



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**(In)visível para quem?
Um olhar sobre o Estigma Internalizado, Auto-estima e
Qualidade de Vida em Pessoas com Doença Mental**

Sandra Elisabete Henriques de Oliveira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador:

Professor Doutor Francisco Gomes Esteves, Professor Catedrático,
Mid Sweden University, Östersund, Suécia & ISCTE-IUL, Lisboa, Portugal

Co-orientadora:

Professora Doutora Helena Maria Barroso Carvalho, Professora Auxiliar com
Agregação do Departamento de Métodos de Pesquisa Social, ISCTE-IUL, Lisboa,
Portugal

Outubro, 2015

(In)visível para quem?
Um olhar sobre o Estigma Internalizado, Auto-estima e
Qualidade de Vida em Pessoas com Doença Mental

Sandra Elisabete Henriques de Oliveira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde

Júri

Professor Doutor Jaime Vila Castellar, Professor Catedrático, Faculdade de Psicologia
da Universidade de Granada, Espanha

Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos, Professora Catedrática,
Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Portugal

Professora Doutora Cristina Maria Leite Queirós, Professora Auxiliar, Faculdade de
Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal

Professora Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes, Professora Auxiliar do
Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE-IUL, Lisboa, Portugal

Outubro, 2015

O presente trabalho foi financiado por uma bolsa de doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia, SFRH/BD/75379/2010.



à Sara e ao Henrique

Agradecimentos

É um desafio tentar traduzir por palavras o resultado de um percurso imensamente enriquecedor, gratificante e que, creio, me ajudou a compreender melhor aqueles que vivem a experiência de uma doença mental. Apesar de tudo, o compromisso com a realidade de que estaremos sempre a *olhar de fora* e nesse sentido, não fazemos mais do que uma aproximação à vivência e ao sofrimento do *outro*. Fica a noção de que existe um longo caminho a percorrer e que este trabalho mais não é do que um pequeno passo, uma tentativa de *ler* melhor a complexidade de factores que interagem com o fenómeno de internalização do estigma na doença mental. Fica, também, o desejo de que num futuro próximo possamos ver melhorada a atenção clínica e social dirigida às pessoas com problemas de saúde mental.

Este percurso foi-me possibilitado por várias pessoas que me deram o privilégio de com elas trabalhar, reflectir, aprender e conviver. Agradeço ao Professor Francisco Esteves, que aceitou orientar este trabalho. Sinto-me grata pela confiança que depositou em mim desde o primeiro dia e a autonomia que sempre me concedeu. Agradeço ainda as palavras de estímulo e o tom construtivo e afável, sempre presentes. Graças, também, ao Professor Francisco foi-me possível realizar este trajecto em regime de dedicação completa.

Nem sempre consegui entender o que me *diziam* os números. Se aprendi a *ouvi-los* foi porque com o tempo fui ensaiando colocar em suspenso, mas não de lado, as minhas hipóteses e permitindo, sem pressas, *que os números falassem comigo*; aceitando o que tinham para me dizer, ou desdizer, que é tantas vezes a angústia do investigador. Esta humilde aprendizagem devo-a à Professora Helena Carvalho que pacientemente me ensinou e comigo partilhou tantas horas de trabalho. Pelo apoio e incentivos constantes, pelo desafio e persistência lhe agradeço. De facto, encontrei na Professora Helena Carvalho uma pessoa de qualidades humanas excepcionais e de enorme rigor técnico e metodológico.

Agradeço à Professora Sónia Bernardes por ter acompanhado o meu percurso durante estes quatro anos, pelos comentários e sugestões ao progresso do trabalho e pela disponibilidade demonstrada das vezes que a procurei.

Por me ter sempre apoiado neste meu gosto pelo conhecimento em geral e pela investigação e pela clínica em particular; por me ter ajudado a tornar visível em mim o interesse pelo *outro*; pelos ensinamentos, pela estima, pelo exemplo, ficarei sempre grata ao Professor Edgar de Gonçalves Pereira, meu orientador de licenciatura e mestrado, que me incentivou a prosseguir com o doutoramento, numa área tão sensível quanto desafiante.

Agradeço igualmente ao Professor St. Aubyn as agradáveis conversas ‘matemático-estatísticas’ em alguns finais de tarde.

Sinto-me grata pelo facto de este percurso ter sido viabilizado pela FCT, pelas condições de trabalho proporcionadas pelo ISCTE/CIS-IUL e que me permitiram desenvolver a presente investigação.

É da maior justiça reconhecer o papel do Centro de Educação Especial Rainha D. Leonor (CEERDL), instituição onde, pela experiência de trabalho com jovens e adultos com problemas de saúde mental, vi despertar a preocupação pelo tema aqui retratado. Às minhas colegas de direcção, agradeço por me terem possibilitado o acesso a licença sem vencimento durante o tempo em que fui bolsista da FCT e pela ausência do serviço que, naturalmente, exigiu de outras pessoas uma sobrecarga de trabalho. Agradeço ainda a compreensão para com este meu gosto pela investigação e por me terem confiado de novo as minhas funções.

Às instituições que através dos seus profissionais me abriram as portas, uma das quais pela segunda vez, e me possibilitaram o acesso aos participantes deste estudo, o meu muito obrigada pela forma generosa com que me receberam. Não sendo possível agradecer a todos, deixo o meu reconhecimento extensível às equipas orientadas pela Dr.^a Paula de Carvalho do Centro Hospitalar do Oeste, Dr. Vitor Cotovio da Casa de Saúde do Telhal, Dr. Eduardo Martins do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Dr.

Luís Sardinha do Hospital S. Francisco Xavier e responsáveis das Equipas de Saúde Mental Comunitária, Dr. Cláudio Laureano do Hospital de Santo André, Direcção da ARIA na pessoa da Dr.^a Teresa Ribeiro e Direcção do CEERDL. Agradeço ainda ao Enfermeiro Miguel Narigão da Equipa de Projecto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental pela colaboração na disponibilização de listagem de pessoas institucionalizadas que estava previsto transitarem para uma estrutura residencial e à AEIPS, na figura do Professor José Ornelas, o tempo dispensado no acompanhamento à residência do Restelo, local para onde haviam recentemente sido transferidas pessoas há várias décadas institucionalizadas no Hospital Miguel Bombarda.

Aos participantes deste estudo, com quem tive o privilégio de me cruzar e sem os quais este trabalho não teria sido possível, os meus sinceros agradecimentos. A estas pessoas, a quem muitas vezes não lhes foram dadas as merecidas oportunidades mas que em muitos casos tiveram e têm familiares e profissionais que com eles se empenham no seu processo de reabilitação, desejo que o seu futuro venha a ser o da inclusão.

Agradeço à minha família. Em particular à minha irmã Paula, pelos incentivos constantes, pelo apoio a qualquer hora e em todos os momentos e à minha irmã Elsa pela preocupação genuína e palavras sempre tranquilizadoras. Ao Quim-Zé, pela paciência e disponibilidade de sempre.

A todas as pessoas que aqui refiro e outros que deram o seu contributo para que esta tese fosse realizada e aos que não o fizeram directamente mas de alguma forma me ajudaram, expresso aqui a minha gratidão.

Por fim, aos que não esquecerei nunca de agradecer:

Ao Carlos, pelo apoio incondicional em todos estes anos, pelo carinho, compreensão e presença. Aos meus filhos, Sara e Henrique, as minhas fontes de verdade e esperança e a quem dedico, *também*, este trabalho.

Resumo

Estudos sugerem que muitas pessoas que internalizam o estigma da doença mental experienciam auto-estima diminuída e deterioração da sua qualidade de vida. Porém, a relação entre estigma internalizado e auto-estima e domínios que compõem a qualidade de vida mantém-se por investigar apesar de inúmeras pistas na literatura apontarem para a sua potencial importância. Na presente investigação, baseada numa amostra psiquiátrica de 403 adultos (231 homens e 172 mulheres), entre 19 e 79 anos ($M = 43.97$, $DP = 12.96$) acompanhados em contextos hospitalares e comunitários, o Estudo 1 indicou que as medidas de avaliação ISMI, RSES e WHOQOL-Bref mostraram-se adequadas para aplicação em diversos diagnósticos clínicos e diferentes contextos de tratamento. O Estudo 2 testou um modelo que evidenciou o papel mediador da auto-estima na relação entre estigma internalizado e domínios da qualidade de vida (psicológico, ambiente, nível de independência, físico e relações sociais). O Estudo 3 analisou a associação entre diagnósticos clínicos e contextos de tratamento e níveis de estigma internalizado, auto-estima e satisfação com as relações sociais em pessoas com esquizofrenia e perturbações do humor; identificou quatro perfis clínicos distintos destacando que, a internalização do estigma e insatisfação com as relações sociais e indicadores sociodemográficos associados constituem um factor de risco agravado para o isolamento social na esquizofrenia. Globalmente, estes resultados sugerem a necessidade de intervenções que reforcem a auto-estima e melhorem a qualidade de vida daqueles que internalizam o estigma da doença mental. Tal deverá constituir foco de atenção na investigação e prática clínica, assumindo-se como um aspecto particularmente relevante no actual cenário de desinstitucionalização, em Portugal.

Palavras-chave: Estigma internalizado, auto-estima, qualidade de vida, doença mental, diagnóstico clínico, contextos de tratamento.

Códigos PsycINFO:

2200 Psychometrics & Statistics & Methodology

3210 Psychological Disorders

3370 Health & Mental Health Services

Abstract

Research suggests that many people who internalize mental illness stigma often experience reduced self-esteem and impaired quality of life. However, the relationship between internalized stigma and self-esteem and domains that comprise quality of life remains to be addressed although numerous clues of its potential importance have been previously referred by the literature. In this research, based on a psychiatric sample of 403 adults (231 men and 172 women), ages between 19 and 79 years ($M = 43.97$, $S.D. = 12.96$), receiving professional mental health care in hospital-based services and community-based facilities, Study 1 showed that the ISMI, RSES and WHOQOL-Bref demonstrate to be adequate measures to be used in several clinical diagnoses and different treatment settings. In Study 2 a model was tested, which evidenced the mediating role of self-esteem on the relation between internalized stigma and quality of life domains (psychological, environment, level of independence, physical and social relations). Study 3 analyzed the association between clinical diagnoses and treatment settings and levels of internalized stigma, self-esteem and social relationships satisfaction in persons with schizophrenia and mood disorders; four distinct clinical profiles were identified, highlighting that internalized stigma and social relationships dissatisfaction, and associated sociodemographic indicators appear to be a risk factor for social isolation in schizophrenia. Generally, these results suggest the need for the development of interventions aimed to reinforce self-esteem and to improve the quality of life of those who internalize mental illness stigma. This should be at the focus of research and clinical practice, which is particularly important in the current scenario of deinstitutionalization, in Portugal.

Keywords: Internalized stigma, self-esteem, quality of life, clinical diagnosis, mental illness, treatment setting.

Códigos PsycINFO:

2200 Psychometrics & Statistics & Methodology

3210 Psychological Disorders

3370 Health & Mental Health Services

ÍNDICE

INTRODUÇÃO GERAL	1
1. INTRODUÇÃO.....	3
1.1. O fenómeno da internalização do estigma na doença mental: um olhar da Psicologia Clínica e da Saúde.....	4
1.1.1. Estigma internalizado e auto-estima: uma relação (in)evitável?.....	8
1.1.2. Estigma internalizado, auto-estima e qualidade de vida na doença mental: o papel do diagnóstico clínico e do contexto de tratamento.....	11
1.2. Questões e contributos da investigação.....	17
1.3. Estrutura da tese.....	19

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - DOENÇA MENTAL E ESTIGMA: REVISÃO DA LITERATURA

1. SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL.....	25
1.1. Definição.....	25
1.2. Classificação.....	28
1.3. Prevalência.....	32
2. ESTIGMA.....	37
2.1. Breve conceptualização.....	37
2.2. Definição.....	40
2.3. Contributos da Psicologia Evolutiva.....	42
2.4. Contributos da Psicologia Social.....	45
2.4.1. Mecanismos da estigmatização.....	47
2.4.1.1. Estigma enquanto protecção da identidade do estigmatizador.....	47
2.4.1.2. Estigma enquanto ameaça à identidade do estigmatizado.....	49
3. DOENÇA MENTAL E ESTIGMA.....	50
3.1. Considerações sobre doença mental: breve perspectiva histórica.....	50
3.1.1. Do sobrenatural à visão naturalística da loucura.....	50
3.1.2. Das concepções modernas da ‘loucura’ à emergência dos asilos: o caso português....	53
3.1.3. (Des)hospitalização e (des)institucionalização.....	55
3.1.4. (Des)continuidades entre a legislação e a <i>praxis</i> , em Portugal.....	56
4. O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL.....	61
4.1. Contributos da Sociologia: notas sobre desvio e rotulagem.....	61
4.2. Contributos da perspectiva psicossocial.....	65
4.2.1. Estereótipos, preconceitos e discriminação.....	65
4.2.2. Do(s) estigma(s) aos direitos, em Portugal.....	67
4.2.3. Evolução das concepções e estereótipos dominantes face à doença mental.....	70
4.2.4. Resultados da investigação e estratégias para a diminuição do estigma.....	73
4.2.4.1. Das estratégias de protesto, educação e contacto à literacia em saúde mental.....	75

CAPÍTULO 2 - ESTIGMA INTERNALIZADO E DOENÇA MENTAL: REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE CONCEPTUALIZAÇÃO

1. ESTIGMA INTERNALIZADO.....	83
1.1. Do estigma social à sua internalização.....	83
1.2. Avaliação do estigma internalizado.....	88
2. ESTIGMA INTERNALIZADO E AUTO-ESTIMA.....	89
2.1. Auto-estima: definição e função social.....	89
2.2. Avaliação da Auto-estima: Escala de Auto-Estima de <i>Rosenberg</i>	94
3. ESTIMA INTERNALIZADO E QUALIDADE DE VIDA.....	96
3.1. Qualidade de vida: definição e contributos para a avaliação em saúde mental.....	96

3.2. Qualidade de vida e doença mental	99
3.3. Avaliação da qualidade de vida: WHOQOL-Bref.....	102
4. ESTIGMA INTERNALIZADO, AUTO-ESTIMA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DOENÇAS MENTAIS: PROPOSTA DE CONCEPTUALIZAÇÃO	103

PARTE II - ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 3 - ESTIGMA INTERNALIZADO, AUTO-ESTIMA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS MEDIDAS - ESTUDO 1

1. INTRODUÇÃO	110
1.1. Objectivos	112
2. MÉTODO	112
2.1. Amostra	112
2.2. Medidas	112
2.2.1. Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental – ISMI.....	112
2.2.2. Escala de Auto-estima de <i>Rosenberg</i>	113
2.2.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Forma Abreviada (WHOQOL-Bref).....	113
2.3. Análise dos dados	115
2.3.1. Análise factorial exploratória e consistência interna.....	115
2.3.2. Análise factorial confirmatória	116
3. RESULTADOS	117
3.1. Estrutura factorial do ISMI.....	117
3.1.1. Análise factorial exploratória e consistência interna.....	117
3.1.2. Validade de constructo.....	119
3.1.2.1. Correlações item-subescalas	119
3.1.2.2. Análise factorial confirmatória	121
3.1.3. Síntese	122
3.2. Estrutura factorial do RSES.....	122
3.2.1. Análise factorial exploratória e consistência interna.....	122
3.2.2. Validade de constructo.....	125
3.2.2.1. Correlações item-subescalas	125
3.2.2.2. Análise factorial confirmatória	126
3.2.2.2.1. Modelos unidimensionais	126
3.2.2.2.2. Modelos bidimensionais	127
3.2.3. Síntese	131
3.3. Estrutura factorial do WHOQOL-Bref	132
3.3.1. Análise factorial exploratória e consistência interna.....	132
3.3.2. Validade de constructo.....	134
3.3.2.1. Correlações item-domínios	134
3.3.2.2. Análise factorial confirmatória	136
3.3.3. Validade preditiva	138
3.3.4. Síntese	139
3.4. Auto-estima, estigma internalizado e qualidade de vida segundo indicadores clínicos, de contexto e sociodemográficos.....	140
3.4.1. Diagnóstico clínico	140
3.4.2. Contexto de tratamento	142
3.4.3. Variáveis sociodemográficas	143
3.4.4. Síntese	145
4. DISCUSSÃO	146

CAPÍTULO 4 - ESTIGMA INTERNALIZADO E DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL: O PAPEL MEDIADOR DA AUTO-ESTIMA - ESTUDO 2

Resumo.....	157
1. INTRODUÇÃO.....	158
2. MÉTODO.....	161
2.1. Selecção da amostra.....	161
2.2. Participantes.....	162
2.3. Medidas.....	163
2.3.1. Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental – ISMI.....	163
2.3.2. Escala de Auto-Estima de <i>Rosenberg</i> - RSES.....	163
2.3.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - Forma Abreviada (WHOQOL-Bref).....	163
2.4. Procedimento.....	164
2.5. Análise dos dados.....	164
3. RESULTADOS.....	165
3.1. Análise factorial exploratória, consistência interna e análise factorial confirmatória.....	165
3.2. Intercorrelações entre as variáveis.....	166
3.3. A auto-estima como mediadora entre o estigma internalizado e domínios da qualidade de vida.....	167
4. DISCUSSÃO.....	170

CAPÍTULO 5 - PERFIS CLÍNICOS DE EXPERIÊNCIAS DE ESTIGMATIZAÇÃO, AUTO-ESTIMA E RELAÇÕES SOCIAIS EM PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA, PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS E BIPOLARES - ESTUDO 3

Resumo.....	176
1. INTRODUÇÃO.....	177
2. MÉTODO.....	180
2.1. Participantes.....	180
2.2. Medidas.....	180
2.2.1. Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental - ISMI.....	180
2.2.2. Escala de Auto-Estima de <i>Rosenberg</i> - RSES.....	181
2.2.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Forma Abreviada (WHOQOL-Bref).....	181
2.3. Análise dos dados.....	182
3. RESULTADOS.....	182
4. DISCUSSÃO.....	187

DISCUSSÃO GERAL..... 192

1. PRINCIPAIS CONCLUSÕES.....	195
2. IMPLICAÇÕES, RECOMENDAÇÕES E DIRECÇÕES FUTURAS.....	207
2.1. Implicações.....	207
2.2. Recomendações e direcções futuras.....	209

REFERÊNCIAS..... 2132

ANEXOS

Anexo I - Versões Portuguesas das medidas: ISMI, RSES e WHOQOL-Bref.....	273
--	-----

Índice de Tabelas

Capítulo 3

Tabela 1. <i>Análise factorial de componentes principais (rotação oblíqua) do ISMI (n=191)</i> ..	118
Tabela 2. <i>Correlações entre itens e subescalas do ISMI</i>	120
Tabela 3. <i>Análise factorial de componentes principais e em factores comuns (rotação oblíqua e ortogonal) do RSES (n=191)</i>	124
Tabela 4. <i>Correlações entre itens, orientação positiva e negativa e escala total do RSES</i>	125
Tabela 5. <i>Índices de qualidade de ajustamento dos modelos</i>	128
Tabela 6. <i>Análise factorial de componentes principais (rotação varimax) do WHOQOL-Bref (n=191)</i>	134
Tabela 7. <i>Correlações entre itens e domínios do WHOQOL – Bref</i>	135
Tabela 8. <i>Comparação dos índices de ajustamento dos modelos do WHOQOL-Bref</i>	137
Tabela 9. <i>Validade preditiva dos domínios para a faceta geral de qualidade de vida, percepção geral saúde e qualidade de vida geral</i>	138
Tabela 10. <i>Valores médios no RSES, ISMI e WHOQOL-Bref para os diagnósticos clínicos</i>	141
Tabela 11. <i>Valores médios no RSES, ISMI e WHOQOL-Bref para os contextos de tratamento</i>	143
Tabela 12. <i>Valores médios no RSES, ISMI e WHOQOL-Bref para as variáveis sociodemográficas</i>	144

Capítulo 4

Tabela 13. <i>Características sociodemográficas e clínicas (N=403)</i>	162
Tabela 14. <i>Correlações de Pearson entre estigma internalizado, auto-estima e domínios da qualidade de vida (N=403)</i>	167
Tabela 15. <i>Modelo de Mediação: efeitos directos, indirectos e totais</i>	169

Capítulo 5

Tabela 16. <i>Medidas de discriminação e contribuição das variáveis activas</i>	183
Tabela 17. <i>Características dos clusters: diagnóstico clínico, contexto de tratamento, estigma internalizado, relações sociais e auto-estima</i>	185

Índice de Figuras

Capítulo 2

<i>Figura 1.</i> Modelo cognitivo-social de estigma e auto-estigma de Corrigan e Wassel (2008)	86
--	----

Capítulo 3

<i>Figura 2.</i> Análise factorial confirmatória do ISMI.....	121
<i>Figura 3.</i> Comparação de modelos RSES.....	129
<i>Figura 4.</i> Modelo factorial confirmatório do WHOQOL-Bref.....	137

Capítulo 4

<i>Figura 5.</i> Modelo de mediação a testar	161
<i>Figura 6.</i> Resultados do Modelo estigma internalizado, auto-estima e domínios da qualidade de vida.....	169

Capítulo 5

<i>Figura 7.</i> Configuração topológica dos perfis clínicos e tipologia (<i>clusters</i>) dos participantes.....	184
<i>Figura 8.</i> Associação entre as características sociodemográficas e grupos de indivíduos (<i>clusters</i>) com diferentes perfis clínicos	186

Nota: Esta tese não foi escrita ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

INTRODUÇÃO GERAL

1. INTRODUÇÃO

O estigma social afecta negativamente e de múltiplas formas a vida de muitas pessoas com doença mental. Por um lado, de um modo mais visível, através de uma limitação clara das suas oportunidades sociais, tendo também por isso sido reconhecido como a principal causa de discriminação e exclusão social destas pessoas (WHO, 2005); por outro lado, num processo relativamente invisível, complexo e portanto difícil de decifrar e que remete para a sua internalização (i.e. as repercussões do estigma social no próprio).

Também devido a este reconhecimento, assiste-se actualmente em Portugal a um movimento de desinstitucionalização das pessoas com doenças mentais crónicas, através da reestruturação dos serviços de saúde mental. Esta perspectiva de reabilitação, assente num modelo de intervenção comunitário, de promoção da participação e auto-determinação das pessoas com perturbações mentais, tem como finalidade última a sua inclusão na comunidade.

Pese embora o momento actual que se vive em Portugal, escasseiam estudos que contribuam para uma melhor compreensão dos potenciais efeitos negativos do estigma naqueles que dele são alvo devido à sua doença mental, bem como, de eventuais factores envolvidos nessa experiência. Trata-se de um fenómeno que levanta sérios obstáculos à inclusão social destas pessoas nas suas comunidades, para além dos efeitos negativos que poderá causar no próprio. Isto porque, usando a expressão de uma pessoa institucionalizada há mais de vinte anos num hospital psiquiátrico, actualmente a viver numa residência na comunidade, *“ser doente mental é uma marca desonrosa”*.

O que é o estigma social? Por que razão as pessoas estigmatizam? Quais os mecanismos que envolvem o processo de estigmatização, isto é, quais os ganhos para quem estigmatiza e que consequências para quem é estigmatizado?

