072	.079	.610	.544
(Constante)	.342	.041		8.266	.000
Condição	.141	.059	.285	2.386	.020
Rejeição Estigma	.025	.040	.089	.639	.525
Interação	.029	.077	.052	.371	.712
(Constante)	.351	.040		8.731	.000

Condição	.125	.057	.254	2.195	.032
Sensibilidade Rejeição	-.029	.016	-.273	-1.790	.078
Interação	-.003	.025	-.016	-.103	.918

Variável Dependente: Percentagem de Nojo

Como é possível observar no quadro acima, o único preditor significativo nas três regressões é a Condição.

#### 4. Discussão

Sustentados nas linhas teóricas acerca do estigma, das emoções e percepção de emoções, nós colocámos em hipótese de que os doentes com tuberculose, porque pertencem a um grupo estigmatizado socialmente, que detêm expectativas de preconceito ligadas com a sua doença e, por isso, mais sensíveis a pistas de emoções negativas relacionadas com a proteção contra agentes patogénicos, manifestarão esta sensibilidade na percepção de emoções (e.g. nojo) nas faces do exogrupo.

No nosso estudo, o primeiro achado foi a estreita correlação entre as escalas de Consciência do Estigma e a Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma, no grupo dos doentes, levando-nos a acreditar que um doente com elevada consciência do estigma sente uma elevada rejeição interpessoal relacionada com o estigma, o que vai de encontro à teoria de que as pessoas estigmatizadas serão mais sensíveis à rejeição interpessoal (Inzlicht et al., 2008), levando-as à vigilância em relação a pistas, mesmo subliminais, de preconceito (Barreto, 2015). No nosso caso concreto, e porque se trata de uma doença infetocontagiosa, as pessoas com elevada consciência do estigma poderão evitar o contacto com os outros para evitar o contágio, por um lado, e, por outro, para evitar oportunidades de provar que os estereótipos acerca de si e do seu grupo estão corretos (Pinel, 1999). Na verdade, para algumas pessoas, os estereótipos e o preconceito parecem que estar sempre presentes, o que não será de espantar se virmos a investigação produzida acerca deste tema e que salienta a quantidade de grupos estigmatizados e de pessoas que estigmatizam os outros. Portanto, os níveis de consciência do estigma de pessoas alvo de preconceito, ou seja, a medida em que esperam vir a ser estigmatizadas, podem ter implicações importantes na forma como experienciam o seu estatuto (Pinel, 1999), sendo este o efeito que procurámos perceber melhor.

Depois, procurámos testar a nossa primeira hipótese de que os doentes com tuberculose identificarão mais faces expressando nojo do que as pessoas não doentes. Na verdade, nós não

verificámos este efeito, sendo que o grupo de controlo foi o que identificou mais faces expressando nojo. Pensamos que este fenómeno acontece porque:

a) As pessoas que sofrem de estigma aprenderam a lidar com ele e sofreram também um processo de habituação e necessitam de uma expressão facial mais intensa para que possam identificar esta emoção de nojo.

b) Num outro ponto de vista, a teoria diz-nos que os indivíduos têm necessidade de preservarem o seu senso de competência e uma autorrepresentação positiva. O senso de competência pessoal pode ser importante em contexto de desempenho profissional ou outro – se as pessoas acreditarem que estão a ser discriminadas pelas crenças preconceituosas dos outros, terão uma menor probabilidade de duvidarem da sua competência. A autorrepresentação positiva está ligada com a necessidade de nos apresentarmos de forma positiva para os outros. Perceber que o nosso grupo pode ser alvo de discriminação ameaça esta necessidade porque transmite exclusão social através da identidade social. Então, em vez de os indivíduos se tornarem mais vigilantes, optam por se tornarem cegos às pistas de discriminação. E esta cegueira parece depender não do contexto, mas da necessidade que o contexto torna mais saliente – no caso, a necessidade de uma autorrepresentação positiva ligada à doença (Barreto, 2015). Reportando novamente aos doentes com tuberculose, parece-nos que, além da habituação, este fenómeno também se aplica ao nosso caso. Se, por outro lado a necessidade se encontra satisfeita, até porque é uma doença facilmente encoberta, os indivíduos tendem a perceber tratamento discriminatório, o que ajuda a perceber que, embora eles não percebam o nojo (relacionado com a doença), o grupo dos doentes, tenha sido aquele que mais emoções de raiva e medo encontrou nas fotografias Ambíguas envolvendo Nojo e nas fotografias Neutras, respetivamente. Aqui, sim, indo também de encontro ao achado de Inzlicht et al. (2008) em que as pessoas estigmatizadas verão mais faces de rejeição interpessoal.