Sendo certo que o estudo do estigma social merece a maior importância no sentido de se apontarem caminhos para uma melhor compreensão e alteração deste fenómeno humano, esta tese pretende debruçar-se sobre a percepção dos próprios face à experiência pessoal de se sentirem estigmatizados devido ao facto de terem uma doença mental, área cujo foco de atenção parece ser ainda diminuto. Deste modo, após uma reflexão de âmbito mais geral sobre estigma social, encetaremos uma breve introdução à internalização do estigma sob a perspectiva da Psicologia Clínica e da Saúde, onde epistemologicamente se enquadra a presente tese.

Sustentar-nos-emos numa revisão da literatura a partir da qual iremos descrever o fenómeno *estigma internalizado*, sua influência e eventuais implicações na auto-estima e qualidade de vida de pessoas com doença mental. Para além das evidências, reflectiremos sobre algumas inconsistências encontradas na literatura e que justificam também a necessidade de desenvolvimento da presente investigação, com vista a contribuir para uma melhor compreensão acerca da variabilidade deste fenómeno.

Em particular, estará a experiência de internalização do estigma associada ao diagnóstico clínico? Se sim, será que pessoas com diferentes diagnósticos percebem diferenças ao nível do estigma internalizado? Poderá o contexto de tratamento influenciar as experiências de auto-estigmatização? Haverá diferenças no estigma internalizado em função de variáveis sociodemográficas, tais como o sexo, o estado civil, estatuto profissional?

Procuraremos encontrar algumas respostas quanto à potencial influência do diagnóstico clínico na internalização do estigma. Da mesma forma, analisaremos a ocorrência do estigma internalizado em diversos contextos de tratamento, identificada que está a necessidade de explorar esta relação (West, Yanos, Smith, Roe & Lysaker, 2011), porquanto os resultados dos estudos são escassos e contraditórios.

Após um olhar sobre estes fenómenos, apresentaremos as questões que a presente tese levanta e contributos para a teoria e prática clínica, em particular na área da Psicologia Clínica e da Saúde.

1.1. O fenómeno da internalização do estigma na doença mental: um olhar da Psicologia Clínica e da Saúde

A Psicologia Clínica e da Saúde tem sido, ela própria, o reflexo da evolução dos conceitos de saúde e doença e paradigmas adoptados.

Sob a égide do modelo biomédico dominado pela ciência médica (centrado na perspectiva dualista mente corpo e, por esse motivo, também apelidado de modelo Cartesiano) procurou-se responder às grandes questões de saúde, principais causas de doença e morte. Teve a virtude, a seu tempo, sobretudo a partir do Séc. XIX, de introduzir métodos rigorosos e científicos baseados na observação e classificação dos processos relacionados com saúde e doença. À luz deste paradigma, o binómio saúde-

doença não resultaria de um processo contínuo, mas antes, de polos opostos. Os aspectos físico e mental seriam tratados numa abordagem unicausal e mecanicista, com ênfase nos processos funcionais e orgânicos, com objectivos de atribuição de um diagnóstico de patologia e de restauração da ‘normalidade’.

As modificações dos padrões de morbidade e mortalidade, cuja etiologia fosse não de natureza patogénica mas comportamental, foram sobretudo favorecidas pelos avanços científicos, tecnológicos e pelas mudanças sociais. Ao longo do Séc. XX novas abordagens (e.g. Psicossomática, Saúde Comportamental, Psicologia Social) permitiram desafiar a cisão mente-corpo, constituindo também uma oportunidade de acção para a Psicologia Clínica e da Saúde (Ribeiro, 1998).

O modelo biopsicossocial de saúde (Engel, 1977, 1980) representou uma tentativa de integração entre os factores de natureza biológica (e.g. genética), psicológica (e.g. cognições, emoções, comportamento) e social (e.g. normas sociais, classe social). Aspectos relacionados com prevenção e mais tarde promoção da saúde passaram a focar-se nos processos de participação, escolha, responsabilidade pessoal, decisão e capacitação das pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde. Estas premissas foram sendo expressas em documentos, ainda hoje de referência (e.g. Relatório Lalonde, Lalonde, 1974; Declaração de Alma-Ata, WHO, 1978; Carta de Ottawa, WHO, 1986) abrindo caminho a novas prioridades e necessariamente, a uma perspectiva holística, multicausal e multidimensional de saúde. De facto, ter-se apenas em consideração a essência de um dualismo cartesiano, não levaria a apreender a multidimensionalidade dos aspectos que envolvem a pessoa humana.

Quando alguém é afectado por um problema de saúde mental, geralmente trava uma batalha pela sua integridade física, psicológica, social, espiritual, isto é, humana. Ou seja, é a sua pessoa ‘total’ que está em risco e não a parte de si supostamente perturbada. E se por um lado parece ser comumente aceite que o modelo biomédico pertence ao passado, em razão de uma abordagem dualista da doença mental, também parece razoável aceitar que Descartes é ainda hoje “*o símbolo de um conjunto de ideias acerca do corpo, do cérebro e da mente que, de alguma maneira ou de outra, continuam a influenciar as ciências e as humanidades no mundo ocidental*” (Damásio, 1994, p. 253). Nesta referência poder-se-á constatar que, apesar de personificada em Descartes, a principal crítica de Damásio dirige-se a toda uma tradição filosófica que sob um paradigma mecanicista sustenta o racionalismo dualista; mas não deixando de

referir que a divisão cartesiana (i.e. de separação entre *res extensa* e *res cogitans*¹, ou seja, entre ‘coisa corpórea’ e ‘coisa pensante’) se mantém dominante tanto ao nível da investigação como na prática médica. Damásio afirma que em resultado de tal dualismo, não só se ignoram as consequências psicológicas das *doenças do corpo*, como se ignoram, e ainda em maior medida, os efeitos dos conflitos psicológicos no corpo. Paralelamente a esta crítica, em “o erro de Descartes” (1994), Damásio inaugura ainda uma ruptura epistemológica, ilustrando-a através da análise sistemática de casos de lesões neurológicas em humanos e estudos com animais. Concretamente defende que corpo e cérebro se encontram indissociavelmente integrados por via de circuitos bioquímicos e neurais e que por sua vez interagem com o meio ambiente físico e social. Ainda segundo a sua teoria, a relação entre as emoções e a razão remontam à história evolutiva na medida em que as respostas comportamentais adaptativas seriam moldadas por processos emocionais e, a escolha de respostas em determinadas situações reflectiriam o uso da razão. Isto é, se os repertórios adaptativos seriam moldados pelas emoções, a selecção de comportamentos e tomada de decisão seriam da responsabilidade da razão (Tomaz & Giugliano, 1997). Emoções e sentimentos correlacionam-se e a ausência da sua expressão (e.g. provocada por lesão no cérebro) revela-se extremamente incapacitante, compromete a racionalidade e pode conduzir a comportamentos *irracionais*, socialmente inadequados, até mesmo amorais e pessoalmente muito desfavoráveis. A este nível teve também o mérito de reintroduzir uma preocupação ética, que diz respeito a todas as disciplinas que intervêm na área clínica, ao apontar a necessidade de compreender aqueles “*cujas acções podem ser destrutivas tanto para si próprios como para os outros, caso pretendamos resolver humanamente os problemas que eles colocam*” (Damásio, 1995, p.38).

Neste enquadramento, este será um desafio também colocado à Psicologia Clínica e da Saúde, que na sua base epistemológica procura sobretudo um alcance mais amplo quanto aos fenómenos de saúde e do adoecer humanos. Ou seja, tentando aceder ao sofrimento, mal-estar ou desadaptação do outro, orientando a intervenção com vista à diminuição dos problemas que lhe são apresentados por um indivíduo ou grupo (Ribeiro & Leal, 1996) e potenciando os seus recursos para o bem-estar e saúde.

¹ Radicado no juízo *cogito ergo sum* (“penso, logo existo”), referem-se a conceitos desenvolvidos pelo filósofo francês René Descartes (1596-1650) para designar, matéria ou corpo (*res extensa*) e pensamento ou alma (*res cogitans*). Para este filósofo este dualismo substancial entre alma e corpo assenta na distinção entre estas duas dimensões (“Descartes”, Fraga, G., 1989, In *Logos – Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, Vol. I, p. 1331-1344).

Por esse motivo, a importância desta área de especialidade, apoiada nos contributos de outras áreas e dentro da própria Psicologia, em deter um olhar sobre o fenómeno do estigma internalizado, no acesso ao potencial sofrimento individual causado pelo estigma social. Igualmente importante será explorar a relação entre estigma internalizado, auto-estima e qualidade de vida segundo indicadores clínicos, de contexto e sociodemográficos e a potencial influência destes factores na vida daqueles que se encontram numa situação de maior vulnerabilidade devido ao seu problema de saúde mental.

A função social da Psicologia Clínica e da Saúde implicará traçar novos caminhos no desafio aos estereótipos e preconceitos, nomeadamente, da sociedade em geral, incluindo daqueles que trabalham na área da saúde e reabilitação (sem esquecer os que se encontram em fase de formação e que representam a geração futura de profissionais); ou explorar itinerários que permitam aceder à experiência de auto-estigmatização das pessoas afectadas por uma doença mental, para o qual a presente tese também procura contribuir. Um dos seus contributos poderá também ser o de potenciar a integração da investigação na prática clínica e vice-versa. Se à partida parece evidente que tal se assume uma mais-valia, a *não-integração* dos contributos da investigação na prática clínica pode conduzir, por um lado, a uma falta de investimento por parte dos profissionais em práticas baseadas na evidência científica ou, por exemplo, ao recurso a medidas de avaliação isentas de uma avaliação psicométrica consistente (Baker, McFall & Shoham, 2008). Por outro lado, o conhecimento que resulta da experiência clínica revela-se fundamental, por exemplo, para a aferição da adequabilidade e eficácia dos modelos teóricos, metodologias de avaliação e programas de intervenção.

Não se esgotando aí, um dos objectivos da Psicologia Clínica e da Saúde será precisamente o de gerar conhecimento baseado nos resultados da investigação, no sentido de estes poderem ser aplicados na melhoria da saúde (física e mental) da população. Para esta necessária relevância e implicação social, se procurará contribuir também com a presente tese.

1.1.1. Estigma internalizado e auto-estima: uma relação (in)evitável?

No seu artigo “*Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma*”, Crocker e Major (1989) apresentam evidências teóricas que parecem justificar a tendência para diversos grupos estigmatizados revelarem níveis mais baixos de auto-estima em comparação com grupos não estigmatizados. A esse respeito, estas autoras, reflectindo sobre as propostas apresentadas por diversas teorias baseadas no estudo das relações interpessoais, encontraram possíveis explicações para este fenómeno. Por exemplo, as profecias auto-confirmatórias (Merton, 1948) oferecem pistas para se compreender a tendência para as pessoas se comportarem de forma consistente com o que os outros esperam delas. Aplicada ao fenómeno de estigmatização, é sugerido que esta disposição pode conduzir a que aqueles que pertencem a grupos estigmatizados se comportem e, em última instância, se vejam a si próprios de forma consistente com os estereótipos negativos. Crocker e Major (1989) referem que segundo esta e outras teorias (e.g. teoria da comparação social, Festinger, 1954; teoria da identidade social, Tajfel & Turner, 1986), a percepção do estigma dirigido a si ou ao seu grupo de pertença resultaria em auto-apreciações negativas e consequentemente, conduzindo a um comprometimento da auto-estima. Porém, apesar do sólido suporte teórico a esta predição, a evidência empírica tem chegado à conclusão de que membros de grupos estigmatizados parecem nem sempre demonstrar níveis mais baixos de auto-estima. Daí que os resultados dos estudos têm sido inconclusivos.

Aparentemente toda a gente parece ter um entendimento sobre o que é a auto-estima, sendo um conceito relativamente consensual entre o comum das pessoas. No entanto, tal não acontece no meio académico, mantendo-se o debate quanto à sua função e benefícios (Brown & Marshall, 2006), em particular no campo da Psicologia Social e Psicologia da Personalidade. Tal situação parece derivar da forma como o conceito auto-estima é definido, isto é, alguns autores referem-se à auto-estima como traço (reflectindo uma certa estabilidade ao longo do tempo); outros definem-na como estado (sujeita a mudanças desenvolvimentais e relativamente permeável a situações ou eventos de vida). Por exemplo, estudos sugerem que o temperamento pode representar uma certa componente genética da auto-estima (e.g. Brown, & Marshall, 2006); outros evidenciam a relativa variabilidade na auto-estima ao longo do ciclo desenvolvimental (e.g. Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling & Potter, 2002). A este respeito tem sido

demonstrada uma maior propensão por parte das crianças para se auto-avaliarem positivamente durante o início da infância e uma tendência para um declínio progressivo nas auto-avaliações positivas no decurso da segunda infância. Alguns investigadores referem ainda que as crianças mais novas tendem a demonstrar uma auto-estima artificialmente inflacionada. Por essa razão, a diminuição da auto-estima no decurso da infância reflecte uma crescente capacidade de auto-avaliação de acordo com a realidade (Harter, 1998), balizada pelas respostas sociais e por via de mecanismos de comparação social. Para além deste decréscimo durante a infância, um novo declínio parece observar-se durante a adolescência. Entre alguns dos factores apontados destacam-se as alterações maturacionais, cognitivas e sócio-emocionais próprias desta fase, que parecem contribuir para um impacto negativo na auto-estima. Parece haver uma tendência para a auto-estima ir aumentando gradualmente durante a idade adulta, à qual se associam factores relacionados com, por exemplo, o processo de autonomização e cumprimento de determinados papéis sociais (e.g. constituir família, ter emprego), observando-se um declínio mais acentuado na velhice, motivado precisamente por sucessivas alterações funcionais, familiares e sócio-laborais (Robins et al., 2002).

Apesar da complexidade de factores intrapessoais e interpessoais que contribuem para se manter adequados níveis de auto-estima, a auto-atribuição de características positivas parece estar fortemente associada à necessidade de obter aprovação ou evitar desaprovação (MacDonald, Saltzman & Leary, 2003), porém não na mesma medida. Isto é, a experiência de rejeição parece afectar mais fortemente a auto-estima do que a aceitação (Leary, Tambor, Terdal & Downs, 1995), especialmente em aspectos considerados relevantes para a pessoa. Uma das possíveis explicações para que tal aconteça é, segundo Crocker e Major (1989), a de que podemos avaliar o *self* de forma negativa em determinada área (e.g. habilidade atlética) e no entanto, demonstrarmos uma auto-estima global elevada; ou, pelo contrário, podemos avaliar o *self* positivamente em determinado domínio e no entanto, apresentarmos uma baixa auto-estima global.

O *self* emerge da experiência social e desde cedo se constrói na relação com outros, constituindo o auto-reconhecimento um importante indicador. Oyserman, Elmore e Smith (2012) referem-se ao *self* como um constructo mental e social relativamente estável, porém maleável, que requer a existência de um *eu* que se refere a um objecto, ou seja a *mim*. Mental porque exige uma base neurológica (o auto-

reconhecimento resulta num padrão de activação de zonas do cérebro), uma interacção entre processos cognitivos e afectivos que envolvem capacidade auto-reflexiva, memória e uma consciência de si capaz de evocar um passado, viver o presente e perspectivar o futuro (apesar de conter aspectos não conscientes e desempenhando, entre outras, uma função auto-avaliativa, i.e. a auto-estima). Social porque incorpora o que cada um pensa que os outros pensam acerca de si, definindo-se também com base nas relações interpessoais, pertença ao grupo e posição ocupada na hierarquia social. No geral, parece consensual a noção de que a construção do *self* inclui características pessoais mas também se constrói na relação com os outros.

As pessoas não são meros agentes passivos das atitudes dos outros e de contextos desfavoráveis. Por esse motivo, é certo que nem todas as pessoas com doenças mentais concordam com a visão negativa acerca do seu grupo, sendo que o impacto negativo do estigma na auto-estima parece não ser inevitável (Camp, Finlay & Lyons, 2002). Major, Kaiser e McCoy (2003) referem inclusivamente que ser alvo de estigma pode ter um efeito protector na auto-estima daqueles que pertencem a grupos estigmatizados, precisamente por estes não concordarem com o estigma face ao seu grupo; por se compararem com outros membros do seu grupo; ou por desvalorizarem áreas em que o seu grupo tende a ter piores resultados e valorizar áreas em que se podem evidenciar positivamente. Todavia, se assim parece ocorrer em relação ao estigma, situação diferente pode advir aquando da sua internalização.

Diversos estudos têm demonstrado uma associação negativa entre o estigma internalizado e auto-estima (Yanos, Roe, Markus & Lysaker, 2008; Werner, Aviv, & Barak, 2007; Lysaker, Roe & Yanos, 2007; Bradshaw & Brekke, 1999), e uma baixa auto-estima chega mesmo a ser vista como ‘constituente’ do estigma internalizado (e.g. Corrigan, Watson & Barr, 2006).

De acordo com Corrigan e Watson (2002), a baixa auto-estima *versus* a atitude de indignação constituem o paradoxo do auto-estigma na doença mental. Isto é, como consequência da internalização do estigma, enquanto muitas pessoas se sentem diminuídas na sua auto-estima, outras demonstram relativa indiferença. Outras ainda tendem a reagir com indignação, uma reacção emocional de zanga face à injustiça de que consideram estar a ser alvo. Assim, aqueles que resistem ao estigma parecem demonstrar uma auto-estima positiva (Corrigan, 2005).

À luz da investigação e face aos seus resultados inconclusivos, podemos inferir que a relação entre estigma internalizado e auto-estima está longe de ser linear. Ao mesmo tempo que premente, o estudo da relação entre estigma internalizado e auto-estima em pessoas com diferentes doenças mentais mantém-se desafiante. Um melhor aprofundamento desta relação parece, pois, essencial para o processo de reabilitação, qualidade de vida e inclusão social destas pessoas.

1.1.2. Estigma internalizado, auto-estima e qualidade de vida na doença mental: o papel do diagnóstico clínico e do contexto de tratamento

O estudo da variabilidade do estigma internalizado tendo em conta diferentes diagnósticos e contextos de tratamento e seus potenciais efeitos negativos na auto-estima e nos diversos domínios da qualidade de vida permanece por explorar. Porém, esta situação afigura-se de extrema relevância para a definição de estratégias que visem contribuir para a reabilitação das pessoas com doença mental e sua inclusão social. Existem, no entanto, algumas evidências quanto às repercussões negativas da internalização do estigma em pessoas com doenças mentais.

Estudos transnacionais que avaliaram a prevalência do estigma internalizado, discriminação percebida e *empowerment*² em pessoas com esquizofrenia e perturbações do humor na Europa revelaram que quase de metade das pessoas com esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (41.7%) e cerca de um quinto das pessoas com perturbações do humor (21.7%) reportaram níveis moderados a elevados de estigma internalizado; do total, quase três quartos manifestaram níveis moderados a elevados de discriminação percebida (69.4% e 71.6%, respectivamente), tendo-se verificado uma associação negativa entre estigma internalizado, *empowerment* e quantidade de contactos sociais (Brohan, Elgie, Sartorius & Thornicroft, 2010; Brohan Gauci, Sartorius & Thornicroft, 2011).

Da mesma forma, investigações que procuraram explorar a relação entre internalização do estigma e qualidade de vida concluíram da existência de uma

² *Empowerment* ou capacitação traduz-se na capacidade para “*modificar as percepções dos outros através da competência e da capacidade para agir. É dar-se a conhecer. É melhorar a auto-imagem e combater o estigma*”. “Considerações sobre doença mental e comunicação social”, Jorge-Monteiro, F., & Madeira, T., 2007, In *Análise Psicológica*, 25, p. 105). É ainda, ser capaz de decidir sobre os vários domínios da sua vida, com vista ao pleno exercício da cidadania.

correlação negativa entre estas variáveis em pessoas com esquizofrenia (Lysaker et al., 2007; Vauth, Kleim, Wirtz & Corrigan, 2007) e com perturbação depressiva (Yen, Chen, Lee, Tang, Yen & Ko, 2005).

No geral, os resultados dos estudos apontam para a existência de diferenças na prevalência da internalização do estigma entre indivíduos com perturbações do humor e esquizofrenia na Europa³. Todavia, tal sugere que outros grupos de diagnóstico parecem estar ainda sub-representados no estudo do estigma internalizado. Concomitantemente, a generalidade dos estudos tem evidenciado o efeito negativo do estigma internalizado na qualidade da vida geral, pelo que, o enfoque na natureza multidimensional da qualidade da vida mantém-se necessária.

Será, também, importante que o foco de interesse incida sobre as experiências subjectivas do próprio, nomeadamente, tentando compreender melhor a forma como estas pessoas percebem a qualidade das suas vidas. Por exemplo, na relação consigo próprias e com os outros, no modo como vivenciam a sua doença e eventual dependência de medicação ou tratamentos, como percebem a sua capacidade para o trabalho e para realizar as actividades de vida diária, como avaliam o acesso aos serviços de saúde e sociais, recursos económicos, oportunidades de lazer ou o suporte social.

Segundo dados da investigação, para além de algumas doenças mentais (e.g. esquizofrenia, Sartorius & Schulze, 2005), certos contextos de tratamento (e.g. hospitais psiquiátricos, WHO, 2005) podem ser extremamente estigmatizantes. O desejo de manter distância social destas pessoas parece ser activado por estereótipos de que ‘eles’, ‘os doentes mentais’, ‘são’ bizarros, imprevisíveis, irracionais, perigosos e incompetentes (Thoits, 2011).

O interesse crescente pelo estudo do fenómeno do estigma e sua internalização, bem como da avaliação da qualidade de vida das pessoas com doenças mentais crónicas surgiu especialmente na era pós-desinstitucionalização (sobretudo a partir de 1950 nos EUA e alguns países europeus). A desinstitucionalização, baseada em reformas que deram origem ao encerramento dos grandes hospitais psiquiátricos e motivaram a transição de muitas destas pessoas para instituições da comunidade ou de regresso para junto das suas famílias, tinha como propósito a sua transferência para alternativas comunitárias menos isoladas e restritivas. Nas palavras de Goffman, para trás ficariam

³ Os estudos abrangeram 14 países da Europa (Portugal não incluído).

os obstáculos intransponíveis da ‘instituição total’, que “*simbolizava a barreira à relação social com o mundo externo e proibições à saída, muitas vezes construída a partir da própria planta física, tal como, nas portas trancadas, paredes altas, arame farpado, penhascos, água, florestas, pântanos*” (Goffman, 1961, p.4).

Porém, tal como argumentado por alguns críticos, o movimento de desinstitucionalização ocorreu sem que grande parte das pessoas, suas famílias e comunidades tivessem sido suficientemente preparadas (e.g. Talbott, 2004). Uma forte contestação recaiu, pois, sobre a forma como este processo foi conduzido mormente pela insuficiência de planeamento e que derivou nos casos mais extremos em situações de abandono (e.g. aumento da marginalização, sem-abrigo, Lamb & Bachrach, 2001; mortes prematuras, aumento da população prisional, Priebe et al., 2005). Em outros casos, resultando em reinstitucionalização (também referido como transinstitucionalização, isto é, a mera transição das pessoas de um contexto para outro, Fakhoury & Priebe, 2007). No seu conjunto, estas situações parecem ter contribuído para a manutenção do estigma face às pessoas com doença mental crónica, com impactos relevantes na sua qualidade de vida, tendo sido sugerindo que, em muitos casos, a finalidade última da desinstitucionalização parece não ter sido cumprida, por não ter alcançado a desejada e prevista inclusão social destas pessoas (Fakhoury & Priebe, 2007).