c) Dado que o grupo de controlo identifica mais vezes nojo nas fotografias ambíguas envolvendo nojo sendo, por isso, mais certo nas suas escolhas e o grupo dos doentes “acerta” menos vezes, então, poderemos afirmar que há uma drenagem dos seus recursos cognitivos que se traduz aqui na percepção errada da emoção nas faces dos outros.

No que diz respeito às intensidades, o efeito verificado acima tornou a verificar-se, tendo o grupo de controlo atribuído mais intensidade à emoção do nojo nas fotografias ambíguas envolvendo nojo, em comparação com o grupo dos doentes; e o grupo dos doentes atribuiu mais intensidade ao medo. Nas fotografias ambíguas envolvendo desprezo, o grupo de



controlo tornou a atribuir mais intensidade às emoções de nojo e medo, em comparação com o grupo dos doentes. Nas fotografias neutras, o grupo de controlo atribuiu mais intensidade ao nojo e o grupo dos doentes atribuiu mais intensidade ao medo e à raiva. Embora o nojo não apareça nas escolhas do grupo dos doentes, não podemos deixar de salientar, tal como na análise anterior, que as escolhas deste grupo se dão nas emoções negativas e de rejeição interpessoal. O medo como uma emoção de proteção e de preparação para o evitamento do perigo e a raiva como um sentimento de injustiça e de aproximação do “malfeitor com agressão e hostilidade” (Inzlicht et al., 2008). Não nos parece provável que uma pessoa reaja com agressão e violência na presença de uma pessoa com tuberculose, ainda que seja a primeira vez que ouve falar do assunto, mas poderá ser essa a interpretação enviesada por parte do doente com tuberculose da sua expressão facial, apesar da cegueira em relação a determinadas pistas estigmatizantes que propomos no parágrafo anterior.

Para analisar a nossa segunda hipótese que prediz que as pessoas doentes com elevada consciência do estigma identificarão mais faces expressando nojo do que o grupo de controlo, usámos um modelo de regressão linear onde não verificámos nenhum efeito na escolha do nojo, ou seja, os doentes com elevada consciência do estigma não escolheram mais nojo no conjunto de todas as fotografias. As outras duas escalas também não parecem ter qualquer tipo de efeito na escolha da emoção nojo. Poderá aventar-se a hipótese de que a relação entre o fator estigmatizante (doença) e as percepções da pessoa estigmatizada e seus mediadores (escalas) é complexa e que carecerá de análise mais detalhada dos seus mecanismos de transmissão.



## Conclusão

Ao longo desta dissertação, abordámos a tuberculose do ponto de vista da psicologia social, à luz das teorias mais recentes acerca do estigma com que esta doença se faz acompanhar.

Os nossos achados, não confirmando na totalidade as nossas hipóteses, vão no sentido de que os doentes com tuberculose têm um aumento da sua consciência do estigma e esperam ser rejeitados nas suas relações interpessoais por causa do estigma. Esta expectativa de rejeição e preconceito conduz estas pessoas a enviesarem a sua percepção de emoções nas faces dos outros, embora como referido no nosso caso, não na emoção do nojo, em particular, mas nas emoções negativas e de rejeição interpessoal. Estes doentes, ao perceberem emoções negativas e rejeição nas faces dos outros, agem de acordo com esta percepção e acabam por se comportar da forma que esperam. Há alguma evidência de que as pessoas que têm elevadas expectativas de preconceito têm resultados académicos piores, têm uma visão de si mais obscura, veem o mundo com desconfiança e constroem menos amizades intergrupais, o que pode levar estes doentes à falta de suporte e isolamento social. Portanto, estes achados abrem caminho no sentido de perceber melhor a forma como os doentes com tuberculose lidam com a sua doença e avaliam e constroem o seu mundo social.