Também os resultados de diversos estudos sobre a qualidade de vida (e factores relacionados) de pessoas transferidas de hospitais psiquiátricos para a comunidade desenvolvidos ao longo das últimas décadas e em diferentes países, têm conduzido a resultados dissemelhantes. Se por um lado muitas destas pessoas demonstraram estar mais satisfeitas com a vida na comunidade (Barry & Crosby, 1996), por outro lado, contextos comunitários mais alargados mas pouco tolerantes e estigmatizantes, onde as pessoas com doença mental são tratadas ora de forma hostil ora de forma benevolente e paternalista, pode prejudicar seriamente a auto-estima destas pessoas (Link, Struening, Neese-Todd Asmussen & Phelan, 2001) comprometendo as suas relações sociais (Skantze, Malm, Dencker, May & Corrigan, 1992) e prejudicando a sua capacidade de autonomização (Baker & Intagliata, 1982; Sullivan, Welles & Leake, 1991).

Estudos prospectivos com pessoas desinstitucionalizadas de hospitais psiquiátricos têm chegado a conclusões tendencialmente favoráveis quanto aos resultados da transição para a comunidade. A este nível, um dos estudos mais

abrangentes teve início em Inglaterra, em 1985 (TAPS Project - *Team for the Assessment of Psychiatric Services*, Anderson et al., 1993). Incluía dois grandes hospitais psiquiátricos, tendo sido desenvolvido por uma equipa que entrevistou pessoas maioritariamente com diagnóstico de esquizofrenia, institucionalizadas por períodos superiores a um ano. Um ano após a transição, estas pessoas foram novamente entrevistadas e comparadas com um grupo de controlo que havia permanecido nos hospitais durante o período em que decorreu o estudo. Os resultados desta investigação revelaram que no geral os residentes na comunidade demonstravam maior autonomia e mais competências sociais (Anderson et al, 1993). Resultados semelhantes foram encontrados também num estudo que incluiu pessoas com mais de 65 anos de idade, solteiras e com uma média de 32 anos de institucionalização no hospital. Segundo esta investigação, para muitas destas pessoas a transição representou “*o evento mais notável da sua vida adulta*” (Thornicroft, Bebbington & Leff, 2005, p. 1420). No geral, este estudo concluiu que a maioria das pessoas com doença mental que se encontrava institucionalizada demonstrou preferência por viver em contextos na comunidade em comparação com o hospital, verificando-se melhorias na sua qualidade de vida sobretudo um ano após a sua desinstitucionalização. Por outro lado e apesar de tal evolução não se ter mantido ao nível das competências domésticas (Leff, Trieman, Knap & Hallam, 2000), situação que sugeriu um eventual desinvestimento por parte dos profissionais de apoio, mantiveram-se os ganhos em termos das competências sociais, manifestados sobretudo por uma maior facilidade em termos de utilização dos recursos e serviços. Verificou-se ainda uma maior percepção de liberdade e desejo destas pessoas de se manterem a viver no contexto actual (84%). Menos consensuais, contudo, os resultados relativos às relações sociais. Ou seja, se por um lado, não se registou um aumento na rede de contactos sociais destas pessoas, no geral, estas sentiam que tinham mais amigos e pessoas em quem pudessem confiar. Estes resultados indicaram que, apesar de tudo, a vida social dessas pessoas continuou a revelar-se relativamente empobrecida e circunscrita às relações com os pares e membros da instituição, tendo-se concluído que poucas se encontravam socialmente integradas (Leff & Trieman, 2000). Curiosamente, nos locais alvo de uma campanha de sensibilização dirigida aos vizinhos previamente à transição observou-se um aumento nos contactos sociais das pessoas desinstitucionalizadas (Wolff, Pathare, Craig & Leff, 1996).

No seguimento destes estudos e usando a mesma metodologia, uma investigação desenvolvida na Irlanda verificou que a satisfação com a qualidade de vida reportada um ano após a transição do hospital para a comunidade não só não se manteve ao longo do tempo como decresceu ao final de cinco anos, em particular no que se refere às competências de vida diária, incluindo auto-cuidado, assim como ao nível das competências sociais e relações sociais (McInerney, Finnerty, Avalos & Walsh, 2010). Tais resultados parecem sugerir que, apesar da qualidade de vida ser um objectivo a atingir, os projectos devem *“desviar o foco de atenção do doente para a pessoa, valorizando a sua autonomia e integração na comunidade. O não investimento neste tipo de alternativa representa um retrocesso na reforma da saúde mental, condena-nos a um futuro de maior desigualdade e à manutenção do estigma e discriminação, de ausência de oportunidade e de menor capacidade de resposta dos serviços de saúde às pessoas com doença mental grave”* (Narigão, 2012, p.61).

Num outro estudo onde se procuraram analisar as expectativas de mulheres face à transição de contextos hospitalares para a comunidade as mesmas reportaram como principais barreiras à sua inclusão, o estigma e o isolamento social a que potencialmente ficariam expostas, o receio de passarem a estar menos apoiadas ao nível do tratamento, demonstrando igualmente preocupações relativas à sua segurança e falta de recursos (Manuel, Hinterland, Conover & Herman, 2012).

No que diz respeito à experiência de estigmatização após a transição para a comunidade, estudos sugerem que as pessoas desinstitucionalizadas de hospitais psiquiátricos não são alvo de menos discriminação e, nesse sentido, não é certo que atinjam uma melhor qualidade de vida (e.g. Angermeyer, Link & Majcher-Angermeyer, 1987). Em resultado do estigma, a internalização do estigma da doença mental tem sido associada a uma diminuição de qualidade de vida (Rosenfield, 1997, Markowitz, 1998) e experiências de rejeição por parte de ‘ex-pacientes psiquiátricos’ desinstitucionalizados (Wright, Gronfein & Owens, 2000). Por essa razão também, a importância de para além de se considerar o estigma face às pessoas com doença mental (Newton, Rosen, Tennant & Hobbs, 2001; Hinshaw & Stier 2008), se analisarem os efeitos no próprio e em que medida essa experiência pode dificultar ou comprometer a sua adaptação social, nomeadamente, potenciando as suas expectativas de rejeição. Para além do interesse em avaliar a internalização do estigma, importa também avaliar os

potenciais impactos negativos desta experiência na auto-estima bem como nos diversos domínios da qualidade de vida e, abrangendo diversos contextos de tratamento.

Da mesma forma que em relação à qualidade de vida, estudos que procuraram comparar a experiência de discriminação em pessoas com doença mental acompanhadas em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais chegaram a conclusões mistas evidenciando a ocorrência de maior estigmatização ora em hospitais gerais (Chee, Ng & Kua, 2005; Verhaeghe, Bracke & Bruynooghe, 2007) ora em hospitais psiquiátricos (Chee et al., 2005; Angermeyer et al., 1987). Estes resultados salientaram a importância de se ter em conta, para além dos contextos de tratamento, o diagnóstico clínico já que no estudo de Chee et al., (2005), os autores verificaram que os níveis de estigmatização ocorridos em diferentes contextos hospitalares variavam em função do diagnóstico. Em particular, os participantes com esquizofrenia acompanhados em hospitais psiquiátricos reportavam menos estigma em comparação com os que estavam a ser acompanhados nos hospitais gerais. Contrariamente, os participantes com outro tipo de perturbações incluídas neste estudo (perturbações do humor, ansiedade, abuso de substâncias, da alimentação) seguidos no âmbito do hospital geral apresentavam menos estigma em relação ao mesmo grupo de indivíduos acompanhados em hospitais psiquiátricos. Notavelmente, a auto-estima foi a área mais afectada pela experiência de estigmatização, tendo sido reportada por cerca de metade da amostra (N=600, 48.6%), seguida da expectativa de não conseguir arranjar emprego devido à doença mental (59.0%).

Tal como esta investigação e outras que procuraram estudar as consequências do auto-estigma na qualidade de vida das pessoas com doenças mentais exclusivamente acompanhadas em contextos hospitalares (e.g. Rüesch, Graf, Meyer, Rössler & Hell, 2004), outros estudos têm limitado o seu foco a contextos comunitários (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999; Souza & Coutinho, 2006) ou a determinados diagnósticos clínicos, sobretudo pessoas com esquizofrenia (e.g. Kunikata, Mino & Nakajima, 2005; Lysaker et al., 2007; Vauth et al., 2007). Justifica-se, pois, a necessidade de explorar o estigma internalizado em diversos contextos de tratamento (West et al., 2011), bem como em diferentes diagnósticos clínicos, explorando a relação com a auto-estima e diferentes domínios da qualidade de vida, condição essencial para o delineamento de intervenções mais adequadas. Ainda, a análise da eventual variabilidade destas variáveis em função das características sociodemográficas.

.2. Questões e contributos da investigação

Antes de se abordar as questões de investigação propriamente ditas, importa a esta tese estudar em que medida a dimensionalidade dos instrumentos utilizados neste trabalho replicam as estruturas factoriais originais. Esta necessidade é motivada pelo facto de os poucos estudos que investigaram a estrutura factorial dos instrumentos aqui utilizados terem chegado a diferentes resultados quanto à sua dimensionalidade. Este esclarecimento servirá de ‘preâmbulo’ a duas questões prévias. A primeira: *tenderão as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e aqueles que se encontram institucionalizados a reportar mais estigma internalizado em comparação com os participantes com outros diagnósticos e os acompanhados em serviços na comunidade?* Procurar-se-á ainda analisar a relação entre estigma internalizado e auto-estima e para tal, colocamos a questão: *será que os participantes que reportam níveis mais elevados de internalização de estigma apresentam níveis mais baixos de auto-estima?* As respostas a estas interrogações servem de orientação àquela que representa uma questão central nesta investigação: *Qual o papel da auto-estima na relação entre estigma internalizado e os diversos domínios da qualidade de vida em pessoas com doenças mentais?* A fim de responder a esta questão será construído e testado um modelo no qual a relação entre estigma internalizado e os diversos domínios da qualidade de vida é mediada pela auto-estima. Neste enquadramento e tendo em conta as eventuais repercussões negativas que a internalização do estigma pode ter ao nível das relações sociais e sendo este um domínio essencial para a inclusão social destas pessoas nas suas comunidades, questionamos: *Existem perfis clínicos caracterizados por diagnósticos clínicos mais fortemente associados a determinados contextos de tratamento e, ao estigma internalizado, auto-estima e satisfação com as relações sociais em pessoas com esquizofrenia e perturbações do humor?* Se sim, procuraremos ainda analisar se os perfis clínicos se encontram associados a indicadores sociodemográficos específicos.

As questões desta investigação serão guiadas por uma revisão da literatura sobre os fenómenos em estudo.

Do ponto de vista teórico, a conceptualização aqui proposta será orientada sob a perspectiva da Psicologia Clínica da Saúde, que integra por um lado os contributos da Psicologia Clínica (tradicionalmente focada nos fenómenos relacionados com a psicopatologia e a perturbação mental) e por outro lado os da Saúde, sem deixar de

considerar a importância da Psicologia Social, num olhar epistemológico onde mente e físico são vistos como indivisíveis e analisados sob uma perspectiva biopsicossocial.

Do ponto de vista empírico, potenciais implicações clínicas e sociais poderão advir para a reabilitação psicossocial e inclusão das pessoas afectadas por uma doença mental. De uma forma geral, procuraremos contribuir para uma mais ampla compreensão do fenómeno estigma internalizado, numa tentativa de poder alcançar mais do que a sua descrição e ocorrência. Neste sentido, a resposta às duas questões iniciais pretendem contribuir para aprofundar eventuais implicações do diagnóstico clínico e do contexto de tratamento na experiência de auto-estigmatização, um desafio que se mantém pouco explorado na literatura. Por outras palavras, é intenção deste trabalho compreender melhor a variabilidade da internalização do estigma, nomeadamente, através da identificação de doenças mentais e contextos de tratamento potencialmente mais auto-estigmatizantes. Interessa ainda a esta investigação contribuir para o esclarecimento acerca da relação entre estigma internalizado e auto-estima tendo em conta as inconclusões da investigação nesta matéria.

Se numa primeira fase procuraremos pistas que nos levem a uma melhor conceptualização do fenómeno estigma internalizado, suas relações com a auto-estima e domínios da qualidade de vida, numa fase posterior interessará retirar desta análise as implicações práticas para futuras intervenções. Por exemplo, a identificação da auto-estima como potencial factor de protecção poderá contribuir para o desenho de intervenções que ao promoverem a sua melhoria, contribuam para a diminuição dos efeitos negativos da internalização do estigma e melhoria da qualidade de vida, em diversos domínios. Ainda, atendendo à natureza multidimensional da qualidade de vida tal como abordada pela presente tese, a identificação de domínios específicos em que seja necessário actuar poderá constituir-se uma oportunidade de tratamento, acompanhamento e reabilitação psicossocial. Esta questão assume particular relevância no actual contexto de desinstitucionalização e reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal, dada a perspectiva de transição de muitas das pessoas institucionalizadas para contextos na comunidade.

Por fim, esta tese pretende contribuir para uma melhor compreensão e merecida visibilidade quanto aos potenciais impactos negativos do estigma internalizado na vida de pessoas com doença mental enquanto fenómeno com importantes implicações pessoais, clínicas, sociais e ético-deontológicas.

1.3. Estrutura da tese

A presente tese encontra-se dividida em duas partes. A Parte I, composta pelo enquadramento teórico, integra os dois primeiros capítulos. No *capítulo 1* efectuar-se-á uma revisão da literatura acerca da doença mental e estigma. A inaugurar este capítulo, serão apresentadas propostas de definição de saúde mental e doença mental, bem como os principais sistemas de classificação nosológica e ainda, alguns dados de prevalência das perturbações mentais. Seguidamente procurar-se-á definir o estigma social, bem como os principais contributos da literatura para a conceptualização deste fenómeno, donde se procurará deter um olhar sobre diversas áreas do saber. Encetar-se-á uma breve perspectiva histórica acerca da doença mental e que culminará numa reflexão acerca das discontinuidades entre a legislação e a prática, em Portugal. Ainda neste capítulo serão analisadas propostas de reflexão acerca do estigma da doença mental, com base nos contributos da sociologia e da perspectiva psicossocial. O *Capítulo 2* abordará aquele que constituirá o tema central desta tese – estigma internalizado e doença mental. Para o efeito, será realizada uma revisão da literatura com base nos principais estudos empíricos que se têm dedicado a este tema. Posteriormente, será apresentada a proposta de conceptualização de um modelo do estigma internalizado, auto-estima e domínios da qualidade de vida em pessoas com doenças mentais.

A parte II, constituída pelos restantes 3 capítulos (capítulo 3, 4 e 5) será dedicada ao desenvolvimento dos estudos empíricos. Concretamente, no *capítulo 3* será apresentado o estudo 1 e que propõe analisar as propriedades psicométricas das medidas utilizadas na presente tese. Ainda neste estudo, será apresentada a análise da ocorrência do estigma internalizado, auto-estima e domínios da qualidade de vida segundo indicadores clínicos, de contexto e sociodemográficos. O *capítulo 4* será dedicado ao estudo 2 e que procurará analisar o papel da auto-estima enquanto mediadora da relação entre estigma internalizado e domínios da qualidade de vida. No *capítulo 5* apresentaremos o estudo 3 que procurará explorar, segundo um nível de análise de interdependência, perfis clínicos de experiências de estigmatização, auto-estima e relações sociais em pessoas com diagnósticos de esquizofrenia, perturbações depressivas e bipolares atendidas em diversos contextos de tratamento.

Por fim, apresentaremos a *discussão geral* e onde se procurará salientar as principais conclusões dos estudos desenvolvidos na presente tese; e reflectir acerca dos principais contributos teóricos, implicações e desafios para a investigação, prática clínica e intervenção na comunidade.

PARTE I

ENQUADRAMENTO

TEÓRICO

CAPÍTULO 1

DOENÇA MENTAL E ESTIGMA: REVISÃO DA LITERATURA

1. SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL

1.1. Definição

Sobre a premissa de que a saúde é mais do que a mera ausência de doença e ainda de que não existe saúde sem saúde mental, a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se à doença mental como parte integrante dos conceitos de saúde e saúde mental, sendo estes determinados e influenciados por múltiplos factores (biológicos, psicológicos, socioculturais e ambientais) que interagem entre si (WHO, 2005). Naturalmente, estes conceitos têm sido alvo de uma evolução. Por exemplo, a concepção de saúde tida como *“um estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas ausência de doença ou de incapacidade”* (WHO, 1948, p.100), tornou-se um elemento essencial ao bem-estar e qualidade de vida, isto é *“a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve. Saúde é, portanto, um conceito positivo, visto como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida”* (WHO, 1986, p.1).

Tal como numa perspectiva mais abrangente de saúde, o conceito de saúde mental envolve factores individuais mas também, entre outros aspectos, *“o bem-estar percebido, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa”* (WHO, 2001, p.3). Pela sua complexidade e abrangência, este conceito reveste-se de múltiplos significados, dependendo da perspectiva adoptada. Numa óptica transcultural, por exemplo, torna-se quase impossível definir saúde mental de uma forma total (WHO, 2001). Ainda assim, é hoje uma questão assente que a saúde mental é um factor indispensável para o bem-estar pessoal, familiar, relacional e participação na comunidade e sociedade, podendo ser definida como o desempenho bem-sucedido da função mental, resultando em actividades produtivas, relacionamentos satisfatórios com os outros, bem como, a capacidade de adaptação à mudança e para lidar com a adversidade, desde a infância até à vida adulta, assumindo-se como um *trampolim* das competências de pensamento e comunicação, aprendizagem, crescimento emocional, resiliência e auto-estima (DHHS, 1999).

A OMS define saúde mental como “*o estado de bem-estar geral no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a comunidade onde está inserido*” (WHO, 2013, p. 9).

Tal como em relação à definição de saúde mental, o(s) conceito(s) de doença mental tem suscitado alguma controvérsia, à qual não é alheia a terminologia frequentemente utilizada na literatura (anglo-saxónica) e cujas especificidades, ainda que de forma breve, importa distinguir. Assim, os termos usados configuram diferentes aspectos relacionados com a saúde, ou mais concretamente, à ‘ausência’ de saúde. Deste modo, o termo *disease*, associado a um acontecimento biológico, refere-se a uma condição médica geralmente diagnosticada por um profissional de saúde (no sentido de se ter uma doença); por outro lado, a expressão *illness* envolve a esfera psicossocial, isto é, implicando uma relação alterada entre o sujeito e o meio envolvente, uma experiência de um mal-estar subjectivo associado à existência de queixas físicas ou mentais (sentir-se doente). Ainda, o termo *sickness* (comportar-se como doente ou ser-lhe atribuída a condição de doente) refere-se à representação da doença, isto é, ao papel social que uma pessoa adopta ou lhe é imputado e que pode abranger diferentes áreas da sua vida, como por exemplo a atribuição de uma incapacidade, temporária ou permanente para o trabalho (Wikman, Marklund & Alexanderson, 2005). Dito de outro modo, *disease* parece representar um processo patológico que resulta do desvio da norma biológica, *illness*, uma experiência pessoal de ausência de saúde e *sickness*, o papel social que decorre do estatuto de ‘estar/ser’ doente (Boyd, 2000).

Por sua vez, o termo *disorder* (transtorno, distúrbio, perturbação) foi sendo adoptado por diversas classificações nosológicas tal como na 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, CID-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10*, WHO, 1992).

Perturbação/doença “*não é um termo exacto, mas é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis associados na maior parte dos casos com distress e com interferência nas funções pessoais*” (WHO, 1992, p.11). A OMS refere que perturbação/doença é uma expressão para designar “*o sofrimento, incapacidade e morbilidade devido a perturbações mentais, neurológicas ou de abuso de substâncias que podem surgir devido a factores*

genéticos, biológicos ou psicológicos, bem como condições sociais e ambientais adversas” (WHO, 2013, p.9).

Ainda no ICD-10, a OMS avança uma definição de doença mental como sendo “*um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis associados, na maioria dos casos, com distress e interferência nas funções pessoais*” (International Advisory Group for the Revision of ICD-10, 2011, p. 87).

Por sua vez, no DSM-5, a Associação de Psiquiatria Americana (APA) define perturbação/doença mental como “*uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou desenvolvimentais subjacentes ao funcionamento mental*” (DSM-5, 2013, p.20). Tal como no ICD-10, o DSM-5 refere ainda que as perturbações mentais estão frequentemente associados a *distress* significativo ou desajustamento em actividades sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes.

Na presente tese considerou-se o termo doença mental, tendo os diagnósticos clínicos sido baseados no DSM-IV (APA, 1994). Não havendo um termo totalmente isento de crítica, esta opção integra, no entanto, o princípio de que ter uma doença mental depende do contexto cultural, social e político-legal de cada sociedade, mas também se baseia nas condicionantes pessoais e sociais que determinado diagnóstico clínico pode trazer para o indivíduo e por referência a um determinado conjunto de sintomas ou experiências que reflectem uma saúde mental comprometida. Neste sentido, doença mental contempla necessariamente a complexidade de factores que envolvem as interações gene-ambiente e que nos indicam que a sua expressão não poderá ser o resultado isolado, por exemplo, de desvantagem biológica/evolutiva, disfunção orgânica, desvio em relação à norma estatística. A este propósito, e num esforço de integração, Wakefield (1992, 2007) propõe uma definição híbrida, na qual uma doença mental resultaria da conjugação de um fenómeno biológico e de um juízo de valor negativo que sobre ele recai. Por outras palavras, doença mental seria o produto de uma ‘disfunção prejudicial’ (*harmful disfunction*), sendo que o termo *disfunção* se refere à falha de um mecanismo do organismo para desempenhar as suas funções e o termo *prejudicial* o resultado de um carácter valorativo (i.e. referindo-se a condições julgadas como negativas de acordo com os padrões socioculturais, Wakefield, 2007).

1.2. Classificação

A primeira classificação internacional das causas de morte (*International List of Causes of Death*) resultou de uma lista de nomenclaturas de doenças desenvolvida por Bertillon, médico e estatístico francês, tendo sido introduzida na Europa em 1893 e em 1898 nos Estados Unidos da América. A primeira revisão ocorreu em 1900, tendo sido estabelecido proceder a novas revisões em ciclos de dez anos de forma a manter a actualização dos progressos da medicina (Moriyama, Loy & Robb-Smith, 2011).

A partir da sexta revisão, na altura denominada Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte – CID-6 (*International Statistical Classification of Diseases Injuries, and Causes of Death, ICD-6, WHO, 1948*) foi incluído, pela primeira vez, um capítulo destinado às doenças mentais.

Em 1952 foi publicada a primeira edição do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-I, APA, 1952*) consistindo numa lista de diagnósticos organizados por categorias incluindo um glossário com a descrição clínica de cada categoria. As revisões de ambas as classificações foram sofrendo alterações mais ou menos discretas em termos de terminologia até à edição do CID-9 (*International Classification of Diseases, ICD-9, WHO, 1977*) em coordenação com a posterior publicação do DSM-III (APA, 1980), nas quais se introduziram alterações metodológicas e estruturais importantes.