Os resultados do nosso estudo, no entanto, não se podem generalizar para todos os grupos estigmatizados, nem para todo o estigma relacionado com a doença física ou mental. O fenómeno do estigma em contexto de doença é complexo, contextual e multidimensional e apresenta aspetos que merecem uma futura exploração, tanto do nosso ponto de vista, replicando o estudo, como de um outro qualquer, com o objetivo de se entender melhor estes fenómenos. O contributo da Psicologia Social para a compreensão das dinâmicas da doença é de primordial importância, nomeadamente, quando as principais causas da sua propagação e da sua falta de controlo têm raízes profundas nos comportamentos de grupo e na percepção mundo social.



## Referências

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. New York: Basic Books.
- Almeida, A. R. (2003). História sumária da tuberculose. In M. J. M. Gomes & R. Sotto-Mayor (Eds.), *Tratado de pneumologia* (1<sup>a</sup> ed., pp. 619–623). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Atre, S., Kudale, a, Morankar, S., Gosoni, D., & Weiss, M. G. (2011). Gender and community views of stigma and tuberculosis in rural Maharashtra, India. *Global Public Health*, 6(1), 56–71. doi:10.1080/17441690903334240
- Ayisi, J. G., van't Hoog, A. H., Agaya, J. a, Mchembere, W., Nyamthimba, P. O., Muhenje, O., & Marston, B. J. (2011). Care seeking and attitudes towards treatment compliance by newly enrolled tuberculosis patients in the district treatment programme in rural western Kenya: a qualitative study. *BMC Public Health*, 11(1), 515. doi:10.1186/1471-2458-11-515
- Baral, S. C., Karki, D. K., & Newell, J. N. (2007). Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health*, 7, 211. doi:10.1186/1471-2458-7-211
- Barreto, M. (2015). Experiencing and Coping With Social Stigma. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Personality and Social Psychology* (Vol. 2. Group P, pp. 473–506). American Psychological Association. doi:10.1037/14342-018
- Coreil, J., Mayard, G., Simpson, K. M., Lauzardo, M., Zhu, Y., & Weiss, M. (2010). Structural forces and the production of TB-related stigma among Haitians in two contexts. *Social Science & Medicine* (1982), 71(8), 1409–17. doi:10.1016/j.socscimed.2010.07.017
- Crandall, C., & Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology*, 34, 67–83. doi:10.1111/j2044-8309.1995.tb01049.x
- Crandall, C. S. (2003). Ideology and lay theories of stigma: the justification of stigmatization. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp. 126–150). New York: The Guildford Press.
- Curtis, V., & Biran, A. (2001). Dirt , Disgust , and Disease: is hygiene in our genes? *Perspectives in Biology and Medicine*, 44(1), 17–31. doi:10.1136/jech.2007.062380
- Curtis, V., de Barra, M., & Aunger, R. (2011). Disgust as an adaptive system for disease avoidance behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 366(1563), 389–401. doi:10.1098/rstb.2010.0117
- Daftary, a, Padayatchi, N., & Padilla, M. (2007). HIV testing and disclosure: a qualitative analysis of TB patients in South Africa. *AIDS Care*, 19(4), 572–7. doi:10.1080/09540120701203931