O DSM-III, considerado um manual a-teórico, apresentou um enfoque mais descritivo, propôs pela primeira vez um sistema de classificação multiaxial, isto é, distribuída por eixos, de forma a fornecer informação destinada à avaliação formal do diagnóstico (eixos I-III) e ainda outras informações que complementam esse diagnóstico (eixos IV e V). Muitos foram os que dentro e fora da Psiquiatria consideraram esta abordagem nosológica da doença mental uma ‘revolução’ (Alarcón, 2009). Basicamente reflectia o abandono de uma abordagem marcadamente dominada até então pela teoria psicanalítica (e.g. renúncia definitiva do termo neurose no DSM-III-R, APA, 1987), bem como os avanços da psicofarmacologia e uma maior abertura às influências culturais nos processos psicopatológicos. Daí também a sua larga aceitação, difusão e adopção por muitos países e profissionais de diversas áreas, tendo sido traduzido para mais de 30 línguas. A evolução do manual e suas revisões posteriores (DSM-IV, APA, 1994; DSM-IV-TR, APA, 2000) representaram um aumento exponencial de inclusão de

novas categorias diagnósticas, bem como a definição de critérios mais claros e precisos. O número de diagnósticos quase que duplicou desde as duas primeiras edições do DSM (106 diagnósticos no DSM-I e 182 no DSM-II) até à sua terceira edição (265 no DSM-III e 292 no DSM-III-R), passando para 297 diagnósticos no DSM-IV. Naturalmente, a configuração e tamanho do manual também se modificou largamente, passando de 130 páginas na primeira edição para 886 páginas no DSM-IV (Mayes & Horwitz, 2005).

O recentemente publicado DSM-5 (APA, 2013), retornando ao sistema de classificação categorial, deu continuidade aos reconhecidos avanços registados pelas edições mais recentes, em particular, a definição de categorias diagnósticas efectuadas com base em resultados de estudos empíricos, assim como o uso de critérios específicos de diagnóstico.

Quanto ao CID-10, constitui um manual bastante mais detalhado do que o CID-9, em particular no que se refere a informação relativa à morbilidade, tendo-se expandido para mais cerca de 3000 categorias (Moriyama et al., 2011). O ICD-10 tende a ser mais utilizado na Europa, Ásia e África, enquanto o DSM-IV se encontra mais disseminado nas Américas (Jablensky & Kendell, 2002). No entanto, tem sido feito um esforço de compatibilização nas versões mais actualizadas. Ainda assim, persistem algumas diferenças nestes dois sistemas de classificação, sendo no geral, o ICD-10 considerado um sistema mais abrangente por incluir uma mais ampla gama de doenças e outras condições médicas e uma maior ênfase na distinção entre problemas orgânicos e outro tipo de perturbações, ao passo que o sistema DSM se focaliza exclusivamente em perturbações mentais (Jewell, Hupp & Pomerantz, 2008).

No geral, os sistemas de classificação DSM e ICD permitem obter informações clínicas relevantes acerca de diferentes doenças mentais e seus critérios de classificação; facilitam a comunicação entre profissionais, possibilitando o uso de uma linguagem comum (Araújo & Neto, 2014). Particularmente importante, a crescente direcção da Psicologia Clínica no sentido de intervenções baseadas nos diagnósticos. Por exemplo, a divisão 12 da Associação de Psicologia Americana (APA, Psicologia Clínica, www.div12.org) disponibiliza informação relativamente a tratamentos baseados na evidência de acordo com diagnósticos clínicos (APA, 2006). Mais uma vez, um sistema válido de diagnóstico assume-se como extremamente útil quer para a investigação quer para a actividade clínica.

Não obstante, a chamada “*bíblia da psiquiatria contemporânea, muito requisitada por profissionais de saúde mental, incluindo psicólogos clínicos*” (Sarbin, 1997, p.233-234), continua a ser controversa.

Algumas das críticas e limitações apontadas por alguns autores ao DSM referem-se a um excessivo enfoque no modelo médico subjacente à sua orientação, sendo visto como um “*dicionário medicalizado que define os critérios de várias doenças mentais mas sem no entanto especificar o que é uma doença mental*”, com efeitos claramente prejudiciais para as pessoas com doença mental (e.g. Lacasse, 2014, p.6). De facto, tal enfoque na natureza biológica das doenças mentais parece conduzir a uma abordagem reducionista porque quase exclusivamente centrada na gestão psicofarmacológica e negligenciando aspectos de reconhecida importância para a reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental (e.g. psicoeducação). A esta situação soma-se o facto de, paradoxalmente, as atitudes dos profissionais de saúde mental parecerem não ser menos estigmatizantes do que a população em geral (Lauber, Nordt, Braunschweig & Rössler, 2006).

No seu conjunto, um sistema de diagnóstico parece excluir a possibilidade de encontrar significados nas experiências e comportamentos e consequentemente negligenciando também os recursos pessoais e potencialidades de recuperação; ainda, o *perigo* de se usarem os diagnósticos clínicos como ‘pseudo-explicações’ para justificar determinados comportamentos, onde os contextos e as dificuldades interpessoais e sociais são muitas vezes ignorados, na esperança de um novo regime de medicação vá conseguir restaurar o funcionamento (Kinderman, Read, Moncrieff & Bentall, 2013). Nesta medida, a atribuição de um diagnóstico pode contribuir para a exacerbação do estigma e auto-estigma (Ben-Zeev, Young & Corrigan, 2010) precisamente porque nele subjaz um conjunto de estereótipos nocivos, nomeadamente, de que as doenças mentais são imutáveis e irreversíveis.

Wakefield (2013, p. 140) vai mais longe nas críticas ao DSM-5 ao afirmar: “*Porque a psiquiatria está nas garras de uma ideologia biomédica da doença mental enquanto doença da mente, a percepção da classificação de condições normais enquanto doenças desencadearam a preocupação acrescida de que uma série de novas condições tornar-se-iam alvo do desenvolvimento de drogas e de que a nossa já tão altamente medicalizada sociedade se tornaria ainda mais sobremedicada*”. Ainda, Frances (2012) refere que a tendência do DSM-5 é a de transformar a normalidade

numa doença; acrescentando que milhões de pessoas que manifestam, por exemplo sinais de luto, distractibilidade, preocupações, birras da infância, o esquecimento próprio do envelhecimento serão mal diagnosticadas como psiquiatricamente doentes.

Em síntese, é reconhecido que as várias revisões do DSM têm tido como objectivo último aprofundar a compreensão sobre as doenças mentais no sentido de melhor as definir e tratar (Thakker & Ward, 1998). Também, que a classificação é um elemento importante para a sistematização da observação e conhecimento científico (Follette & Houts, 1996), permitindo que os profissionais comuniquem entre si através de uma linguagem comum e assim, orientem o tratamento, monitorizem o acompanhamento e estabeleçam prognósticos; e abrindo novos caminhos para a investigação e prática clínica. Contudo, e apesar da sua extrema relevância e influência, os factores culturais e psicossociais parecem manter-se relativamente descurados (Alarcón, 2009). Isto porque muitos daqueles a quem é diagnosticada uma doença mental grave, demonstram estar sensíveis ao significado cultural dos seus problemas, às respostas dos que os rodeiam, pelo que, é essencial que o profissional esteja atento às potenciais experiências de estigmatização bem como à reacção dessas pessoas a tais experiências (Castillo, 1997). Por esse motivo, será eticamente desejável e necessário que os profissionais de saúde mental se mantenham sensíveis aos determinantes culturais, essenciais para um tratamento e recuperação eficazes (Kress, Eriksen, Rayle & Ford, 2005).

Apesar das críticas, os sistemas de classificação das doenças mentais como o DSM e o ICD constituem guias importantes para os profissionais que trabalham na área da saúde mental. Nos últimos anos estes sistemas têm procurado, com base em estudos epidemiológicos e ensaios clínicos, contribuir para uma actualização das doenças mentais e sua categorização, trazendo novos contributos para a prática clínica. Todavia, tal como proposto por Frances (2013), se a atribuição de um diagnóstico resultar de um processo faseado no tempo, este poderá minimizar o estigma, bem como o recurso a um tratamento por vezes demasiado invasivo. Neste caso, a atribuição de um diagnóstico clínico poderá ter uma maior utilidade quer para os profissionais de saúde quer para aqueles que se confrontam com um problema de saúde mental.

1.3. Prevalência

A dimensão da carga global das doenças mentais permaneceu relativamente desconhecida até ao início dos anos de 1990, altura em que a OMS desenvolveu o “Estudo da carga global da doença” (*Global Burden of Disease*, Lopez & Murray, 1998). Este estudo tinha como objectivo quantificar a carga de mortalidade prematura e incapacidade decorrente de doenças, lesões e factores de risco por idade e sexo para as diferentes regiões e países do mundo. Para o efeito, desenvolveu métricas de avaliação que incluíam o número de anos de vida ajustados à incapacidade (*Disability-Adjusted Life Years*, DALYs) e que resultam da soma do número de anos de vida perdidos devido a morte prematura (*Years of Life Lost*, YLLs) e do número de anos de vida vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability*, YLDs). O novo elemento deste estudo foi a inclusão do impacto das doenças para a população que, não sendo fatais, trazem uma enorme sobrecarga (Sanderson & Andrews, 2001). Este estudo e outros que se seguiram contribuíram em larga medida para chamar a atenção para o encargo pessoal, social e económico das doenças mentais e colocar a saúde mental no centro do debate científico e da agenda política (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray, 2006); a começar por uma maior consciencialização da universalidade das doenças mentais mas também e acima de tudo, do sofrimento e carga associados, francamente desproporcionais ao fraco investimento alocado para esta área.

Desta forma, verifica-se que, apesar dos importantes ganhos em saúde registados ao longo das últimas décadas, a sobrecarga das doenças mentais tem vindo a aumentar. As doenças mentais são comuns e estima-se que possam afectar cerca de 25% das pessoas em determinada fase das suas vidas, estando presentes em cerca de 10% da população mundial (WHO, 2001).

Em 2001, as doenças mentais representavam as maiores causas de incapacidade, uma das maiores causas de morbilidade e morte prematura, contribuindo em mais de 37% do número de anos de vida vividos com incapacidade entre pessoas com 15 anos ou mais (Lopez et al., 2006). Representavam ainda cerca de 12% da carga total das doenças em todo o mundo e 23% nos países desenvolvidos (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães & Caldas-de-Almeida, 2013). Segundo a OMS (WHO, 2005), 5 das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial são doenças do foro psiquiátrico: depressão unipolar (11.8%), perturbações relacionadas

com o abuso/dependência de álcool (3.3%), esquizofrenia (2.8%), perturbações bipolares (2.4%) e demência (1.6%).

Dados epidemiológicos mais recentes atendendo à variabilidade de diagnósticos, apontam para que em cada ano cerca de um terço da população adulta sofra de uma doença mental (Kessler & Üstün, 2008).

Particularmente preocupante, a tendência ascendente da perturbação depressiva. Em 1990, ocupava a quarta posição em termos do número de anos de vida ajustados à incapacidade (Lopez & Murray, 1998), que se manteve em 2000 (Uston, Yuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004) e, passando a ocupar o terceiro lugar em 2004 (WHO, 2004). Estima-se que em 2030 a depressão passe a liderar o *ranking* do número de anos de vida ajustados à incapacidade nos países desenvolvidos (Lépine & Briley, 2011; Mathers & Loncar, 2006).

É um facto que em todo o mundo a carga social e económica da doença mental é tremenda (WHO, 2001). E ainda que os dados a nível mundial e na Europa tendem a convergir, sendo que duas das causas que mais contribuem para número de anos de vida ajustados à incapacidade são doenças mentais, em concreto, as perturbações depressivas e as perturbações relacionadas com o abuso/dependência de álcool (7.2% e 3.4% de toda a sobrecarga das doenças na Europa). De acordo com os critérios diagnósticos seguidos por um estudo europeu, à excepção das perturbações relacionadas com o abuso/dependência de álcool e das perturbações psicóticas, onde se revela uma maior predominância de homens, as mulheres apresentavam 2 a 3 vezes mais frequentemente um diagnóstico de perturbação do humor (depressão unipolar e bipolar), da ansiedade (pânico, agorafobia, fobia social, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de pós-stress traumático), somatoforme (hipocondria, dor somatoforme) e da alimentação (anorexia, bulimia).

Estima-se que em cada ano, cerca de 38.2% da população da Europa sofra de pelo menos uma doença do foro psiquiátrico (doença mental e/ou neurológica), comparado com as estimativas de 2005 que apontavam para uma taxa de 27.4% das doenças mentais (Wittchen, Jacobi & Rehm, 2011). Verifica-se ainda, que apenas uma minoria destas pessoas recebem tratamento (Kessler & Üstün, 2008; Wittchen et al., 2011).

Porém, e apesar de nos países europeus se apontar para uma prevalência bastante elevada de doenças psiquiátricas, uma leitura mais atenta destes resultados permite-nos perceber algumas discrepâncias. Por exemplo, o estudo realizado em 2011 incluía 27

diagnósticos clínicos, incluindo doenças mentais e doenças neurológicas, abrangendo todos os grupos etários, isto é, desde a infância até à terceira idade. Por sua vez, o estudo de 2005 apenas contemplava 13 diagnósticos clínicos referentes a doenças mentais, abrangendo grupos etários dos 18 aos 65 anos. Assim sendo, este aumento na prevalência das doenças psiquiátricas na Europa pode estar mais relacionado com questões metodológicas dos estudos do que ao aumento da prevalência em si (e.g. verifica-se que os diagnósticos adicionais contribuíram para 11.1% da prevalência total das doenças mentais, Wittchen et al., 2011). A esta situação não será, pois, alheio o aumento dos diagnósticos clínicos que têm vindo a ser introduzidos nas revisões dos sistemas de classificação das doenças mentais. No entanto, também é certo que para além dos problemas de saúde mental diagnosticados, existem outros considerados subliminares, ou seja, aqueles que, apesar de não preencherem os critérios para atribuição de um diagnóstico de doença mental, representam também eles, uma fonte de *distress* e sofrimento psicológico e como tal, beneficiariam de uma intervenção atempada (Xavier et al., 2013). Por essa razão também, os estudos epidemiológicos desenvolvidos nas últimas décadas representaram um contributo importantíssimo no revelar da dimensão que os problemas de saúde mental constituem, dos determinantes envolvidos, do impacto pessoal, familiar, social e económico, bem como das lacunas e discontinuidades ao nível do seu tratamento.

Com o objectivo de estudar a morbilidade psiquiátrica em Portugal, o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida & Xavier, 2013), disponibilizou dados relativos à prevalência das perturbações psiquiátricas, especificamente: da ansiedade, do humor, de controlo dos impulsos e da utilização de substâncias. Os resultados do estudo mostram que mais de um quinto das pessoas entrevistadas apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista (N=3849). Estes dados revelaram que dos 10 países europeus comparados (Portugal, Alemanha, Bélgica, Bulgária, Espanha, França, Holanda, Irlanda do Norte, Itália, Roménia), Portugal ocupou a segunda mais alta prevalência de perturbações psiquiátricas (22.9%) na Europa, cujos valores são apenas ligeiramente inferiores aos da Irlanda do Norte (23.1%), mas no entanto, ocupando o primeiro lugar no que se refere às perturbações de ansiedade (16.5%) e de controlo dos impulsos (3.5%) e o terceiro lugar em relação às perturbações do humor (7.9%) e por utilização de substâncias (1.6%).

No que se refere à prevalência estimada de ocorrência de pelo menos uma perturbação psiquiátrica durante a vida, esta foi de 42.7%, registando-se uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas nas mulheres, no grupo mais jovem (18-34 anos) e em pessoas separadas e viúvas. Ainda, e consistente com outros estudos, as mulheres apresentaram valores superiores de perturbações depressivas e perturbações de ansiedade e os homens apresentaram mais perturbações de controlo de impulsos e de perturbações por abuso de substâncias.

Outro aspecto importante que este estudo vem chamar a atenção é para as lacunas e iniquidades existentes em Portugal ao nível do tratamento, em particular no que se refere aos cuidados de saúde mental e à falta de acesso adequado às necessidades identificadas. A situação não é porém igual nos diversos graus de gravidade avaliados, representando cerca de um terço nas perturbações graves (33.6%), mais de metade nas perturbações moderadas (64.9%) e mais de três quartos nas perturbações ligeiras (81.8%). Para além da existência de lacunas no tratamento, este relatório dá conta de outros factores de preocupação, nomeadamente: uma utilização pouco racional dos recursos existentes; o elevado consumo de psicofármacos na população portuguesa, em especial entre as mulheres; o intervalo de tempo entre a ocorrência das perturbações psiquiátricas e o início do tratamento (mediana de 4 anos de tempo de espera nos casos da depressão major e de 2 e 3 anos nos casos de perturbação de pânico e de perturbação de ansiedade generalizada). Ainda, os resultados em relação ao consumo de psicofármacos evidenciam um padrão superior nas mulheres, em particular de ansiolíticos (24.3% das mulheres e 9.8% dos homens) e antidepressivos (13.2% das mulheres e 3.9% dos homens); no caso das mulheres estes números representam os mais elevados na Europa, encontrando-se no caso dos homens entre os três mais altos.

Apesar do importante contributo do primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental para uma melhor compreensão da prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal, este não incluiu dados referentes à esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e ainda excluindo, entre outros, residentes em lares, hospitais e instituições psiquiátricas, uma importante limitação que leva a que apenas uma parte da realidade portuguesa relativa às doenças mentais possa ter sido avaliada.

Considerando o exposto, será útil regressar aos dados do 3º Censo Psiquiátrico (DGS, 2004), que incluiu um total de 66 instituições de saúde, das quais 45 públicas (68.2%), 18 ordens religiosas (27.3%) e 3 privadas (4.5%). Neste estudo foram

incluídos dados referentes a consultas, urgências, internamentos e ainda, instituições privadas, do Continente e Regiões Autónomas. Importa, pois, destacar alguns elementos importantes aí considerados. Por exemplo, verificou-se que, no total da amostra, as esquizofrenias foram as patologias mais frequentes e predominantes nos internamentos, somando um total de 3556 pessoas acompanhadas (21.2%), dos quais 65.1% do sexo masculino. Por sua vez, de seguida predominaram as perturbações depressivas em particular nas consultas, tendo sido atendidas um total de 2499 pessoas (14.9%), das quais 79.7% mulheres. Os ‘atrasos’ mentais (por referência ao ICD-9, assim se referiam às deficiências intelectuais) representaram um total de 2247 pessoas atendidas (13.4%), seguindo-se as perturbações relacionadas com o abuso/dependência de álcool num total de 1494 (8.9%), com maior frequência nos homens (75.7%) e a que implicou um maior recurso às urgências. Com 1436 casos (8.6%), surgem as neuroses (por referência ao ICD-9, e que nas revisões posteriores se subdividem em várias em diversos grupos: perturbações de ansiedade, somatoformes e dissociativas). Por fim, este estudo destaca ainda que as esquizofrenias e os ‘atrasos’ mentais correspondem a cerca de dois terços dos internamentos e que as perturbações depressivas constituem o principal diagnóstico nas consultas (DGS, 2004).

Em conclusão, os dados do 3º Censo Psiquiátrico bem como os do primeiro Estudo Epidemiológico revelaram uma frequência elevada de doenças mentais na população portuguesa, superiores à maioria dos países europeus, situação que se revela preocupante se tivermos em conta as dificuldades associadas ao acesso a serviços adequados às necessidades dos casos. De acordo com Caldas de Almeida (2010), esta situação, da dificuldade do acesso, parece estar relacionada com o evitamento das pessoas em irem ao médico ”*por causa do estigma e a vergonha da doença*”⁴ (Rasinski, Woll & Cooke, 2005, Vogel, Wade & Haake, 2006). De facto, a discrepância que existe entre a necessidade de cuidados e a obtenção dos mesmos parecem resultar da acção combinada de vários determinantes, nomeadamente: o diminuto investimento na saúde mental, escassez de recursos, organização insuficiente dos serviços de saúde mental onde se inclui a centralização dos serviços em grandes instituições e falta de articulação com os cuidados de saúde primários e ainda, o estigma associado às doenças mentais (DGS, 2013).

⁴ Consultado online em TVI 24, 23 Março 2010.

Tais evidências vêm, mais uma vez, chamar a atenção quer para a elevada prevalência dos problemas de saúde mental quer para o estigma social enquanto obstáculo ao tratamento e recuperação.

2. ESTIGMA

2.1. Breve conceptualização

A etimologia da palavra estigma, do grego *stygma*, refere-se a uma tatuagem, marca distintiva de carácter decorativo, religioso ou usado para indicar propriedade. Na Grécia antiga tratava-se de um cunho, sob a forma de queimadura ou corte, infligido no corpo de escravos, traidores ou ‘criminosos’, destinada a tornar evidente aos olhos dos outros quais os membros desvalorizados pela sociedade (Simon, 1992). Em casos mais raros, poderia significar motivo de orgulho caso as marcas estivessem associadas a um feito heróico numa batalha, por exemplo. Não obstante, tratava-se, em regra, de um sinal com significado negativo pelo que uma pessoa marcada por um estigma era alguém a ser evitado em particular em locais públicos.

Mais tarde, o estigma (*stigmata*) passou a representar sinais metafóricos de graças divinas, inscrevendo-se no corpo, como que em revelação, as cinco chagas de Cristo. Paradoxalmente traduz um sofrimento que corresponde à benesse de ser o escolhido. Nesse sentido, a pessoa afligida sente ‘na pele’ a dor vivida por Jesus Cristo na cruz, através dos ferimentos físicos mas experienciando igualmente a sua presença espiritual (e.g. S. Paulo, Gálatas 6:17 “*Daqui em diante, ninguém me moleste, pois trago no meu corpo as marcas do Senhor Jesus*”)⁵. Ainda assim, no geral, entre os cristãos, a ‘loucura’ tendia a ser vista como um castigo infligido por Deus aos pecaminosos (Arboleda-Flórez, 2008).

Ao longo da história, ancorados em motivos de natureza cultural, político-religiosa, económica e social, podemos encontrar inúmeros exemplos de estigmatização de certos indivíduos que, em função de determinadas características ou pertença a um grupo particular, tornaram-se alvo de perseguição e exclusão social sendo-lhes atribuído um estatuto moral e social inferior.

⁵ Bíblia Sagrada, Difusora bíblica, Lisboa, 1998, 14ª Edição, p. 1538.

Pese embora o pioneirismo e contributo inovador para o estudo do estigma por parte de outros autores, a que nos referiremos a seguir, terá sido Allport (1954), no seu livro “*The Nature of Prejudice*”, o primeiro a descrever os preconceitos, constituintes do estigma, enquanto “*atitudes adversas ou hostis em relação a uma pessoa que pertence a um grupo, simplesmente porque pertence a esse grupo, presumindo-se assim que ela possui as características contestáveis que são atribuídas a esse grupo*” (Allport, 1954, p.9).