- Daftary, A. (2012). HIV and tuberculosis: the construction and management of double stigma. *Social Science & Medicine (1982)*, 74(10), 1512–9. doi:10.1016/j.socscimed.2012.01.027
- Darwin, C. (1890). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. (F. Darwin, Ed.) (1890th, 2009th ed.). New York: Cambridge University Press.
- Deribew, A., Abebe, G., Apers, L., Jira, C., Tesfaye, M., Shifa, J., ... Colebunders, R. (2010). Prejudice and misconceptions about tuberculosis and HIV in rural and urban communities in Ethiopia: a challenge for the TB/HIV control program. *BMC Public Health*, 10, 400. doi:10.1186/1471-2458-10-400
- DGS. (2014). Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2014. *Direcção Geral Da Saúde*.
- Dodor, E. A., Kelly, S., & Neal, K. (2009). Health professionals as stigmatisers of tuberculosis: insights from community members and patients with TB in an urban district in Ghana. *Psychology, Health & Medicine*, 14(3), 301–10. doi:10.1080/13548500902730127
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2003). Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. g. HULL (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp. 1–28). New York: The Guildford Press.
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of Rejection Sensitivity for Intimate Relationships, 70(6), 1327–1343.
- ECDC. (2013). *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2013*. doi:10.2900/77696
- ECDC. (2015). *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015*. doi:10.2900/77696
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17(2), 124–129. doi:10.1037/h0030377
- Ekman, P., Sorenson, E. R., & Friesen, W. V. (1969). Pan-cultural elements in facial displays of emotion. *Science*, 164(3875), 86–88. doi:10.1126/science.164.3875.86
- Elfenbein, H. A., & Ambady, N. (2002). On the Universality and Cultural Specificity of Emotion Recognition : A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 128(2), 203–235. doi:10.1037//0033-2909.128.2.203
- Haidt, J., Rozin, P., McCauley, C., & Imada, S. (1997). Body, psyche, and culture: the relationship between disgust and morality. *Psychology and Developing Societies*, 9(1), 108–131. doi:10.1177/097133369700900105
- Inzlicht, M., Kaiser, C. R., & Major, B. (2008). The face of chauvinism: How prejudice expectations shape perceptions of facial affect. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(3), 758–766. doi:10.1016/j.jesp.2007.06.004

- Inzlicht, M., McKay, L., & Aronson, J. (2006). Stigma as ego depletion: How being the target of prejudice affects self-control. *Psychological Science*, *17*(3), 262–269. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01695.x
- Jack, R. E. (2013). Culture and facial expressions of emotion. *Visual Cognition*, *21*(May 2014), 9–10, 1248–1286. doi:10.1080/13506285.2013.835367
- Jack, R. E., Garrod, O. G. B., Yu, H., Caldara, R., & Schyns, P. G. (2012). Facial expressions of emotion are not culturally universal. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. doi:10.1073/pnas.1200155109
- Jittimane, S. X., Nateniyom, S., Kittikraisak, W., Burapat, C., Akksilp, S., Chumpathat, N., ... Varma, J. K. (2009). Social stigma and knowledge of tuberculosis and HIV among patients with both diseases in Thailand. *PloS One*, *4*(7), e6360. doi:10.1371/journal.pone.0006360
- Juniarti, N., & Evans, D. (2011). A qualitative review: The stigma of tuberculosis. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(13-14), 1961–1970. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03516.x
- Karim, F., Chowdhury, a. M. R., Islam, A., & Weiss, M. G. (2007). Stigma, Gender, and their Impact on Patients with Tuberculosis in Rural Bangladesh. *Anthropology & Medicine*, *14*(2), 139–151. doi:10.1080/13648470701381440
- Kelly, P. (2000). Isolation and Stigma : The Experience of Patients With Active Tuberculosis. *Journal of Community Health Nursing*, *16*(4), 233–241. doi:10.1207/S15327655JCHN1604\_3
- Khan, A., Walley, J., Newell, J., & Imdad, N. (2000). Tuberculosis in Pakistan: Socio-cultural constraints and opportunities in treatment. *Social Science and Medicine*, *50*(2), 247–254. doi:10.1016/S0277-9536(99)00279-8
- Lerner, M. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: Plenum Press.
- Long, N. H., Johansson, E., Diwan, V. K., & Winkvist, A. (2001). Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Vietnam: A gender analysis. *Health Policy*, *58*(1), 69–81. doi:10.1016/S0168-8510(01)00143-9
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, *56*, 393–421. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Major, B., & Townsend, S. S. M. (2013). Coping with bias. In J. F. Dovidio, M. Hewstone, P. Glick, & V. M. Esses (Eds.), *The Sage Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination* (1<sup>a</sup> ed., pp. 410–425). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Ashington DC: Sage.
- Marsh, A. A., Elfenbein, H. A., Ambady, N., Marsh, A. A., Elfenbein, H. A., & Ambady, N. (2003). Cultural Differences in Facial Expressions of Emotion. *American Psychological Society*, *14*(4), 373–376. doi:10.1111/1467-9280.24461

- Merton, R. K. (1968). The self-fulfilling prophecy. In *Social theory and social structure* (2nd edn.). New York: The Free Press. doi:10.1525/aa.1958.60.2.02a00140
- Møller, V., Erstad, I., Cramm, J. M., Nieboer, A. P., Finkenflügel, H., Radloff, S., ... Kwizera, S. a. (2011). Delays in presenting for tuberculosis treatment associated with fear of learning one is HIV-positive. *African Journal of AIDS Research*, 10(1), 25–36. doi:10.2989/16085906.2011.575545
- Neuberg, S. L., Smith, D. M., & Asher, T. (2003). Why people stigmatize: toward a biocultural framework. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp. 31–61). New York, London: The Guildford Press.
- Newheiser, A. K., & Barreto, M. (2014). Hidden costs of hiding stigma: Ironic interpersonal consequences of concealing a stigmatized identity in social interactions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 52, 58–70. doi:10.1016/j.jesp.2014.01.002
- Niedenthal, P. M., Halberstadt, J. B., & Margolin, J. (2000). Emotional state and the detection of change in facial expression of emotion. *European Journal of Social Psychology*, 30(May 1999), 211–223. doi:10.1002/(SICI)1099-0992(200003/04)30:2<211::AID-EJSP988>3.0.CO;2-3
- Oaten, M., Stevenson, R. J., & Case, T. I. (2009). Disgust as a disease-avoidance mechanism. *Psychological Bulletin*, 135(2), 303–21. doi:10.1037/a0014823
- Pachankis, J. E. (2007). The Psychological Implications of Concealing a Stigma : A Cognitive – Affective – Behavioral Model. *Psychological Bulletin*, 133(2), 328–345. doi:10.1037/0033-2909.133.2.328
- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 114–128. doi:10.1037//0022-3514.76.1.114
- Quinn, D. M., Kallen, R. W., & Spencer, S. J. (2013). Stereotype threat. In J. F. Dovidio, M. Hewstone, P. Glick, & V. M. Esses (Eds.), *The Sage Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination* (pp. 379–394). Los Angeles, London, Singapore, Washington DC: Sage.
- Rieder, H. L. (1999). *Bases epidemiológicas do controlo da tuberculose* (1<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Rouillon, A., Perdrizet, S., & Parrot, R. (1976). Transmission of tubercle bacilli: the effects of chemotherapy. *Tubercle*, 57, 275–99. doi:10.1016/S0041-3879(76)80006-2
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. (2008). *Disgust: The body and soul emotion in the in the 21st century. Disgust and its disorders*. Washington DC: American Psychological Association.
- Smart, L., & Wegner, D. M. (2003). The hidden costs of hidden stigma. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (Heatherton., pp. 220–272). New York: The Guildford Press.



- Smartt, L., & Wegner, D. M. (1999). Covering Up What Can't Be Seen: Concealable Stigma and Mental Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(3), 474–486. doi:10.1037/0022-3514.77.3.474
- Souza, S. S., Silva, D. M. G. V., & Meirelles, B. H. S. (2010). Representações sociais sobre a tuberculose. *Acta Paul Enferm*, 23(1), 23–28. doi:10.1590/S0103-21002010000100004
- Stangor, C., & Crandall, C. S. (2003). Threat and the social construction of stigma. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp. 62–87). New York, London: The Guildford Press.
- Susskind, J. M., Lee, D. H., Cusi, A., Feiman, R., Grabski, W., & Anderson, A. K. (2008). Expressing fear enhances sensory acquisition. *Nature Neuroscience*, 11(7), 843–850. doi:10.1038/nn.2138
- Van Brakel, W. H. (2006). Measuring health-related stigma--a literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 307–34. doi:10.1080/13548500600595160
- Vieira, I. C. (2011). Alguns aspectos das campanhas antituberculosas em Portugal. *Revista Do CITCEM - Centro de Investigação Transdisciplinar «Cultura, Espaço & Memória»*, (2), 2–11.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467–478. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394
- Weiss, M. G. (2008). Stigma and the social burden of neglected tropical diseases. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2(5), e237. doi:10.1371/journal.pntd.0000237
- WHO. (2014). Global Tuberculosis Report 2014.
- Zebrowitz, L. A., & Montepare, J. M. (2003). “Too young, too old”: stigmatizing adolescents and elders. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp. 334–373). New York, London: The Guildford Press.