Mais tarde Becker, no seu livro “*Outsiders*” publicado em 1963, acrescentou a esta reflexão a influência da relação entre norma e desvio, enquanto elementos chave nos processos de estigmatização. Este autor define desvio como “*uma infracção de alguma regra geralmente aceite*” (Becker, 1963, p. 17). Nesse mesmo ano, no seu ensaio “*Notes on the Management of a Spoiled Identity*,” o sociólogo Erving Goffman (tal como Becker, filho de imigrantes judeus) apresentou uma conceptualização inovadora sobre o processo de desenvolvimento e as consequências do estigma nas sociedades contemporâneas e sua influência na construção da identidade social. Na sua perspectiva, o estigma corresponderia a uma marca ou traço particular, por sua vez ligado a atributos indesejáveis, que desacreditam o indivíduo ou deterioram a sua identidade (Goffman, 1963). De forma esclarecedora, introduz o conceito de *identidade social real* que corresponde aos atributos que um indivíduo detém, distinguindo-o do carácter imputado pelos outros e que se refere à sua *identidade social virtual*.

Goffman (1963) diferencia três tipos de estigma: os que indicam o que definiu como as “*abominações do corpo*”, que se referem às várias deficiências físicas e portanto, visíveis e facilmente identificáveis; os que aludem ao “*defeito de carácter individual*” associados ao que designa como sendo vontade fraca e se manifesta através de atributos como desonestidade (frequentemente associados às doenças mentais, homossexualidade); e ainda os estigmas “*tribais*” relativos às diferenças em termos de estatuto das classes sociais, raças e religiões. Este autor atenta que através do processo de categorização social os membros da sociedade classificam as pessoas em grupos e distinguem quais os atributos normais e portanto, socialmente aceites, daqueles que se desviam da norma e são considerados menos toleráveis ou até inaceitáveis. Refere-se ainda ao estigma enquanto ideologia para justificar o estatuto de inferioridade do estigmatizado, sendo para isso frequente o recurso a uma tipologia de linguagem própria e que visa reforçar esse mesmo estatuto (e.g., aleijado, bastardo, retardado).

Prosseguindo nesta linha de reflexão, Elliot e colegas (1982) propõem uma definição de estigma enquanto subproduto de condições sociais desviantes, uma forma de desvio que conduz os grupos sociais a apreciações acerca de certos indivíduos como ilegítimos para a participação na interação, julgados incompetentes, imprevisíveis, ou uma ameaça (Elliot, Ziegler, Altman & Scott, 1982).

Posteriormente, reflectindo a partir da obra inaugural de Goffman (1963), Jones e colaboradores (1984) propõem seis dimensões que explicam de que forma podem variar as condições de estigmatização. A primeira dimensão diz respeito à *visibilidade* (*concealability*) que se refere ao quão evidente e detectável pode ser determinada característica, num *continuum* de atributos que podem variar desde marcas notórias (e.g. raça, deficiências físicas) até a características mais facilmente ocultáveis (e.g. algumas doenças mentais). Podendo à partida parecer que quanto maior visibilidade maior o estigma associado, o certo é que em determinadas situações em que o foco de estigmatização pode ser ocultado, as mesmas colocam o próprio perante as maiores tensões e dúvidas sobre o seu desvelamento. A este nível, são frequentes os dilemas com que, por exemplo, uma pessoa com doença mental, mesmo em fase de recuperação, se depara sobre se deve ou não revelar o seu problema devido ao receio das consequências negativas de que daí possam advir. A segunda dimensão, *curso* (*course*), refere-se ao carácter de reversibilidade ou não das condições estigmatizantes ao longo do tempo. Nessa medida, o grau de estigmatização face a determinadas condições será tanto maior quanto a sua cronicidade, às quais se tende a associar um carácter de irreversibilidade e descrença na recuperação. A terceira dimensão, *disruptividade* (*disruptiveness*) é relativa ao quanto o estigma pode interferir negativamente nas relações interpessoais do estigmatizado. A este respeito, algumas manifestações subjacentes a determinadas perturbações podem, em fases activas da doença, apresentar-se como verdadeiramente disruptivas e afectando negativamente a qualidade das relações sociais, porquanto associadas a atributos de imprevisibilidade, irracionalidade. A quarta dimensão, *estética* (*aesthetics*) remete para a importância da aparência e sua influência no desejo dos outros iniciarem e manterem relações sociais; e simultaneamente, a tendência para rejeitar pessoas que apresentam determinadas características vistas como aversivas. Disso são exemplo algumas doenças que envolvem alterações físicas e/ou morfológicas (e.g. doença de *Hansen*, comumente conhecida como lepra; obesidade). A quinta dimensão *origem* (*origin*) faz alusão à

origem da característica e ao carácter de controlabilidade associada. Não raramente as pessoas são vistas como tendo “*vontade fraca*” (Goffman, 1963, p.14), sendo que nesses casos haverá uma maior tendência para desencadear nos outros comportamentos de rejeição e hostilidade (e.g. doenças mentais) e conseqüentemente, sendo-lhes atribuída maior responsabilização no processo de estigmatização, ao contrário do que acontece quando o problema é visto como estando fora do controlo do próprio (e.g. deficiências físicas). A sexta dimensão, *risco (peril)*, representa a ameaça que a condição apresentada pode produzir nos outros, uma marca fortemente associada a comportamentos de violência e de perigo face a outros (frequentemente associada à esquizofrenia).

Mais tarde, porém ainda neste enquadramento, Crocker, Major e Steele (1998) reforçam a noção de Goffman (1963), de que o estigma ocorre quando alguém possui ou acredita-se que possui determinadas características que carregam uma identidade social que é desvalorizada num determinado contexto social. A esse propósito, destacam três dimensões essenciais do estigma: *visibilidade*, referindo-se ao carácter mais evidente ou subtil das marcas associadas; *controlabilidade*, que se refere se a marca está ou não sob o controle do estigmatizado e o *impacto*, que diz respeito à reacção de medo que tal marca pode suscitar nos outros.

Todavia, determinada característica pode ser objecto de estigmatização num determinado momento histórico e não noutra e dentro do mesmo período, em determinada situação e não noutra (Dovidio, Major & Crocker, 2000). Apesar deste e de outro tipo de variabilidades envolvidos no processo de estigmatização (e.g. diferenças culturais), é possível identificar aspectos gerais e comuns nas diversas propostas de conceptualização deste fenómeno, indispensáveis para operacionalizar o seu conceito.

2.2. Definição

Goffman define estigma como um “*atributo profundamente desqualificante*”, que torna o seu alvo em alguém considerado sem valor, impedido de aceitação social plena e que não chega a ser “*completamente humano*” (Goffman, 1963, p.13-15). Derivando directamente da perspectiva sociológica deste autor, destacam-se as definições de estigma de Jones e colaboradores (1984), que se referem ao estigma como

uma “*marca que associa uma pessoa a características indesejáveis, os estereótipos*” e de Stafford e Scott (1986) que o definem como uma característica de determinadas pessoas que se revela contrária a uma norma de uma unidade social, sendo norma definida como uma crença partilhada de que uma pessoa se deve comportar de certa forma em determinado momento. Por sua vez, Crocker e colegas (1998) referem-se ao estigma como um “*atributo ou característica que carrega uma identidade socialmente desvalorizada em determinado contexto social*” (Crocker et al., 1998, p. 505).

Na sua concepção de estigma, Link e Phelan (2001) enfatizam que alguns grupos tendem a ser mais estigmatizados do que outros. Neste pressuposto, referem que este processo ocorre “*quando a rotulagem, os estereótipos, a separação, a perda de estatuto e discriminação co-ocorrem numa situação de poder que permite que estas se revelem*” (Link & Phelan, 2001, p. 377).

O processo de estigmatização, em particular face a determinados grupos minoritários (e.g. pessoas de raça negra, mulheres), segue segundo alguns teóricos evolucionistas (e.g. Kurzban & Leary, 2001; Neuberg, Smith & Asher, 2000), a trajetória evolutiva, histórica e social, inscrevendo-se nos processos de selecção natural. Não se tratando de uma abordagem que reduza o conceito a qualquer tipo de determinismo biológico, os seus contributos, remontando à fundação da história da humanidade, permitem-nos compreender melhor a função adaptativa do processo de estigmatização no decurso do processo evolutivo.

Assim, de acordo com a perspectiva evolutiva, “*a ubíqua prática humana de estigmatizar certos outros está primariamente enraizada na necessidade de base biológica de viver em grupos eficazes. Eles [os estigmas] emergem através de processos de evolução biológica e social, de necessidades biológicas básicas e de grupo que existem (e existiram) através de diferentes culturas, períodos de tempo e espécies sociais relevantes*” (Neuberg et al., 2000, p. 33-34).

A estigmatização parece, pois, resultar de mecanismos ancestrais de adaptação social, inerente à vida em grupo, funcionando, nomeadamente, enquanto instrumento de dominação e exclusão.

2.3. Contributos da Psicologia Evolutiva

O paradigma evolucionista esclarece que o processo de selecção natural conduz a ajustamentos destinados a resolver problemas adaptativos enfrentados por uma determinada espécie durante a sua história evolutiva. Por conseguinte, concede mais oportunidades de sobrevivência e de reprodução àqueles cujas características variam de forma a obterem mais benefícios do que custos.

Tal como a maioria dos seres sociais e particularmente os mamíferos, os seres humanos foram tendo, ao longo do seu percurso histórico-evolutivo, importantes problemas a resolver. Entre os desafios adaptativos, destacam-se os de auto-protecção (de predadores de outras espécies e rivais da mesma espécie), evitamento de doenças (incluindo a transmissão de patógenos), atracção e escolha de parceiros(as), investimento parental, gestão de recursos, mas também de socialização, cooperação e estatuto (Neuberg, Kenrick & Schaller, 2010). Assim, a evolução das trocas sociais e do estabelecimento de alianças envolvem, desde sempre, uma série complexa de estratégias de socialização e padrões de interacção, tal como um conjunto de sistemas psicológicos activados por desafios adaptativos específicos. Aí se inclui o processo de estigmatização, nomeadamente, no que diz respeito às preferências e valores partilhados pelos membros do grupo em relação a outros membros do seu próprio grupo e a outros grupos.

Segundo Buss (2006), viver em grupos representa a pedra angular da existência humana. A natureza distintivamente *ultrasocial* (Campbell, 1983 cit in Buss, 2006) e dependente da espécie humana levam a que estabelecer e manter contactos sociais positivos se assuma como um aspecto essencial para a saúde física e mental. Daí as inúmeras oportunidades e vantagens adaptativas da vida em grupo (e.g. altruísmo recíproco, Trivers, 1971; contrato social, Cosmides & Tooby, 2005). Contudo, os humanos, à semelhança de determinadas espécies, inclinam-se a rejeitar membros de sua própria espécie (Kurzban & Leary, 2001). Esta tendência parece resultar de mecanismos psicológicos evoluídos que emergem do processo de selecção natural e de adaptação, cumprindo essencialmente três funções⁶: de cooperação diádica, exploração coligacional e prevenção ou evitamento de parasitas.

⁶ De acordo com a perspectiva evolutiva, função é definida em termos de potencialização do sucesso reprodutivo (Kurzban & Leary, 2001, p. 188).

A cooperação diádica (*dyadic cooperation*) traduz-se no evitamento de interacções com parceiros que impõem mais custos do que benefícios ao nível das trocas sociais: ou porque demonstram ter pouco a oferecer em termos de ganhos sociais; ou porque não cumprem os requisitos enquanto parceiros potencialmente valiosos. Nestes incluem-se, por exemplo, aqueles que violam as regras sociais, indivíduos que aceitam o benefício mas não retribuem, sendo por isso tido como *impostores* (Cosmides & Tooby, 2005). Ou seja, os indivíduos demonstram ter preferência por determinado tipo de pessoas em detrimento de outras, o que parece estar na base da discriminação (Kurzban & Neuberg, 2005).

No que diz respeito à exploração coligacional (*coalitional exploitation*), esta refere-se à tendência para explorar indivíduos excluídos e parece destinar-se a manter a integridade do grupo.

Por sua vez, a prevenção ou evitamento de parasitas (*parasite avoidance*)⁷ parece ter como objectivo primordial o furtar-se a contactos prolongados com aqueles que possam ser portadores de agentes patogénicos, aumentando a probabilidade de transmissão de doenças. Esta função assume particular relevância no processo de estigmatização e exclusão social. À semelhança de outros primatas não humanos nos quais são descritas respostas de rejeição social face a indicadores de doença em animais da sua espécie (Goodall, 1986), “*parece que as pessoas que são vulneráveis à estigmatização carregam o potencial para contaminar objectos e outras pessoas*” (Oaten, Stevenson & Case, 2011, p. 3444). De facto, a detecção de sinais visíveis ou frequentemente associados a doenças (e.g. lesões faciais, febre, tosse, corrimento nasal, espasmos musculares, alterações comportamentais) parecem activar mecanismos psicológicos (Park, Faulkner & Schaller, 2003; Faulkner, Park, Schaller & Duncan, 2004) que funcionam como um sistema de evitamento de doença (Oaten et al. 2011). O evitamento não se restringe, pois, a doenças infecto-contagiosas dado que parecem existir pistas, de carácter mais específico, associadas a outras doenças. Por exemplo, determinadas doenças mentais podem estar associada a sinais de contaminação física, (e.g. as pessoas com doenças mentais, têm sido, muitas vezes descritas como “*desleixadas*” ao nível da sua higiene pessoal, Stier & Hinshaw, 2007). Ainda, o receio de *contaminação* genética pode também constituir um potencial instrumento de

⁷ Para além do termo *Parasite Avoidance* usado por Kurzban & Leary, outros autores recorrem a um termo mais amplo – Evitamento de doença (*Disease Avoidance*).

estigmatização, pela redução do desejo de estabelecer contactos sociais com aqueles que estão visivelmente afectados por uma doença que poderá trazer comprometimentos ao nível hereditário. Desde logo, alguns sintomas e sinais característicos de determinadas doenças mentais crónicas (e.g. ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, embotamento afectivo, disfunção social/ocupacional nas perturbações esquizofrénicas; diminuição de energia, do interesse e/ou do prazer, humor depressivo, na depressão major, DSM-IV, *American Psychiatric Association – APA*, 1994) e/ou possíveis efeitos secundários da medicação (e.g. tremores, movimentos involuntários, rigidez dos membros e da face com perda de expressividade, apatia, potenciados pela toma de antipsicóticos).

Prever o comportamento dos outros contribui para que possamos inferir acerca das suas intenções e comportamentos futuros. Daí, por exemplo, o facto de um comportamento inesperado poder concorrer para o desejo de diminuição de contactos sociais (Kurzban & Leary, 2001). Estes e outros comportamentos podem conduzir a generalizações sobre as pessoas, sendo elas próprias, avaliadas como instáveis e/ou desviantes, situação que parece contribuir para que possam ser consideradas “*imprevisíveis, perigosas e indignas de confiança*” (Mehta & Farina, 1997, p. 405).

A constatação de que podemos encontrar ao longo da história evolutiva várias formas e mecanismos de estigmatização não devem motivar a aceitação desta realidade sob a justificação de um qualquer tipo de pretexto biológico. Isto é, o facto de certas formas de estigmatização serem identificadas como tendo cumprido uma função adaptativa em termos dos ambientes sociais e físicos do passado evolutivo, não significa que sejam adaptativas hoje. Muito menos as torna *aceitáveis* ou *moralmente justificáveis* (Neuberg et al., 2000). Esta noção contribui, em larga medida, para compreender a enorme tarefa que constitui desafiar o estigma social, complementando e ampliando a visão de Goffman (1963, p. 163-164) de que “*o estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser separados em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas ligações e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, mas sim perspectivas*”.

Apesar de reconhecido como uma tendência humana, ao longo das últimas décadas, diferentes perspectivas foram surgindo, com ênfase em pressupostos distintos que importa explorar: a de que o estigma ocorre em muitas das interacções e relações

sociais (Kahng & Mowbray, 2005) e em particular, em ocasiões em que certos indivíduos e grupos são excluídos de uma plena aceitação social (Mcdaid, 2008).

2.4. Contributos da Psicologia Social

A Psicologia Social detém um longo percurso na investigação dos processos que antecedem, envolvem e influenciam o comportamento humano (e.g. Fiske, 1998; Dovidio, 2001).

Por um lado destacam-se alguns paradigmas que sublinham a influência dos factores relacionados com as diferenças individuais (e.g. *Personalidade autoritária*, Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson & Stanson, 1950; *Autoritarismo de extrema direita*, Altemeyer 1981; *Orientação para a dominância social*, Sidanius & Pratto, 1999). Por outro lado, o enfoque nas relações intergrupais, categorização social e identidade social (e.g. *Teoria da identidade social*, Tajfel, 1982). Estas perspectivas constituem importantes contributos para um melhor alcance do fenómeno estigma social. Por esse motivo, serão aqui evocadas não como visões antagónicas mas complementares na medida em que vários factores parecem combinar e operar de forma distinta em diferentes condições (Dovidio, Hewstone, Glick & Esses, 2010) e momentos.

A emergência de estudos focados nas diferenças individuais surge num período político-histórico dominado, um pouco por todo o mundo, por regimes totalitários que sustentavam ideologias e atitudes hostis em relação a minorias. Estes, tendo como configuração a primazia da sociedade sobre os indivíduos, sustentavam a existência de uma tendência individual para o preconceito. Segundo esta abordagem, os preconceitos são vistos como resultantes de factores intrapessoais e relacionados com características da personalidade. De destacar, as personalidades de tipo autoritário que deteriam maior tendência para aderir de forma rígida às normas sociais, demonstrando maior intolerância e agressividade para com membros de outros grupos, em particular minorias sociais (Adorno et al., 1950). A base desta teoria foi mais tarde reforçada por Altemeyer (1981), que integrou os princípios da aprendizagem social à teoria de autoritarismo de extrema-direita (*Right-wing authoritarianism-RWA*). Esta teoria considera o autoritarismo como uma dimensão da personalidade composta por três

grupos atitudinais: submissão autoritária, agressão autoritária e convencionalismo. O primeiro refere-se à tendência para a submissão à autoridade, investindo-a de legitimidade; o segundo avalia a predisposição para a hostilidade para com as pessoas e grupos vistos como possíveis ameaças à ordem social. Finalmente, o terceiro refere-se à aceitação geral de convenções sociais. Uma outra abordagem é a Sidanius e Pratto (1999) que introduzem uma leitura das diferenças individuais em termos da orientação para a dominância social (*Social Dominance Orientation-SDO*) e enquanto tendência para analisar as relações intergrupais de acordo com as hierarquias estabelecidas, numa posição clara de competitividade, estatuto e dominância.

No seu conjunto, as teorias baseadas nas diferenças individuais enfatizam a existência de características típicas de determinadas personalidades que actuam como potenciais agentes de preconceito e discriminação em relação a determinados grupos minoritários, donde, claramente, se incluem as pessoas com doenças mentais (Ottati, Bodenhausen & Newman, 2005).

Se por um lado estas ideologias parecem remeter para crenças num mundo perigoso e ameaçador (RWA) e dominado pela competição e hierarquias (SDO), um terceiro paradigma, a teoria de crenças no mundo justo (Lerner, 1987), veio defender que, no geral, as pessoas sentem necessidade de acreditar que existe justiça no mundo, situação que parece explicar a tendência para acreditar que ‘cada um tem aquilo que merece’. De uma forma simplificada, esta teoria tem subjacente a crença geral de que as pessoas ‘boas’ obtêm bons resultados e coisas más só acontecem a pessoas ‘más’ (Ottati et al., 2005).

Um claro esforço por considerar os factores contextuais na leitura da realidade levou a que reacções à visão de que os estereótipos e preconceitos seriam respostas não-adaptativas específicas de determinadas personalidades, emergissem. Desta forma, o foco passou a considerar outros fenómenos, entre os quais, os que decorrem do processo de socialização e da influência das normas e dos valores. Nesse seguimento, o estigma passou a ser analisado à luz de mecanismos psicológicos e sociais funcionais e dinâmicos (e.g., Fiske & Taylor, 1984), intrínseco à constituição e manutenção das relações intergrupais.

2.4.1. Mecanismos da estigmatização

2.4.1.1. Estigma enquanto protecção da identidade do estigmatizador

O estudo do papel e função dos grupos e das relações intergrupais contribuiu de forma inequívoca para uma melhor compreensão dos mecanismos de estigmatização.

As pessoas vivem em grupos, trabalham em grupos, divertem-se em grupos (Poole, Hollingshead, McGrath, Moreland & Rohrbaugh, 2004).

Brown (1988, cit in Vala, 1997) refere que um grupo existe quando dois ou mais indivíduos se consideram membros da mesma categoria social e quando essa categoria é reconhecida por pelo menos um elemento exterior. Outras propostas de definição de grupo enfatizam diversos aspectos. Designadamente, e como referido por Levine & Moreland (2006): de interdependência (e.g. Cartwright & Zander, 1968), comunicação (e.g. Homans, 1950), influência (e.g. Shaw, 1981), estrutura (e.g. Sherif & Sherife, 1956), identidade partilhada (Brown, 2000), sublinhando não ser possível compreender o comportamento humano sem considerar o papel que os grupos desempenham na vida das pessoas. Ainda segundo estes autores, os grupos cumprem diversas funções em termos de satisfação de necessidades dos seus membros: a) *sobrevivência*, facilitando a sua capacidade de descendência, obtenção de alimentos, abrigo e protecção; b) *psicológicas*, permitindo-lhes desenvolver relações íntimas com outros, evitar a solidão e exercer influência e poder; c) *informacionais*, clarificando acerca dos ambientes físicos e sociais e permitindo-lhes avaliar as suas opiniões, habilidades através de processos de comparação social; d) *identidade*, fornecendo uma base social ou colectiva.

Os benefícios de se ser membro de um grupo podem ser muito variados. Entre outros, os grupos parecem contribuir para a formação de um sentido de pertença (Baumeister & Leary, 1995) e construção de uma identidade social (e.g. Teoria da identidade social, Tajfel, 1982) através do processo de identificação grupal.

No entanto, algumas consequências parecem advir da identificação ao grupo (Hinshaw, 2007), nomeadamente, o enviesamento intergrupar que se refere à tendência sistemática para avaliar de forma mais favorável o endogrupo (grupo de pertença) ou os seus membros, e manifestada através de acções de favoritismo (Brewer, 1999), comparativamente aos outros grupos (exogrupos) ou em relação aos seus membros

(Hewstone, Rubin & Willis, 2002). Este mecanismo pode, pois, abranger uma dimensão cognitiva (estereótipos), atitudinal (preconceito) e comportamental (discriminação). De facto, a valorização do endogrupo parece explicar a tendência dos indivíduos para crerem que os seus membros pensam, sentem e agem de forma semelhante mas considerando, apesar de tudo, que cada um preserva a sua individualidade. Ainda, e talvez por esse motivo também, a tendência para se comportarem de forma mais aceitante em relação aos seus elementos.

Simultaneamente, os indivíduos tendem a identificar-se com grupos sociais que determinam normas claras, pela necessidade de reduzirem a incerteza (e.g. teoria da redução da incerteza subjectiva, Hogg, 2000). Estes mecanismos, entre outros, favorecem a tendência para uma maior empatia e coesão, cooperação e auto-ajuda entre membros do grupo. Pelo contrário, parece existir uma propensão para desvalorizar os membros de exogrupos, cujos elementos são vistos como sendo parecidos entre si (efeito de homogeneidade do exogrupo), geralmente, com conotação depreciativa e como tal, diferentes dos membros do endogrupo. Esta diferenciação parece, por sua vez, ajudar a explicar a tendência para uma maior distância social face a determinados grupos sociais conduzindo, em casos mais extremos, a situações de hostilidade, em particular em relação àqueles que podem significar uma ameaça pessoal, económica, política ou social. Assim, os indivíduos parecem sentir-se motivados a identificarem-se com grupos que possam proporcionar um equilíbrio óptimo entre essas duas necessidades: de identificação e diferenciação (e.g. teoria da distintividade óptima, Brewer, 1991).

Apesar da hostilidade em relação a outros grupos contribuir para reforçar o sentido de pertença, não é necessário que tal aconteça (Allport, 1954), pelo que, não devemos daí derivar que a estigmatização resulta directamente da formação de laços fortes com membros de um grupo (Hinshaw, 2007). No entanto, mesmo não sendo consensual na literatura, alguns investigadores defendem que a tendência para desvalorizar, rejeitar, hostilizar os membros de determinados grupos cumprem igualmente funções importantes que merecem ser consideradas, nomeadamente, a de protecção da identidade social e reforço da auto-estima (Crocker et al., 1998).

Em síntese, um dos mecanismos que envolve o processo de estigmatização parece cumprir a função de obtenção de uma posição de superioridade e domínio por parte daquele que estigmatiza; e de proteger a sua identidade e do seu grupo de pertença.

Porém, apesar de poder estar enquadrada na necessidade humana básica de estabelecer e manter relações intergrupais, incluindo o processo de construção da identidade pessoal e social, esta teoria não oferece uma explicação plena para o processo de estigmatização. Nomeadamente, porque se limita a colocar a ênfase naquele que estigmatiza e não nos que são alvo de estigma (Hinshaw, 2007), uma lente essencial para um estudo mais aprofundado do estigma internalizado (também descrito como auto-estigma).

2.4.1.2. Estigma enquanto ameaça à identidade do estigmatizado

No seu artigo “*The Social Psychology of Stigma*”, Major e O’Brien (2005) argumentam que o relevo na natureza situacional bem como no papel do *self* na resposta ao estigma estimularam a pesquisa em torno do estudo deste fenómeno. Focalizadas nos seus efeitos psicológicos, estas autoras procuraram explorar os impactos para aqueles que são alvo de estigma, ao nível cognitivo, afectivo e comportamental. Para o efeito, apresentam um modelo do estigma enquanto ameaça à identidade do estigmatizado e propõem quatro mecanismos que parecem explicar a ameaça induzida pelo estigma: 1) *Tratamento negativo e discriminação directa*, na qual observam o impacto negativo da discriminação no estatuto social, bem-estar psicológico e saúde física dos estigmatizados, ao nível das relações, desde familiares a laborais, até às mais diversas oportunidades sociais; 2) *Processos de confirmação das expectativas* que, à semelhança das profecias auto-confirmatórias⁸ podem levar a que o comportamento dos outros venha a confirmar falsas expectativas iniciais; 3) *Activação automática dos estereótipos* que pode conduzir as pessoas a agir de maneira consistente com determinados estereótipos associados. 4) *Estigma enquanto ameaça à identidade*, através do qual as representações colectivas, os sinais situacionais e as características pessoais afectam a avaliação do significado das situações. Neste caso, a ameaça à identidade ocorre quando um indivíduo avalia as exigências impostas por um stressor de natureza estigmatizante como potencialmente ameaçadoras para a sua identidade social e bem-estar. Por sua vez, as respostas às ameaças à identidade podem ser de natureza involuntária (actuum

⁸ Conceito introduzido pelo sociólogo Robert King Merton, através do seu livro *Social Theory and Social Structure* (1949). Uma profecia auto-confirmatória pode ser definida como qualquer expectativa positiva ou negativa face a determinado acontecimento ou pessoa e que condiciona o comportamento no sentido da sua concretização. Neste sentido, quando a pessoa espera que algo aconteça, age como se a sua previsão já fosse real, de tal forma que a profecia inicial, mesmo que baseada em premissas incorrectas, se confirma.

como reacções emocionais, cognitivas, fisiológicas ou comportamentais não reguladoras das situações stressoras, e.g., ansiedade, vigilância aumentada) ou de natureza voluntária (esforços conscientes e intencionais de regulação emocional, cognitiva, fisiológica ou comportamental, no sentido de controlar as respostas aos agentes stressores, e.g. estratégias de *coping*).

Parece, pois, existir uma relação estreita entre a forma como cada um se vê a si próprio e como é visto pelos outros (Howarth, 2002).

Em conclusão, quer se trate de uma forma de preservação da identidade social e auto-estima daquele que estigmatiza (Crocker et al., 1998) ou um mecanismo de desvalorização e ameaça à identidade social do estigmatizado (Goffman, 1963, Major & O'Brien, 2005), o processo de estigmatização parece, pois, cumprir diversas funções, individuais e colectivas. A este nível, e com vista ao seu aprofundamento, a investigação tem vindo a debruçar-se sobre determinados grupos-alvo e condições: obesidade (e.g. Crocker, Cornwell & Major, 1993; Puhl & Heuer, 2009); homossexualidade (e.g. Herek, 1991; Herek & McLemore, 2013) grupos raciais (e.g. Howarth, 2006) pessoas com doenças crónicas como a epilepsia, (e.g. Baker, 2002), cancro (e.g. Fife & Wright, 2000), doenças transmissíveis como o HIV/SIDA (e.g. Fife & Wright, 2000; Parker & Aggleton 2003), lepra e tuberculose (e.g. Kazeem & Adegun, 2011) para além de pessoas com deficiências intelectuais (e.g. Cooney, Jahoda, Gumley & Knott, 2006) e doenças mentais (e.g. Link & Phelan, 2001).

3. DOENÇA MENTAL E ESTIGMA

3.1. Considerações sobre doença mental: breve perspectiva histórica

3.1.1. Do sobrenatural à visão naturalística da loucura

A crença do domínio do sobrenatural sobre o homem e em particular sobre a perturbação mental data de épocas ancestrais. Esta parece ser a justificação para alguns achados arqueológicos que identificaram, em vários povos primitivos, crânios perfurados com orifícios, sugerindo a prática de trepanação enquanto procedimentos cirúrgicos que visavam afastar espíritos malignos (Clower & Finger, 2001).

A visão demonológica e teleológica do comportamento perturbado, cujas interpretações remetiam para a existência de forças sobrenaturais e influências misteriosas, desde espíritos, animais, deuses, a lua (daí o termo lunático), iriam subsistir na Antiguidade Clássica (Grécia e Roma Antigas), coexistindo com os primeiros modelos naturalísticos da ciência médica.

Simon (2008) analisa a *loucura* na antiguidade clássica (situada aproximadamente desde o período micénico da civilização grega, século II a.C., à queda do Império Romano do ocidente, século VI d.C.), enquadrando-a, no que denominou *de proto-psiquiatria*, segundo três modelos: o primeiro, modelo poético, no qual os poetas retractavam de forma eloquente heróis ou protagonistas de tragédias como seres levados à ‘loucura’ pelos deuses (e.g. *Odisseia*, Homero *Heracles*, Eurípides; *Ajax*, Sófocles), aqui vista como desígnio divino, aliada da superstição, castigo ou vingança, possessão demoníaca ou até mesmo forma de arte.

O segundo, modelo médico, iniciado por Hipócrates (460-377 a.C.), que inaugura uma clara ruptura com o *pensamento mágico*, marcando uma importante alteração epistemológica face à concepção mitológica da ‘loucura’. Sob a égide organicista, Hipócrates propõe, pois, que a explicação para a dita ‘loucura’ deixe de estar à mercê da vontade divina mas antes passe a ser vista como uma doença do cérebro causada por um desequilíbrio entre o ambiente e os quatro humores: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra (referentes, respectivamente, ao coração, sistema respiratório, fígado⁹ e baço). A teoria de Hipócrates terá sido inspirada em Empédocles (490-430 a.C) e nos seus quatro elementos da natureza: fogo, ar, terra e água (Kirk, Raven & Schofield, 1994), numa correspondência com quatro propriedades atmosféricas (frio, quente, seco e húmido) e com as quatro estações do ano (Inverno, Primavera, Verão e Outono, Rezende, 2009). Consta que terá sido Empédocles o primeiro a descrever e classificar doenças como epilepsia, mania, melancolia.

Posteriormente, Galeno (século II d.C.) acrescenta subdivisões e formulações mais específicas às propostas de Hipócrates (mas também de Platão) e desenvolveu a primeira tipologia do temperamento, que predominará nos escritos medievais e renascentistas sobre a ‘loucura’. Os quatro temperamentos primários funcionariam a par com os humores predominantes no corpo: 1) tipo sanguíneo e cujo humor corporal mais

⁹ A expressão “maus figados” e que no senso comum se refere a alguém com “mau-feitio” ou “mal-humorado” representa ainda uma reminiscência da teoria dos humores de Hipócrates (www.rtp.pt/play/p491/e174924/lugares-comuns).

influyente seria o sangue; 2) tipo colérico, no qual predominava a bílis amarela; 3) tipo melancólico, com maior influência da bílis negra; e 4) tipo fleumático, em que dominava a fleuma (Pessoti, 1996).

A permanência de uma grande variedade de crenças mágicas foi-se mantendo através dos longos séculos que marcaram a evolução do conceito de ‘loucura’, desde a antiguidade até aos tempos modernos e passando pela Idade Média, altura em que se assistiu ao revigorar do modelo mítico-religioso. E é na época medieval precisamente que se assiste, sob o domínio da religião cristã, à reafirmação de uma ‘teoria demoníaca’ da ‘loucura’. De facto, os princípios profundamente dogmáticos e de busca da perfeição no homem, e que se encontram patentes, por exemplo, nas obras de Santo Agostinho e de Santo Tomás de Aquino (Françoa, 2005), não se coadunavam com a existência da imperfeição, sequer da ‘insanidade’.

Numa época dominada pela intolerância religiosa, as bruxas passaram a ser a personificação do demónio e encarnação da heresia, e por isso perseguidas e condenadas à morte. Tornaram-se frequentes determinados tipos de práticas que envolviam o exorcismo e a combinação de rituais com oração com o propósito de expulsar os espíritos malignos do corpo dos ‘enfermos’, dos ‘pecaminosos’ e dos ‘hereges’. “*O louco passa a ser visto como perigoso. Isto porque a possessão demoníaca só ocorre em pessoas em falta. Os bons não são atingidos pelo demónio*” (Cherubini, 2006, p. 10).

Se por um lado, os doentes, os pobres, os ‘loucos’ seriam alvo de perseguição inquisitorial e tratados com extrema dureza e crueldade, são também objecto de compaixão, nascida de uma afeição religiosa, de fraternidade cristã. Esta ambivalência perdurará até o século XVII, sendo por isso as práticas de cura “*as mesmas das expiações dos pecados, como peregrinações a lugares santos, confissões, ritos de preces, manifestações de devoção e de caridade (pois salvar o outro equivaleria a salvar a si próprio), ingestão e consumo de ervas e xaropes, autoflagelação e suplícios, torturas para expiar o demónio e, quando necessário, morte na fogueira*” (De Tílio, 2007, p. 197). Por essa razão também e resultado da ‘misericórdia’, terão surgido na Europa, entre o Séc. XII e o Séc. XV, os primeiros ‘asilos para lunáticos’ (Simon, 2008), instituições concebidas para recolher, alojar, isolar, alimentar e abrigar simultaneamente ‘loucos’, ‘pobres’, ‘criminosos’, ‘prostitutas’, ‘leprosos’, ‘pedintes’, ‘vagabundos’, ‘blasfemos’ e todos os demais que se desviavam das normas sociais. Não

foi preciso muito tempo para que os espaços asilares se transformassem em prisões, sendo a institucionalização uma forma de banir, controlar e excluir socialmente os indesejáveis (De Tílio, 2007; Alboleda-Flórez, 2008). Segundo Foucault (1973) os asilos tinham por função não o tratamento e a cura, mas antes, o propósito de banir os indesejáveis da sociedade. Recorrente na arte da época, a ‘loucura’ pode ser encontrada na obra literária de Brant (*Stultifera Navis* ou *Narrenschiff*, 1494) e pintada por Bosch (*A Extração da Pedra da Loucura*, 1475-1480) numa alegoria a uma mesma nau, a nau dos loucos, referências também retomadas por Foucault (1973).

“Confined on the ship, from which there is no escape, the madman is delivered to the river with its thousand arms, the sea with its thousand roads, to that great uncertainty external to everything. He is a prisoner in the midst of what is the freest, the openest of routes: bound fast at the infinite crossroads. He is the Passenger par excellence: that is, the prisoner of the passage. And the land he will come to is unknown—as is, once he disembarks, the land from which he comes. He has his truth and his homeland only in that fruitless expanse between two countries that cannot belong to him.”

Foucault, in *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, p. 11

3.1.2. Das concepções modernas da ‘loucura’ à emergência dos asilos: o caso português

Aos poucos, sobretudo a partir do século XVII, o pensamento racionalista conquista espaço, nomeadamente sob a influência do legado da doutrina de Descartes (1596-1650), permitindo ao longo dos Séculos XVIII e XIX uma reconfiguração da ‘loucura’ e dos distúrbios das funções racionais e intelectuais do indivíduo (Pessoti, 1999). Simultaneamente, os ideais da revolução francesa e em especial as correntes iluministas e ideologias progressistas trouxeram consigo novas reformas sociais e uma visão humanitária, com Pinel (1745-1826) a consagrar-se um dos fundadores da psiquiatria contemporânea. De realçar, o importante gesto de libertação dos ‘loucos’ dos hospícios-cadeias, ainda que mais simbólico do que factual, permitiu que fossem desacorrentados e libertos dos meios de repressão violentos a que estavam sujeitos e das condições sub-humanas a que vinham sendo subjugados. Mas mais do que isso, a

introdução do chamado tratamento moral permitiu uma importante “*mudança de atitude ética e clínica da medicina em relação aos indivíduos cujo comportamento se desvia de forma acentuada dos padrões de conduta socialmente aceites*” (Pereira, 2004, p.113).

Segundo Barahona Fernandes, ele próprio um notável impulsionador de uma atitude humanista face ao ‘doente mental’ em Portugal, “*gesto comparável foi feito, meio século mais tarde, em Lisboa, de forma menos espectacular mas não menos significativa*” (Barahona Fernandes, 1998, p. 8), tendo como pioneiro o Dr. Bizarro, que em 1835 desenvolveu a primeira estatística dos diagnósticos em Portugal, em linha com a metodologia de Pinel e Esquirol. Ainda segundo este autor, o surgimento da Psiquiatria em Portugal, como “*disciplina médico-científica, social e preventiva de cunho humanizante*” (Barahona Fernandes, 1998, p.3), dá-se em 1848, com a fundação do Hospital dos Alienados de Rilhafoles, em Lisboa. Mais tarde, em 1883, a inauguração do primeiro hospital psiquiátrico, construído de raiz para o efeito, o Hospital dos Alienados do Conde de Ferreira, no Porto, do qual o psiquiatra António Maria de Sena foi fundador e primeiro director clínico (Lopes & Rodrigues, 2009). Em 1884 publicou o livro “*Os Alienados em Portugal 1: história e estatística*”, um documento de imprescindível valor para a compreensão da condição humana em que viviam ‘os alienados’ e, em concreto, dos asilos e hospitais psiquiátricos portugueses. Mais ainda, identificou o vazio legal que deixava desprotegidos ‘os alienados’ em Portugal (Lopes & Rodrigues, 2009). De facto, a intervenção de Sena culminou na criação da primeira lei psiquiátrica portuguesa a *Lei dos Alienados*, notabilizada como a *Lei Sena*, em 1889. A decadência dos serviços hospitalares pela desproporção do acréscimo de internados face aos recursos existentes (Barahona Fernandes, 1998) viria a dar aso à criação de outros hospitais psiquiátricos. Nomeadamente, em 1893, a Ordem de S. João de Deus inaugura em Portugal a Casa de Saúde do Telhal e, em 1895, a Casa da Idanha, destinada exclusivamente a mulheres. Mais tarde, já no Séc. XX, outros hospitais iniciam a sua actividade de prestação de cuidados, o Hospital Júlio de Matos em 1942, o Manicómio de Sena em 1945, o Hospital Sobral Cid em 1946 e o Hospital de Magalhães Lemos em 1962. Em 1911, o Manicómio Bombarda viria a substituir o já decadente Hospital de Rilhafoles (Alves & Silva, 2004).

Construídos à imagem dos asilos europeus, a criação dos grandes hospitais psiquiátricos em Portugal inauguram aquela que será uma concepção moderna da ‘loucura’, a par com a emergência e emancipação da psiquiatria como ciência médica.

Naturalmente, possibilitaria avanços no conhecimento e classificação nosológica das doenças mentais, cujo tratamento dos sintomas foi claramente reforçado pela introdução dos neurolépticos, sobretudo a partir da década de 50 do Século XX.

3.1.3. (Des)hospitalização e (des)institucionalização

A concentração dos ‘doentes mentais’ em grandes hospitais psiquiátricos acabaria por produzir efeitos contraproducentes, sentenciando estas pessoas a uma vida de exclusão social. Em Portugal, na década de 70 muitas das pessoas com doenças mentais graves “*continuavam internadas, em muitos casos por toda a vida, em instituições psiquiátricas, onde viviam em condições deploráveis, separadas do mundo, privadas de direitos fundamentais e sem grande esperança de algum dia poderem voltar às suas comunidades de origem, para junto dos seus familiares*” (Caldas de Almeida, 2008, p.7).

Um pouco por todo o mundo, em tempos e ritmos diferentes, o paradigma institucional foi sendo cada vez mais posto em causa sobretudo devido à evidência de que longos períodos de hospitalização reduzem o potencial de reabilitação. Mais ainda, alguns sintomas (e.g. apatia, falta de iniciativa, submissão) pareciam ser agravados (alguns dos quais eventualmente produzidos) pela falta de contacto com o mundo real, traduzindo-se no que Barton (1976) viria a definir como neurose institucional. De facto, Goffman (1961) já havia alertado para os efeitos perniciosos dos asilos, enquanto instituições totais. Segundo ele, nestas instituições aglutinadoras os ‘doentes mentais’ tendem a sentir-se esmagados pelo peso de um grande serviço que afinal de contas facilita a vida aos outros e não àqueles a quem se destina o tratamento.

A descoberta dos primeiros fármacos neurolépticos típicos ou convencionais (e.g. clorpromazina, em 1954) e mais tarde os neurolépticos atípicos (e.g. clozapina, 1960) introduziu, aos poucos, uma nova esperança: a de um regresso dos ‘doentes mentais’ à vida fora das instituições. No entanto, este movimento não ocorreu isento de críticas. Por um lado, os efeitos colaterais extrapiramidais, em particular dos neurolépticos típicos (e.g. parkinsonismo iatrogénico, distonia, acatisia e discinesia tardia que no geral se definem como perturbações do movimento com contracções musculares involuntárias, sobretudo da musculatura oro-língua-facial, traduzindo-se, entre outros, em tremores, rigidez muscular e inexpressividade da fâcies; apatia e falta de interesse).

Por outro lado, o recurso a um uso excessivo de medicação antipsicótica no espaço intra-hospitalar funcionaria como uma ‘camisa-de-forças química’ deixando estas pessoas fortemente sedadas e lentificadas, situação que limitava muito a possibilidade de transição para a comunidade (Leff & Warner, 2008).

Fruto da reacção vigorosa ao tipo e forma de tratamento em particular daqueles com longos períodos de institucionalização, surge na década de 50 o movimento antipsiquiatria. Este movimento seria protagonizado no próprio seio da psiquiatria (e.g. Cooper, Szasz, Laing, Basaglia), mas também alargado a outras áreas: da filosofia, antropologia e sociologia (e.g. Sartre, Foucault, Bateson, Goffman, Deleuze, Devereaux, Laplantine), e por muitos outros que consideravam que a ‘loucura’ seria construída, fabricada e alimentada pelas relações de poder, incluindo nas contradições entre os discursos e as práticas psiquiátricas (Oliveira, 2011).

Nas palavras de Bosseur “*os antipsiquiatras, em nome dessa minoria que são os loucos, reclamam o direito à diferença, o direito à palavra, o direito à existência, e recusam a segregação*” (1974, p. 28).

Em síntese, o progressivo insucesso do modelo asilar, enquanto instituição total (Goffman, 1963), bem como a eficácia da medicação iriam facilitar as condições para que, a partir da década de 50, o movimento de desinstitucionalização tivesse o seu início, ainda que de forma irregular, nos países desenvolvidos, nomeadamente, EUA, Inglaterra, França e Itália, dando lugar ao desenvolvimento de estruturas assistenciais de base comunitária. Para esta tendência contribuíram vários factores, alguns dos quais aqui já referidos, como seja a introdução de medicamentos neurolépticos e o movimento antipsiquiatria mas também o crescente debate acerca dos direitos humanos, e que esteve na origem da declaração universal dos direitos da pessoa humana, emitida pelas nações unidas em 1948.

3.1.4. (Des)continuidades entre a legislação e a *praxis*, em Portugal

Segundo Leff e Warner (2008), a grande visibilidade dos hospitais psiquiátricos, instituições fechadas, sobrelotadas, centralizadas e geograficamente distantes, de difícil acesso pelos familiares e das quais poucos doentes saíam, para além de diminuir as possibilidades de relação com o mundo exterior e de destruir as poucas relações existentes, veio reforçar as imagens negativas e o estigma face aos ‘doentes mentais’.

Em Portugal, “*embora prevalecesse já o critério médico na assistência, a tradição do temor pela loucura, por um lado, e o escrúpulo de defesa da liberdade individual, por outro, deram aos asilos para alienados e manicómios o carácter de estabelecimentos fechados, olhados com desconfiança pelo público, para onde se enviavam os doentes apenas em último recurso, depois de terem causado os maiores danos e preocupações, e donde saíam com o temido ‘estigma’ do ‘internamento’ manicomial*” (Barahona Fernandes, 1998, p. 40).

De acordo com Alves e Silva (2004), as políticas de saúde mental em Portugal foram seguindo, com atraso, as políticas europeias. Ainda segundo estas autoras, apesar de as sucessivas legislações terem seguido as recomendações internacionais no que à desinstitucionalização e reestruturação dos serviços de saúde mental dizem respeito, na prática, “*a história recente da psiquiatria portuguesa é paradigmática do ‘pouco Estado’ na sociedade, incapaz de impor as orientações políticas que legisla, ao poder médico e sua mescla de interesses profissionais em que as ambições da própria profissão se sobrepõem aos objectivos de reinserção dos doentes*” (Alves & Silva, 2004, p. 62).