# ANEXOS

## ANEXO A

Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de  
Lisboa e Vale do Tejo

Exma. Senhora  
Dr.ª Teresa Nascimento  
[teresanasci@gmail.com](mailto:teresanasci@gmail.com)

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		6791/CES/2015	16-04-2015

**Assunto: "Estigma da Tuberculose: Perceção de emoções na expressão facial dos outros pelos doentes em tratamento".**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 10-04-2015, o projecto mencionado em epígrafe, tendo merecido parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

  
Luis Pisco

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa  
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723  
[geral@arslvt.min-saude.pt](mailto:geral@arslvt.min-saude.pt) | [www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

## ANEXO B

Declaração do Coordenador do Centro de Diagnóstico Pneumológico de Santarém, Dr. José Miguel Carvalho

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo  
Sub-região de Saúde de Santarém

**Centro de Diagnóstico Pneumológico de Santarém**

**Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que este serviço tem condições estruturais e logísticas e apresenta disponibilidade para a efectivação do estudo "Estigma da tuberculose: percepção de emoções nas expressões faciais dos outros pelos doentes em tratamento".

Acrescenta-se que este é um estudo com interesse para os serviços.

Com os melhores cumprimentos,

Santarém, 5 de Fevereiro de 2015



Dr. José Miguel Carvalho  
(assistente graduado de Pneumologia)

Administração Regional de Saúde  
de Lisboa e Vale do Tejo  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO  
Av. José Saramago, nº 1 - 2005-235 SANTARÉM

Av. José Saramago, 1      2005-143 Santarém  
Telef. 243324967      Fax 243324064

## ANEXO C

Declaração da Sra. Diretora Executiva do ACES Lezíria, Dra. Diana Leiria



## DECLARAÇÃO

Diana Faria dos Santos Leiria, Diretora Executiva do ACES Lezíria, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT, IP), declara pela presente que disponibiliza as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas, solicitadas pela Técnica de Radiologia – Teresa Maria Carvalho Nascimento, a aplicar aos utentes do Centro de Diagnóstico e Pneumológico de Santarém.

Santarém, 6 de Fevereiro de 2015

A Diretora Executiva



Diana Santos Leiria

## ANEXO D

### Consentimento informado

**Departamento de Psicologia Social e das  
Organizações**  
**Nome do Estudo:** Emoções faciais  
**Investigador Responsável:** Teresa Nascimento

## **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **Objetivo do Estudo**

O objetivo deste estudo é perceber como é que as pessoas reconhecem as expressões das emoções.

### **Condições do Estudo e Benefícios da Participação**

O tempo previsto de duração do estudo é de aproximadamente 20 a 30 minutos. O participante tem a oportunidade de contribuir com dados úteis para o desenvolvimento da aprendizagem de estudantes em Psicologia e do conhecimento científico em geral, aumentando o conhecimento sobre processos psicológicos. Pedimos a sua sinceridade, pois não existem respostas certas ou erradas, nem quaisquer riscos, físicos ou psicológicos, associados ao estudo em questão.

### **Voluntariado**

A participação no estudo é de carácter voluntário. O participante tem a possibilidade de negar ou desistir do estudo, a qualquer momento. Se tiver alguma dúvida peça ajuda à investigadora.

### **Confidencialidade, Privacidade e Anonimato**

De acordo com as normas da Comissão de Proteção de Dados, os dados recolhidos são anónimos e confidenciais. Os dados serão tratados como um todo e não individualmente, e a sua eventual publicação só poderá ter lugar em Revistas da especialidade.

Tendo tomado conhecimento sobre a informação disponível, declaro aceitar participar.

\_\_\_/\_\_\_/2015

**Departamento de Psicologia Social e das  
Organizações**  
**Nome do Estudo:** Emoções faciais  
**Investigador Responsável:** Teresa Nascimento

## **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **Objetivo do Estudo**

O objetivo deste estudo é perceber como é que as pessoas reconhecem as expressões das emoções.