Em Portugal, sobretudo a partir da década de 60 a legislação portuguesa começou a orientar-se, em linha com a mudança de paradigma em decurso noutros países desenvolvidos, para a substituição dos cuidados até então prestados quase em exclusivo em hospitais psiquiátricos por integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral. Com a promulgação da Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963 são definidas as bases para a promoção da saúde mental em Portugal. A par com o Decreto-Lei n.º 46102, de 28 de Dezembro de 1964, foram criados os Centros de Saúde Mental distritais e os Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil regionais, em Lisboa, Porto e Coimbra. Contudo, a *praxis* não acompanhou as mudanças legislativas. Só em 1992, através do Decreto-Lei n.º 127/92 de 3 de Julho, viria a ocorrer a extinção dos centros de saúde mentais, transferindo para os hospitais gerais e pediátricos as responsabilidades até então concedidas a estes centros.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) de integração progressiva dos cuidados de saúde mental no sistema geral, segundo os princípios do modelo comunitário, determinaram que se legislasse no sentido de serem criadas estruturas na comunidade capazes de responder aos desafios propostos. Assim, os princípios gerais de política de saúde mental foram definidos na Lei de Saúde Mental,

Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, que simultaneamente regula o internamento compulsivo por decisão judicial e estabelece os direitos e deveres da pessoa com doença mental. No mesmo ano, a proposta de articulação entre o Ministério do Trabalho e Solidariedade e o Ministério da Saúde surge no despacho conjunto n.º 407/98 de 18 de Junho. Este despacho veio legislar, pela primeira vez, as condições de implementação e regras de funcionamento de respostas na comunidade, nomeadamente, estruturas ocupacionais (fóruns sócio-ocupacionais) e residenciais (unidade de vida apoiada, unidade de vida protegida e unidade de vida autónoma), através de acordos de cooperação entre os Centros Regionais de Segurança Social, as Administrações Regionais de Saúde, Autarquias, Organizações Não Governamentais (ONGs) e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSSs).

No âmbito do mercado social de emprego, foram criadas as empresas de inserção, através da Portaria 348-A de 18 de Junho de 1998. No ano seguinte, o Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro estabeleceu os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental.

Nos anos seguintes, várias publicações internacionais apresentaram resultados e recomendações em relação ao funcionamento dos serviços de saúde mental. Particularmente relevante, o Relatório Mundial de Saúde Mental - ‘Saúde mental: Nova concepção, nova esperança (WHO, 2001), assim como a Conferência de Helsínquia (WHO, 2005), promovida pela OMS em parceria com a Comissão Europeia e o Conselho da Europa.

O Despacho n.º 11411/2006, de 25 de Maio, visou, pois, responder aos desafios internacionais. Este documento veio nomear a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, com a missão de estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental em Portugal e de propor um plano de actuação com vista à reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental. Desta comissão resultou a proposta de plano de acção 2007-2016 (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2007) e cujas orientações culminaram na aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado em Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março. Nesta medida, o Decreto-Lei n.º 304/2009 de 22 de Outubro veio integrar no Decreto -Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, as alterações decorrentes da aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental e respectivas alterações da orgânica do Ministério da Saúde.

O Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro criou unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM) destinado a apoiar pessoas com doença mental grave. Este despacho alargou, também ao apoio domiciliário as respostas promovidas no pelo Despacho Conjunto n.º 407/98 e estendendo as entidades promotoras ao sector social, sectores público e privado lucrativo.

Os termos da responsabilidade civil foram clarificados através do Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de Fevereiro, tendo em vista a sua implementação progressiva, através de experiências piloto. Com a publicação das Portarias: n.º 149/2011, de 8 de Abril e n.º 183/2011, de 5 de Maio, foram definidas, respectivamente, a coordenação das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental e tabela de preços a prestar nas várias tipologias. O Despacho n.º 8677/2011, de 28 de Junho identificou as experiências piloto no âmbito do cuidados continuados integrados, sendo que as restantes respostas de reabilitação se mantiveram com as condições do Despacho Conjunto n.º 407/98 de 18 de Junho.

Na sequência da proposta de encerramento de hospitais psiquiátricos, foi criado o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC), que passou a integrar o Hospital Sobral Cid (HSC), o Hospital Psiquiátrico do Lorvão (HPL) e o Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes. Da mesma forma, foi criado o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, associando os hospitais Júlio de Matos e Miguel Bombarda, este último, definitivamente encerrado em 2011 e tendo, um parco número das pessoas aí institucionalizadas há várias décadas, transitado para uma estrutura residencial na comunidade.

Será no entanto de ressalvar e fácil de verificar que a cobertura de cuidados psiquiátricos no país se mantém assimétrica e a descontinuidade entre a legislação produzida e a *praxis*, uma realidade. Por exemplo, apesar da evidência científica de que as respostas na comunidade, em serviços de maior proximidade, serem mais efectivas e da preferência das pessoas e suas famílias, em Portugal, os hospitais psiquiátricos consumiam, até 2009, cerca de 83% dos recursos (Caldas de Almeida, 2009). Igualmente, a evidência de que o estigma social constitui um obstáculo, patente em inúmeros documentos internacionais e conseqüentemente, em publicações e legislação nacional, não tem encontrado expressão em programas de intervenção, salvo em acções pontuais, circunstanciadas no tempo e esvaziadas de uma estratégia nacional e local concertada.

O processo de desinstitucionalização das pessoas com doença mental grave em Portugal, cujas medidas estão expressas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, tem suscitado reservas por parte de alguns profissionais pois, se por um lado, é amplamente reconhecido que *“os objectivos do Plano merecem concordância e aplauso: seguem de perto as recomendações internacionais, respeitam os direitos e a dignidade dos doentes e apontam um caminho inovador e perspectivante de uma melhoria significativa do actual panorama da assistência psiquiátrica”* (Osswald, 2009, p.167); por outro lado, *“sobre a sua exequibilidade, há dúvidas mais do que justificadas; sobre os riscos éticos da sua implementação parcial, desgarrada e quase só limitada ao desmantelamento dos hospitais psiquiátricos não há dúvidas nenhuma. (...) atingimento da dignidade de doentes que, não conseguindo a integração e recuperação desejadas, possam tornar-se párias, marginalizados, mendigos (os tolinhos, os loucos, os deficientes...)”* (Osswald, 2009, p.169).

Prosseguindo na mesma linha de reflexão Jara (2007, p.17) adverte *“Sejamos realistas, muitos doentes terão de estar ‘institucionalizados’, de um modo ou de outro. Em instituição privada lucrativa? Em instituição social ou estatal? Em que condições e com que qualidade de vida? (...) e ainda ”A realidade do estigma e da discriminação não se vai abolir através da linguagem gestual ou verbal. É usual apelidar de esquizofrénica, até por figuras destacadas da ‘classe política’”* e que *“O estigma e a discriminação também incidem sobre a própria psiquiatria, os psiquiatras e outros técnicos de saúde mental, a instituição psiquiátrica, hospital ou outra, e os familiares dos doentes”*.

Em suma, críticas à parte, para que a desinstitucionalização possa ser alcançada com maior probabilidade de sucesso, tem sido sugerido que os serviços de base comunitária sejam criados em simultâneo com o encerramento dos hospitais psiquiátricos e que a transição das pessoas institucionalizadas envolva, entre outros indicadores, a monitorização da sua qualidade de vida (Comissão Europeia, 2009).

Contudo, se por um lado a inclusão na comunidade pode contribuir para a diminuição do estigma associado às doenças mentais, nomeadamente, reduzindo o seu isolamento social (Ngui, Khasakhala, Ndeti & Roberts, 2010), a realidade é que as pessoas com doença mental continuam a ser um dos grupos mais estigmatizados das sociedades ocidentais (Hinshaw, 2007; Thornicroft, 2006), independentemente do contexto em que se encontrem.

4. O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

4.1. Contributos da Sociologia: notas sobre desvio e rotulagem

No que diz respeito às pessoas com doenças mentais, o estigma começou por ser estudado enquanto rótulo atribuído face ao desvio dos padrões e normas culturais à luz daquela que seria uma das teorias sociológicas mais marcantes sobretudo durante os anos de 1960 e 1970 - a teoria da rotulagem (*labeling theory*). Segundo esta teoria, o desvio não é algo intrínseco e pré-determinado mas antes, reflecte a tendência das maiorias para classificar minorias.

Em “Asilos” (*Asylums*, 1961), Goffman dedicou-se a estudar a situação social a que estavam sujeitas as pessoas com doenças mentais, isto é, condenadas ao que o próprio definiu como instituições totais (e.g. hospitais psiquiátricos, prisões). Estas instituições, classificou-as como locais a que estavam confinados, entre outros, aqueles que seriam considerados incapazes para viver em sociedade, donde enfatizou a mortificação e deformação do ‘eu’.

Mas foi Scheff quem com o seu ensaio “Ser Doente Mental” (*Being Mentally Ill*, Scheff, 1966) propõe a teoria da rotulagem, onde enceta uma reflexão acerca da doença mental crónica enquanto função social. De acordo com Scheff (1966,1974), os sintomas psiquiátricos funcionariam como violações às normas sociais pré-estabelecidas, e portanto, tidos como desviantes (desvios primários). Afirma que “*a maior parte das doenças mentais podem ser consideradas um papel social*” (Scheff, 1966, p. 84).

Seguindo na definição de desvio de Becker (1963), este refere que “*desviantes não são um grupo de pessoas que cometeram o mesmo acto, mas são um grupo de pessoas que foram estigmatizados como desviantes*” (Scheff, 1966, p.32). Por um lado, o desviante tem plena consciência da condenação social a que está sujeito em relação à violação das normas sociais, assumindo os rótulos que a sociedade lhe atribui. Por outro lado, uma vez rotulado de ‘doente mental’, o indivíduo terá de lidar com um conjunto de expectativas, pressões e reacções sociais negativas, que o conduzirá a um padrão estável de comportamento desviante, de acordo com os estereótipos vigentes (desvio secundário). Scheff irá mais longe nesta abordagem referindo-se ao estigma enquanto punição para com aqueles que se tentam libertar do papel de ‘doente mental’. Em última análise, o processo de estigmatização cumpriria a função de controlo do comportamento social.

Numa postura de forte criticismo e oposição em relação a esta visão da doença mental enquanto produto eminentemente social, Gove (1970) reclama a falta de suporte teórico para a formulação ‘simplista’ dos efeitos dos rótulos de Scheff (1966). A esse nível, sustenta que a reacção social face a estas pessoas não seria senão o resultado directo do comportamento destas. Ou seja, a ocorrerem reacções negativas por parte dos outros, as mesmas seriam atribuíveis ao comportamento perturbado exibido pelo próprio e não tanto em consequência do resultado dos rótulos atribuídos. Defende ainda a ideia de que para a grande maioria das pessoas com doença mental o estigma parece ter um carácter transitório e não constitui um problema grave.

Numa tentativa de clarificação das diversas posições e contribuição para a conceptualização do estigma face a pessoas com doenças mentais, Link e colaboradores (1987; 1989; 1999; 2001; 2004) estenderam a linha de investigação definida por Scheff. Focando-se nas consequências do processo de estigmatização, propuseram, a partir da revisão de estudos anteriores e desenvolvimento de novos estudos, uma redefinição da teoria da rotulagem onde propõem uma nova abordagem ao processo de estigmatização. Nomeadamente procuraram ter em linha de conta mecanismos entre a atribuição do rótulo e as consequências negativas daí resultantes.

Segundo esta nova perspectiva, a que denominaram de teoria da rotulagem modificada (*modified labeling theory*) o processo de estigmatização é composto por cinco etapas: 1) “*Crenças acerca da desvalorização e discriminação*” (*beliefs about devaluation and discrimination*) que incluem a componente de desvalorização e a componente de discriminação. Ambas ocorrem durante o processo de socialização, são amplamente partilhadas pelos elementos de uma comunidade e conduzem a concepções sociais generalizadas sobre o significado do papel de ‘doente mental’. Por um lado a componente de desvalorização (inspirada nas definições de Goffman, 1963), remete para a natureza desacreditada da condição que resulta da experiência de estigmatização e ainda para a perda de estatuto enquanto consequência. Por outro lado, a componente de discriminação proposta com base na evidência dos estudos sobre distância social (Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987) e que se traduz na vontade expressa de não estabelecer relações de proximidade com pessoas com doença mental; 2) “*Rotulagem oficial por via do contacto com o tratamento*” (*official labeling through treatment contact*) donde destacam a relevância particular que as atitudes adoptadas pelos membros da comunidade representam para aqueles que estão em tratamento. Neste caso

estar em tratamento pode conduzir ao antecipar da desvalorização e discriminação social; 3) *Resposta do próprio à condição de estigmatizado (patients' responses to their stigmatizing status)* sendo que uma de três tipos de respostas tende a serem adoptada: secretismo, afastamento social ou educação. Ou seja, por um lado a pessoa pode optar por manter em segredo o seu problema enquanto estratégia para evitar a rejeição, nomeadamente, de empregadores e significativos; Pode, em alternativa, optar por se afastar dos contactos sociais, limitando as interacções àqueles que têm conhecimento do seu problema e protegendo-se por esta via de eventuais rejeições; Outra opção envolve a estratégia de educação na qual a pessoa se propõe mudar atitudes face à doença mental através do testemunho pessoal. Apesar de indicar ser uma estratégia mais activa do que o secretismo e o afastamento social, encerra em si uma maior exposição e consequentemente um maior risco de poder vir a ser discriminado. 4) *Consequências do processo de estigma na vida dos próprios (consequences of the stigma process on patients' lives)*, que pode envolver vergonha e situações que afectem negativamente a auto-estima e as interacções sociais 5) *Vulnerabilidade a uma perturbação futura (vulnerability to future disorder)* ressaltando que o estigma pode expor o indivíduo a uma maior vulnerabilidade para o reexperienciar de episódios relacionados com a sua perturbação.

Esta teoria inaugurou, em larga medida, uma reconceptualização do estigma. Por um lado, conferindo uma maior flexibilidade conceptual na forma como este processo pode ocorrer. Por outro lado, para além de enfatizar a resposta do indivíduo e sua variabilidade, não defende o estigma *per se* como gerador de patologia mas sim um factor de risco para o agravamento da doença. Link e colaboradores (1989) evidenciaram ainda que o processo de rotulagem não deriva dos comportamentos associados à doença em si mas antes do contacto formal com o tratamento (i.e. acompanhamento psiquiátrico/serviços de saúde mental); e consequente estigma associado que, por sua vez, condicionará de forma negativa as circunstâncias de vida futuras da pessoa, nomeadamente, prejudicando-a em termos de oportunidades sociais, suporte social e auto-estima. Estes autores deixam, porém, um desafio à investigação no que se refere à potencial variabilidade de internalização do estigma, concretamente na sua relação com o diagnóstico clínico, bem como com os contextos de tratamento (e.g. *“Does the patient's response to the labeling experience vary according to the location and the social atmosphere of the treatment setting? Are patients' reactions to the*

labeling experience influenced by the application of a specific diagnosis and by their own beliefs about what different diagnoses connote?”, Link et al., 1989, p. 421).

Mais tarde, e numa preocupação contínua e reflectida acerca dos contributos da Sociologia e Psicologia Social, Link e Phelan (2001) propuseram uma conceptualização de estigma composta por quatro componentes. Na primeira componente evidenciaram que o distinguir e rotular as diferenças seria resultado de um processo de sobresimplificação e selecção das diferenças socialmente relevantes (e.g. pessoas de raça negra e pessoas de raça branca, pessoas com incapacidades e pessoas sem incapacidades, Link & Phelan, 2001, p. 367). Na segunda componente, referiram-se às crenças culturais dominantes associadas àqueles que são rotulados como possuindo características indesejáveis, corroborando a relação entre atributos e estereótipos avançada por Goffman (1963). Por seu lado, a terceira componente evidencia a separação ‘*nós*’ (os ditos normais) dos ‘*outros*’ (os ditos diferentes, desviantes) que remete aqueles que são rotulados para uma categoria distinta de pessoas indesejáveis, com menos valor; no caso de pessoas com doenças mentais tal categoria pode ser identificada pela forma de tratamento e linguagem utilizada face a este grupo de pessoas. Por exemplo, é frequente ouvir-se dizer que alguém que sofre de uma doença física *tem* problemas de saúde não deixando, no entanto, de fazer parte da categoria do ‘*nós*’, ao passo que os ‘*outros*’, aqueles que são afectados por um problema de saúde mental, tendem a passar a *ser* ‘*os esquizofrénicos, os bipolares*’. A quarta dimensão refere-se à perda de estatuto e à discriminação constituindo, segundo os autores, condições essenciais para que se verifique a experiência de estigmatização. Por exemplo, a determinados grupos são atribuídas categorias de maior estatuto e poder (e.g. pertencer à raça branca e ao sexo masculino, Link & Phelan, 2001, p. 371), sendo estes grupos de pessoas as que socialmente podem aspirar a ter lugares de maior prestígio, poder e de liderança. Por contraste, os que pertencem a categorias consideradas inferiores tendem a estar mais expostos a situações de discriminação individual e institucional, situação que pode levar ao vivenciar de experiências de perda de oportunidades aos mais diversos níveis (e.g. educação, emprego, habitação, justiça, saúde).

Podemos, pois, concluir que segundo a teoria da rotulagem modificada, as pessoas desenvolvem uma concepção acerca das doenças mentais desde cedo, ao longo do processo de socialização (Scheff, 1966), o que sugere que a generalidade das pessoas

tende a adoptar uma espécie de ‘teoria leiga’ acerca do que é ‘ser doente mental’. E é com base nessas percepções generalizadas que são formadas expectativas de rejeição face àqueles que têm doença mental, nomeadamente, como amigos, empregados ou colegas de trabalho, vizinhos, ou parceiros amorosos.

Em síntese, a constatação de ver atribuído um diagnóstico aquando do contacto inicial com o tratamento parece funcionar como rótulo oficial, situação que poderá desde logo alterar a relação da pessoa com os que o rodeiam e vice-versa e, consigo própria. Nesse momento, é-se identificado como ‘doente mental’, processo que potencia a vivência pelo próprio de expectativas de rejeição, com inúmeras repercussões negativas em vários domínios da sua vida (Link et al., 1989).

4.2. Contributos da perspectiva psicossocial

4.2.1. Estereótipos, preconceitos e discriminação

A introdução de outros olhares, multidisciplinares, sobre o processo de estigmatização possibilitou uma leitura mais ampla acerca da variabilidade e circunstâncias em que este parece ocorrer. Sem dúvida, um contributo valioso para a sua (re)conceptualização.

Numa revisão acerca das perspectivas psicossociais do estigma face à doença mental (Corrigan & Watson, 2002a, Watson & River, 2005), Ottati, Bodenhausen e Newman (2005) identificam o papel dos estereótipos, preconceitos e discriminação, enquanto as três componentes constituintes do estigma social e que importa brevemente distinguir.

O termo estereótipo parece ter sido introduzido pela primeira vez por Lipmann (1922), que se referiu a este termo “*como uma imagem típica que vem à mente quando se pensa num grupo social específico*” (cit. em Dovídio et al., 2010, p. 7). Enquanto produto eminentemente social, os estereótipos constituem uma representação cognitiva fundamental e inevitável da condição humana (Hinshaw, 2007). Podem, pois, ser definidos como esquemas sociocognitivos que facilitam e ampliam o processo de categorização social e que representam crenças colectivamente aceites e partilhadas (Corrigan, 2000; Corrigan, Edwards, Green, Diwan & Penn, 2001; Schumacher, Corrigan & Dejon, 2003; Corrigan, 2006). ‘Gravados’ na memória colectiva e

aprendidos desde cedo no decurso do processo de socialização, para além de sociais tornam-se eficientes dado que possibilitam a simplificação de grande quantidade e complexidade de informações que as pessoas processam no seu dia-a-dia e ao longo do tempo. Como tal, permitem uma leitura rápida e automática da realidade social e acerca dos outros (Hilton & Von Hippel, 1996). Fortemente sujeitos ao enviesamento, os estereótipos influenciam a formação de impressões, nomeadamente, pela via da generalização, mesmo na ausência de qualquer evidência que apoie essa generalização (Hilton & Von Hippel, 1996). Por esse motivo, os estereótipos representam crenças relativamente rígidas acerca de determinados grupos (e.g. *“a maioria dos doentes mentais são perigosos”*), através dos quais os indivíduos inferem acerca da realidade e formam expectativas face aos outros. Por esse motivo também, os estereótipos são frequentemente imprecisos, falaciosos e resistentes à mudança.

Nas sociedades ocidentais têm dominado um padrão de estereótipos face a pessoas com doenças mentais, a partir dos quais estas tendem a ser retratadas como incompetentes, perigosas, infantis, incapazes de tomar conta de si próprias (Corrigan, 1998, Phelan, Link, Stueve & Pescosolido, 2000), imprevisíveis (Corrigan & Wassell, 2008) e responsáveis pela sua doença (Ottati et al., 2005). Por sua vez, os estereótipos tendem a gerar um conjunto de emoções negativas, pelo que parecem ser decisivos no que se refere à formação de preconceitos face a estas pessoas.

Neste sentido, os preconceitos podem ser definidos como uma atitude negativa (Dovidio et al., 2000) e que de acordo com Allport reflectem *“uma antipatia baseada numa generalização faltosa e inflexível. Pode ser sentida ou expressa. Pode ser direccionada para um grupo como um todo, ou em relação a um indivíduo por ser um membro desse grupo”* (Allport, 1954, p.9). Os preconceitos acrescentam à dimensão cognitiva (i.e. aos estereótipos) um conteúdo emocional, dando origem a uma atitude no geral desfavorável (Crocker et al., 1998). Os estereótipos e preconceitos, embora constructos distintos, concorrem de forma intrincada para a formação do estigma e manutenção da ideologia de que as pessoas com doença mental deviam estar hospitalizadas, longe da sociedade e não integradas e a viver na comunidade (Corrigan, 2000).

Ao longo das últimas décadas, os estereótipos de perigosidade aos quais se associam os preconceitos de medo constituíram os elementos nucleares da discriminação para com as pessoas com doenças mentais crónicas, precisamente por

constituírem um factor-chave para determinar o grau de distância social para com estas pessoas (Phelan et al., 2000). Desta forma, o estereótipo “*a maioria das pessoas com doença mental são perigosas*” surge intimamente ligado a uma resposta de medo, “*as pessoas com doença mental assustam-me*”, materializado num preconceito frequente, amplamente enraizado e persistente (Corrigan et al., 2001). Estes, por sua vez, induzem comportamentos de rejeição face a este grupo de pessoas, manifestados sob a forma de discriminação (e.g. “*as pessoas com doença mental são perigosas e assustam-me*”. Então “*o melhor é evitá-las*”, Corrigan, 2000, 2006, 2007; Corrigan et al., 2001).

Várias formas de discriminação podem ocorrer e que se materializam num tipo de tratamento diferenciado para com determinados indivíduos, baseado no facto de pertencerem a grupos específicos (Bodenhausen & Richeson, 2010). Por exemplo, pode tomar formas de comportamento mais encobertos ou expressos de forma mais subtil através de evitamento e desejo de manter distância social (e.g., “*não contratação*”, Link et al., 1987; Corrigan et al., 2001; “*recusa de arrendar uma casa*”, Page, 1995). Contudo, outras formas de discriminação mais hostis podem ocorrer sob a forma de tratamento coercivo e segregação (e.g. certas medidas de desinstitucionalização que resultaram na transferência de pessoas dos hospitais para guetos, Corrigan et al., 2009).