### **Condições do Estudo e Benefícios da Participação**

O tempo previsto de duração do estudo é de aproximadamente 20 a 30 minutos. O participante tem a oportunidade de contribuir com dados úteis para o desenvolvimento da aprendizagem de estudantes em Psicologia e do conhecimento científico em geral, aumentando o conhecimento sobre processos psicológicos. Pedimos a sua sinceridade, pois não existem respostas certas ou erradas, nem quaisquer riscos, físicos ou psicológicos, associados ao estudo em questão.

### **Voluntariado**

A participação no estudo é de carácter voluntário. O participante tem a possibilidade de negar ou desistir do estudo, a qualquer momento. Se tiver alguma dúvida peça ajuda à investigadora.

### **Confidencialidade, Privacidade e Anonimato**

De acordo com as normas da Comissão de Proteção de Dados, os dados recolhidos são anónimos e confidenciais. Os dados serão tratados como um todo e não individualmente, e a sua eventual publicação só poderá ter lugar em Revistas da especialidade.

Tendo tomado conhecimento sobre a informação disponível, declaro aceitar participar.

\_\_\_/\_\_\_/2015

\_\_\_\_\_

## ANEXO E

### Escala de Consciência do Estigma

## Escala de Consciência do Estigma (Pinel, 1999)

1. Os estereótipos modo como a maioria das pessoas vêem as pessoas com tuberculose afeta-me pessoalmente.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

2. Preocupo-me com o facto de os outros verem o meu comportamento como o comportamento de quem tem tuberculose.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

3. Quando me encontro com pessoas que não estão doentes, sinto que me julgam por causa da minha doença.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

4. Eu penso frequentemente que a maioria das pessoas são preconceituosas em relação às pessoas com tuberculose.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

5. Muitas pessoas julgam as pessoas com tuberculose só por terem tuberculose.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

6. Ter tuberculose influencia o modo como as outras pessoas com tuberculose agem para comigo.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

7. Sempre que me encontro com pessoas sem tuberculose, eu penso no facto de estar com tuberculose.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

---

8. Ser uma pessoa com tuberculose influencia a forma como as pessoas lidam comigo.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

9. A maioria das pessoas é preconceituosa em relação às pessoas com tuberculose

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

10. A maioria das pessoas tem problemas em ver as pessoas com tuberculose como iguais.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

## ANEXO F

### Escala de Rejeição Interpessoal Relacionada com o Estigma



Escala de Rejeição Interpessoal Relacionada com Estigma (Whal, 1999)

1. Preocupo-me com o facto dos outros terem uma imagem desfavorável de mim por ter tuberculose.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

2. Tenho estado em situações em que ouvi alguém a dizer coisas ofensivas e desfavoráveis acerca das pessoas com tuberculose e seus interesses.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

3. Tenho visto ou lido coisas nos media (tV, filmes, livros...) acerca das pessoas com tuberculose e a sua doença que me magoaram e ofenderam.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

4. Tenho evitado contar aos outros fora da minha família mais próxima que tenho tuberculose.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

5. Fui tratado pelos outros como menos competente quando souberam que tenho tuberculose.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

6. Evitaram o contacto comigo quando foi tornado público que tenho tuberculose.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

7. Fui aconselhado a diminuir a minhas expectativas por ter tuberculose.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

---

---

8. Tenho sido tratado pelos outros de forma justa quando sabem que tenho tuberculose.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

9. Os meus amigos que souberam que tenho tuberculose têm-me apoiado e compreendido.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	---------------------------	-------------------	----------	---------------------

## ANEXO G

### Escala de Sensibilidade à Rejeição

Escala de Sensibilidade à Rejeição (Downey & Feldman, 1996) – versão curta

Os casos abaixo descrevem possíveis situações da vida real. Gostaríamos que se imaginasse nessas situações mesmo que não se apliquem à sua vida quotidiana.

Para cada uma delas, serão colocadas as seguintes questões:

- 1) Se e quanto ficará preocupado ou ansioso com as respostas das outras pessoas?
- 2) Como acha que será a resposta das outras pessoas?

Vai pedir ajuda aos seus pais na escolha do curso superior.

Fica muito ou pouco preocupado/a ou ansioso/a se os seus pais quererão mesmo ajudar?	Nada preocupado	Um pouco preocupado	Não sei	Preocupado	Muito preocupado
--	-----------------	---------------------	---------	------------	------------------

Eu esperaria que eles me quisessem ajudar.	Nada provável	Um pouco provável	Não sei	Provável	Muito provável
--	---------------	-------------------	---------	----------	----------------

Deseja falar com um amigo chegado depois de fazer ou dizer algo que o aborreceu.

Fica muito ou pouco preocupado/a ou ansioso/a se o seu amigo quererá mesmo falar consigo ajudar?	Nada preocupado	Um pouco preocupado	Não sei	Preocupado	Muito preocupado
--	-----------------	---------------------	---------	------------	------------------

Eu esperaria que ele quisesse falar comigo para resolver o assunto.	Nada provável	Um pouco provável	Não sei	Provável	Muito provável
---	---------------	-------------------	---------	----------	----------------

Depois de acabar o curso, não consegue encontrar trabalho e pede aos pais para continuar a viver em casa por mais uns tempos.

Fica muito ou pouco preocupado/a ou ansioso/a se os seus pais querem que volte a viver em casa deles?	Nada preocupado	Um pouco preocupado	Não sei	Preocupado	Muito preocupado
---	-----------------	---------------------	---------	------------	------------------

Eu esperaria que ser bem acolhido em casa.	Nada provável	Um pouco provável	Não sei	Provável	Muito provável
--	---------------	-------------------	---------	----------	----------------

Telefona ao namorado depois de um discussão amarga e diz-lhe que quer falar com ele.

Fica muito ou pouco preocupado/a ou ansioso/a se o seu namorado quer vê-lo?	Nada preocupado	Um pouco preocupado	Não sei	Preocupado	Muito preocupado
---	-----------------	---------------------	---------	------------	------------------

Eu esperaria que ele quisesse ver-me.	Nada provável	Um pouco provável	Não sei	Provável	Muito provável
---------------------------------------	---------------	-------------------	---------	----------	----------------

Convida os pais para estarem presentes numa ocasião importante para si.

Fica muito ou pouco preocupado/a ou ansioso/a se os seus pais querem estar presentes?	Nada preocupado	Um pouco preocupado	Não sei	Preocupado	Muito preocupado
---	-----------------	---------------------	---------	------------	------------------

Eu esperaria que eles quisessem estar presentes.	Nada provável	Um pouco provável	Não sei	Provável	Muito provável
--	---------------	-------------------	---------	----------	----------------

Pede um grande favor a um amigo.

Fica muito ou pouco preocupado/a ou ansioso/a se o seu amigo lhe faria esse grande favor?	Nada preocupado	Um pouco preocupado	Não sei	Preocupado	Muito preocupado
---	-----------------	---------------------	---------	------------	------------------

Eu esperaria que ele quisesse fazer-me esse grande favor.	Nada provável	Um pouco provável	Não sei	Provável	Muito provável
---	---------------	-------------------	---------	----------	----------------

Pergunta ao namorado se ele o ama.

Fica muito ou pouco preocupado/a ou ansioso/a se o seu namorado lhe responde que sim?	Nada preocupado	Um pouco preocupado	Não sei	Preocupado	Muito preocupado
---	-----------------	---------------------	---------	------------	------------------

Eu esperaria que ele me respondesse que sim com sinceridade.	Nada provável	Um pouco provável	Não sei	Provável	Muito provável
--	---------------	-------------------	---------	----------	----------------

Numa festa repara noutra pessoa do outro lado da sala e vai convidá-la para dançar.

Fica muito ou pouco preocupado/a ou ansioso/a se querará dançar consigo?	Nada preocupado	Um pouco preocupado	Não sei	Preocupado	Muito preocupado
--	-----------------	---------------------	---------	------------	------------------

Eu esperaria que ele me respondesse que quisesse dançar comigo.	Nada provável	Um pouco provável	Não sei	Provável	Muito provável
---	---------------	-------------------	---------	----------	----------------