Podemos, pois, concluir que para além de operarem no seu conjunto como constituintes do estigma (Corrigan, 2000; Watson & Larson, 2006), os estereótipos, preconceitos e discriminação concorrem para a manutenção de diferentes formas de estigmatização.

4.2.2. Do(s) estigma(s) aos direitos, em Portugal

Conforme sustentado pela literatura (Livingston & Boyd, 2010), três níveis de estigma em relação à doença mental podem ser diferenciados: o estigma social (que se refere ao estigma público ou colectivo), o estigma estrutural (ou estigma institucional) e o estigma internalizado (também conhecido como auto-estigma).

O estigma social refere-se ao estigma geralmente partilhado ao nível intergrupar ou pelos membros de uma comunidade. No geral, traduz-se em atitudes negativas face a pessoas com perturbações psiquiátricas gerando uma dicotomia *nós versus eles* (Link & Phelan, 2001).

De acordo com Thornicroft e colaboradores (2007), o estigma social reflecte três problemas nucleares: um problema de conhecimento, de atitudes e de comportamentos. Um problema de conhecimento a que os autores chamam concretamente de ignorância e que diz respeito à falta de informação correcta ou informação factualmente incorrecta em relação às doenças mentais, comum à generalidade das pessoas; um problema de atitudes que se relaciona essencialmente com preconceitos, e um problema de comportamentos (e.g. medo, a ansiedade e evitamento), adoptados quer por aqueles que não têm problemas de saúde mental quer por aqueles que são afectados por qualquer tipo de perturbação psiquiátrica e que os leva a antecipar a rejeição, sob a forma de internalização do estigma (Thornicroft, Rose, Kassam & Sartorius, 2007).

De acordo com Livingston (2013), o estigma social potencia de forma inequívoca o estigma estrutural e a internalização do estigma. Isto porque, conforme este autor observou, *“as leis não surgem por magia. Antes, são negociadas através de um processo social que frequentemente envolve o diálogo entre políticos, grupos de pressão e a sociedade em geral e frequentemente difundida pelos meios de comunicação social”* (Livingston, 2013, p. 10). Este investigador mantém que o estigma estrutural é revelador das ideias estigmatizadoras adoptadas pelo conjunto de cidadãos que são eleitos como representantes do povo. Enfatiza ainda, a predominância de certo tipo de discurso e práticas sociais e da dificuldade que as pessoas que pertencem a grupos minoritários têm para resistir a esta ideologia dominante.

Nesta medida, podemos concluir que o estigma estrutural refere-se às políticas e actuações institucionais que limitam o acesso das pessoas aos seus direitos e oportunidades (Corrigan, Markowitz & Watson, 2004). Mas também se reflecte nas práticas dos profissionais, podendo manifestar-se sob várias formas de discriminação. Por um lado, a discriminação estrutural intencional, que tem por base a adopção de *“regras, políticas e procedimentos por parte de instituições públicas e privadas em posição de poder que conscientemente e propositadamente restringem direitos e oportunidades”* (Corrigan et al., 2004, p. 481). Por outro lado, outras formas de discriminação estrutural podem ocorrer e envolvem, por exemplo, a não priorização política da saúde mental, nomeadamente, escasso financiamento e investimentos para esta área, quer ao nível de programas de prevenção, tratamento ou na investigação. Os exemplos de discriminação estrutural são variados, sobejamente conhecidos por aqueles que não têm problemas de saúde mental e largamente experienciados por aqueles que

directamente ou indirectamente, dele são alvo (e.g. não acesso ou agravamento de seguros de vida, de saúde ou de acidentes pessoais a limites incomportáveis, limitações ao crédito bancário).

No que diz respeito à legislação específica com vista à protecção do direito da não discriminação em Portugal, destaca-se a publicação da Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto que proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde, salvaguardando aí, os tipos de discriminação directa e indirecta. Esta lei inclui uma série de proibições de práticas discriminatórias, nomeadamente: A recusa ou o condicionamento de venda, arrendamento ou subarrendamento de imóveis, bem como o acesso ao crédito bancário para compra de habitação, assim como a recusa ou penalização na celebração de contratos de seguros; bem como de discriminação no trabalho e no emprego. O mais recente relatório dando conta dos resultados da aplicação da referida lei, publicado pelo Instituto Nacional de Reabilitação (INR) refere-se a dados de 2014. Este organismo refere que *“das trezentos e cinquenta e três queixas recebidas, a quarenta e oito foi dado o devido encaminhamento, duzentas e sete foram arquivadas e vinte e uma ainda se encontram a decorrer”* (INR, 2014, p. 21), concluindo que *“embora se mantenha a tendência no aumento de queixas relativamente aos anos anteriores”* se verifica *“a inexistência de informação de qualquer acção judicial interposta tendo como base a discriminação”* (INR, 2014, p. 22). Ainda sugestiva uma referência que invariavelmente consta dos relatórios desta entidade, dando conta do desfecho de determinado tipo de queixas salientando *“que na área dos seguros, as queixas continuam a ser arquivadas devido à impossibilidade de recolha de indícios suficientes da existência de uma prática discriminatória punida por lei tendo presente o entendimento do Instituto de Seguros de Portugal, I.P., sobre a aplicação conjugada da Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto”* (INR, 2009, p. 23; 2010, p.22; 2011, p. 21; 2012, p. 23; 2013, p.22; 2014, p. 22).

O INR conclui ser fundamental o trabalho de sensibilização através da divulgação desta lei, no intuito de se promover a mudança de atitudes e comportamentos.

De referir que em 2007 surgiu a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada em Portugal em 2009¹⁰ nas quais se incluem as pessoas com

¹⁰ Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de Julho.

incapacidades como as doenças mentais¹¹ e a qual expõe de forma explícita a discriminação como inaceitável. Contudo, parecem persistir situações em que as práticas não se articulam com o que está legalmente estabelecido, o que conduz necessariamente a muitas situações de discriminação estrutural e social, a face visível do estigma.

Será, no entanto, igualmente importante ressaltar a necessidade de distinguir entre atitudes discriminatórias e adoção de medidas de restrição concretas devidamente avaliadas e justificadas. Estas últimas deverão ser clinicamente validadas, na medida em que algumas das restrições têm como objectivo precisamente a defesa do próprio, seus familiares e terceiros.

Quer seja decorrente de estigma estrutural, social ou de ambos, a investigação tem consistentemente demonstrado o impacto negativo do estigma no bem-estar psicológico e social de pessoas com doença mental (Wahl, 1999; Link & Phelan, 2001; Baldwin & Marcus, 2006; Boardman, 2006; Link et al., 1989; Cooper, Corrigan & Watson, 2003; Vogel et al., 2006). Esta constatação potenciou o estudo da evolução dos estereótipos e preconceitos dominantes, no sentido de se avaliar o estigma social e de se definirem estratégias com vista à sua diminuição.

4.2.3. Evolução das concepções e estereótipos dominantes face à doença mental

A fim de estudar a evolução das concepções acerca da doença mental no período entre 1950 e 1996, Phelan e colaboradores (2000), recorrendo à mesma metodologia de uma investigação desenvolvida nos anos cinquenta por Star (*Star vignettes*, Star, 1955, cit. in Phelan et al., 2000), apresentaram vinhetas com a descrição de uma pessoa que preenchia os critérios para o diagnóstico de um transtorno psiquiátrico (N=3529). Os resultados deste estudo apontaram, no geral, para uma mais ampla capacidade de reconhecimento por parte do público de um maior número de perturbações (e.g. perturbações depressivas e da ansiedade). Porém, apesar dos autores concluírem que, globalmente, as concepções acerca da doença mental se ampliaram, observaram também

¹¹ De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o Art.1º “as pessoas com deficiência incluem aqueles que têm incapacidades duradouras físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais, que em interacção com várias barreiras podem impedir a sua plena e efectiva participação na sociedade em condições de igualdade com os outros”

que as percepções de que os ‘doentes mentais’ são perigosos aumentaram substancialmente e que os estereótipos de perigosidade, instabilidade e imprevisibilidade permaneceram inalteráveis, talvez até mais vinculados do que outrora. Uma das explicações apontadas para tais resultados é o facto de que “*talvez as pessoas que apresentem formas menos severas de perturbações mentais, passem progressivamente a pertencer ao ‘nós’, enquanto as pessoas com psicoses se mantenham no ‘eles’*” (Phelan et al., 2000, p. 202). Assim, com base nos resultados do seu estudo, Phelan e colegas (2000) concluíram que: se verificou que um maior variedade de patologias passaram a ser vistas como fazendo parte dos problemas de saúde mental; se observou uma maior acessibilidade ao tratamento; e ainda, uma tendência crescente para figuras públicas se envolverem na sensibilização e combate ao estigma da doença mental, quer sob a forma de revelação dos seus casos pessoais ou de familiares, quer sob a forma de associação a campanhas; apesar de ainda assim os autores concluírem que esta situação parecia reflectir um esforço para destigmatizar as doenças mentais mais do que uma indicação de que esse objectivo foi alcançado. Neste contexto, os resultados das comparações das crenças e atitudes ao longo destas quase cinco décadas foram desconcertantes, em especial no que se refere às perturbações psicóticas, demonstrando que, no geral, a aceitação face à doença mental não melhorou.

Podemos pois concluir que, de acordo com os dados da investigação de Star (1955, cit in Phelan et al., 2000) e de Phelan e colaboradores (2000), se verificou que determinados estereótipos e preconceitos parecem exercer uma influência agravada no processo de estigmatização, em particular, o de perigosidade.

Em linha com as conclusões destes autores, Corrigan (2000) e Corrigan e colaboradores (Corrigan et al., 2002) propuseram-se estudar os efeitos negativos das crenças de que as pessoas com doenças mentais são perigosas e responsáveis pela sua doença. Para o efeito, aplicaram à doença mental o modelo tridimensional de atribuição causal proposto por Weiner (1995, cit in Corrigan, 2000). Segundo este modelo, as pessoas produzem atribuições acerca das causas e controlabilidade da doença e a partir destas atribuições inferem acerca da responsabilização pelo comportamento (e.g. “*aquela pessoa é a causadora do seu comportamento insano*”, Corrigan et al., 2002, p. 294). Ou seja, se a determinado comportamento negativo for atribuído responsabilidade pessoal, o mesmo tende a gerar uma resposta de hostilidade desencadeando menor disponibilidade para ajudar. Pelo contrário, a atribuição de não responsabilidade pelo

comportamento tende a desencadear uma resposta de ‘pena’ e elicitava uma maior propensão para ajudar.

No geral, a teoria da atribuição prevê uma associação positiva entre controlabilidade e responsabilização pela doença, sendo que os comportamentos percebidos como controláveis tendem a ser mais estigmatizados do que aqueles considerados como estando fora do controlo dos próprios.

Prosseguindo nesta linha de pensamento, Corrigan e Wassel (2008), procuraram reflectir acerca do significado social que os sinais relacionados com a doença mental representam em termos de estereótipos, preconceitos e comportamentos associados, propondo um modelo sócio-cognitivo do estigma. Segundo este modelo, as pessoas inferem acerca da doença mental a partir de quatro sinais: os sintomas psiquiátricos, défices nas competências sociais, aparência física e os rótulos em si. Em relação aos sintomas, Corrigan (2004) refere que certos sintomas característicos de determinadas doenças mentais crónicas, como as perturbações psicóticas (e.g. afecto inapropriado, comportamento bizarro), constituem indicadores claros da existência de uma doença mental, e nesse sentido, causam medo e produzem reacções estigmatizantes (Penn & Martin, 1998; Penn, Kohlmaier & Corrigan, 2000). O mesmo acontece em relação aos sinais que permitem observar a existência de défices ao nível das competências sociais. Ao mesmo tempo, a aparência pessoal, muitas vezes descuidada em determinadas fases de certas doenças mentais (e.g., esquizofrenia, depressão), pode produzir os mesmos resultados. Contudo, o efeito do estigma não é proporcional à duração dos sintomas, o que significa dizer que mesmo quando uma pessoa não apresenta sintomatologia o rótulo mantém-se associado à doença mental crónica e funciona como um activador do estigma social (Link et al., 1989). Consequentemente, o rótulo de ‘doente mental’ parece contribuir para exacerbar o curso da doença, constituindo um mau prognóstico em termos de tratamento e *recovery* (Deegan, 1993).

No geral, os resultados dos estudos apontam para uma evolução nem sempre favorável quanto às concepções e mudanças nos estereótipos face a determinadas doenças mentais. Paralelamente ao estudo do estigma associado às doenças mentais, diversas estratégias com vista à sua diminuição têm sido desenvolvidas ao longo das últimas décadas conduzindo, também elas, a resultados nem sempre consensuais e que importa explorar.

4.2.4. Resultados da investigação e estratégias para a diminuição do Estigma

De acordo com os resultados dos estudos das concepções face à doença mental (Star, 1955, cit in Phelan et al., 2000), sua evolução ao longo de quase cinco décadas (Phelan et al., 2000), de outras investigações que corroboraram a tendência do público para manter distância social de pessoas com doenças mentais (e.g. Link et al., 1987, 1989; Angermeyer, Holzinger & Matschinger, 2009), bem como dos estudos com base no modelo da atribuição (Weiner, 1995, cit in Corrigan, 2000) e estereótipos dominantes face à doença mental (Corrigan, 2000), algumas conclusões foram sendo retiradas, tendo-se verificado, nomeadamente: maior capacidade por parte do público para identificar doenças mentais para além das psicoses; tendência para responsabilizar mais e ajudar menos aqueles a quem é atribuída maior controlo sobre a doença e existência de uma forte associação entre perigosidade/medo e as perturbações psicóticas.

A ideia de que a informação baseada na evidência contribuiria para diminuir o estigma associado às doenças mentais (Kelly, Jorm & Wright, 2007) foi sustentando o racional de que a promoção da literacia em saúde mental seria uma estratégia promissora para melhorar atitudes (Jorm, 2011). Esta visão foi também sendo influenciada por diversos factores, a saber: 1) resultados de estudos epidemiológicos que davam conta do aumento da incidência das perturbações psiquiátricas, em particular das perturbações depressivas, sobretudo nos países desenvolvidos (Murray & Lopez, 1996); 2) significativos avanços na neurociência e psicofarmacologia que permitiram a identificação de alterações estruturais e bioquímicas do cérebro envolvendo neurotransmissores específicos (e.g. serotonina, dopamina) que ocorrem nas doenças mentais e 3) emergência de organizações vocacionadas para a defesa dos direitos das pessoas com doença mental, através de campanhas destinadas a divulgar dados da investigação, aumentar o conhecimento e diminuir o estigma (e.g. Open the Doors, WPA, em vários países do mundo, desde 1996; Time to Change, Mind e Rethink, Inglaterra, 2008; OpeningMinds, MHCC, Canadá, 2007; NAMI, EUA (National Alliance on Mental Illness) 1979; UPA - Unidos para Ajudar, ENCONTRAR+SE, Portugal, 2007).

Na perspectiva de que a informação seria a chave para a melhoria de atitudes e que as doenças mentais deviam ser abordadas como ‘doenças do cérebro’, diversas

iniciativas com vista à redução do estigma passaram a privilegiar explicações biológicas como uma equação para a destigmatização. Na base, a expectativa de que se as causas das doenças mentais fossem atribuídas a factores que estivessem fora do controlo dos indivíduos (e.g., etiologia biológica ou genética) tal conduziria a um aumento da tolerância e diminuição de responsabilidade ou culpa em relação àqueles que são afectados por uma doença mental. Esta situação, naturalmente, contribuiu para explicar um aumento por parte do público da atribuição de causas genéticas às doenças mentais (Angermeyer & Matschinger, 2005; Jorm, Christensen & Griffiths, 2005). No entanto, contrariamente ao previsto por tais iniciativas, diversos estudos vieram demonstrar que as atribuições da doença mental com base em causas de natureza biológica ou genética, para além de não diminuírem o estigma, contribuíam para aumentar o desejo de manter distância social (Angermeyer, Holzinger, Carta & Schomerus, 2011; Dietrich et al., 2004). Tal situação foi particularmente evidente em relação à esquizofrenia, tendo-se concluído que educar as pessoas acerca das causas biológicas da esquizofrenia não só não produziu atitudes mais favoráveis face às pessoas com esquizofrenia (Angermeyer & Matschinger, 2005), como aumentaram os estereótipos de perigosidade e imprevisibilidade (Angermeyer et al., 2011; Bennett, Thirlaway & Murray, 2008; Dietrich, Matschinger & Angermeyer, 2006).

De facto, apesar dos inúmeros esforços para esclarecer e convencer o público de que uma doença mental devia ser encarada como outra ‘doença qualquer’ (NAMI, 2008), os estudos foram apontando resultados pouco optimistas e até mesmo contraditórios quanto à melhor estratégia para a redução do estigma face às doenças mentais. Alguns críticos desta abordagem a que intitularam de ideologia biológica (por se centrar demasiado nos factores bio-genéticos) vinham chamando a atenção para o risco de que estas pessoas sejam tomadas como pertencentes a uma ‘espécie diferente’ (Mehta & Farina, 1997) e do negligenciar de factores psicológicos e sociais envolvidos (Read, Haslam, Sayce & Davies, 2006; Read 2007). Diversos estudos verificaram, pois, que contrariamente às mensagens exclusivamente centradas na natureza biológica das doenças mentais, as abordagens psicossociais por integrarem outros factores igualmente relevantes para a saúde mental (e.g. stresse, acontecimentos significativos da vida) podem ser mais eficientes, contribuindo para a destigmatização, promoção de atitudes mais favoráveis e redução de estereótipos de perigosidade e imprevisibilidade (e.g. Read & Law, 1999). Num estudo comparando a abordagem biogenética com a

abordagem psicossocial ou combinada, Walker e Read (2002) verificaram que os resultados foram mais positivos e favoráveis à inclusão destas últimas abordagens.

A adopção de uma abordagem integradora da doença mental resultante da combinação de factores biológicos e psicossociais poderá constituir uma janela de oportunidade para que se olhem os processos que envolvem a saúde e a doença tendo em conta a sua natureza multifacetada e não de forma fragmentada. Em particular, pela inclusão de determinantes psicossociais (e.g. stressores ambientais, factores de risco relacionados com acontecimentos de vida, Lincoln, Arens, Berger & Rief, 2008; qualidade de vida e bem-estar, Byrne, 2001).

No geral, as iniciativas desenvolvidas com vista a reduzir o estigma associado às doenças mentais têm envolvido diversas componentes tais como, campanhas de protesto, acções de educação ou de promoção do contacto, ou uma combinação de várias destas estratégias.

4.2.4.1. Das estratégias de protesto, educação e contacto à literacia em saúde mental

Corrigan e Penn (1999) apresentam uma abordagem baseada em três estratégias com vista à diminuição do estigma social: protesto, educação e contacto.

As estratégias de protesto começaram a ser amplamente utilizadas por grupos de advocacia que pretendiam, de forma pró-activa, assumir uma atitude de reacção contra a injustiça que o estigma representa e as interferências negativas para a vida das pessoas que dele são alvo ao mais diversos níveis. Este tipo de intervenção envolve geralmente uma reacção e manifestação pública de discordância, por exemplo, em relação a comentários por parte de agentes públicos, imagens e informação veiculada na imprensa (e.g. anúncios, filmes, séries televisivas) e qualquer tipo de representações consideradas ofensivas para com as pessoas com doença mental. Representam uma resposta vigorosa dirigida à comunidade e em especial à comunicação social, de confronto face a mensagens incorrectas e retratos considerados ultrajosos e desrespeitosos (Corrigan, 2006). Vários estudos vieram demonstrar que o protesto, ainda que tendo como objectivo mostrar a capacidade de indignação, legítima, perante o que pode ser considerado um tratamento injusto e muitas vezes jocoso, falham no seu propósito,

podendo mesmo criar um efeito contrário (Corrigan et al, 2001; Corrigan & Pen 1999). Isto é, em vez de diminuir o estigma, o protesto parece provocar um aumento de reacções negativas e de resistência (e.g. “*não me venham dizer o que devo pensar*”, Corrigan, 2004, p. 620), demonstrando ser ainda menos eficiente na promoção de atitudes positivas (Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005). No geral, as organizações que denunciam casos através da estratégia de protesto tendem a combinar também com acções de educação. Por exemplo, a NAMI, tem em decurso há mais de uma década, um grupo de advocacia, *StigmaBusters* (em português, ‘caçadores de estigma’, www.nami.org), que procuram combater qualquer tipo de representações consideradas desrespeitosas face a pessoas com doença mental. Outro exemplo vem da Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) onde o programa BASTA - Aliança em favor de pessoas com doença mental (The Alliance for mentally ill people, www.opentheodoors.de) desenvolve inúmeras actividades entre as quais se incluem alertas de *email* a denunciar casos concretos de estigmatização, divulgação de programas educativos nas escolas, acções desenvolvidas junto dos *media* e forças de segurança pública e contando com a participação de pessoas com problemas de saúde mental. Ainda, na Austrália, o programa SÃ/SÃO (SANE, www.sane.org) que há mais de vinte anos dirige as suas acções maioritariamente a jornalistas e profissionais que trabalham nos meios de comunicação social, contribuindo para a desconstrução de mensagens estigmatizantes junto dos *media*.

Assim, a segunda estratégia, de educação, tem como objectivo aumentar o conhecimento do público acerca das doenças mentais e saúde mental, focando-se geralmente em determinados públicos-alvo (jovens e estudantes, empregadores, profissionais de saúde, forças de segurança, etc). Ao procurar transmitir informação correcta e contrapor informação incorrecta com factos, as abordagens educacionais, têm um propósito mais amplo de desconstruir estereótipos dominantes geralmente assentes em informações incorrectas, através da contraposição com factos (Corrigan, 2006). Este tipo de estratégia recorre, frequentemente a material informativo (e.g. livros, brochuras, filmes, vídeos) e tem demonstrado resultados mistos. As maiores vantagens parecem ser o facto de aumentar a capacidade de se tomarem decisões com base em informação baseada na evidência, situação que nem sempre gera uma mudança de atitude mas pode contribuir para que essa ocorra (Corrigan, 2004). Por outro lado, a investigação sugere que este tipo de informação pode produzir uma melhor aceitação da doença e seu

tratamento. Essencialmente sugere que este tipo de acções tendem a ser mais eficazes em relação àqueles se encontrem sensibilizados para com este tipo de mensagem e demonstram algum conhecimento prévio (Rusch et al., 2005). Contudo, de notar que, para além do efeito destas acções poder ser limitado no tempo, o seu conteúdo assume a maior relevância, bem como o ajustamento ao público-alvo (Byrne, 2000).

Por fim, a estratégia que maior eficácia parece ter é a de contacto. Em particular, se esse contacto for próximo e possibilitando que os membros do público possam testemunhar exemplos bem-sucedidos (e.g. pessoas que estejam a trabalhar e demonstrem boa vizinhança, Corrigan et al., 2001). Neste caso, as oportunidades para que o público tenha contacto directo com pessoas com doença mental podem de facto contribuir para a redução do estigma (Corrigan, 2004). O contacto intergrupar tem sido considerado, desde há muito, uma forma eficaz para reduzir o preconceito intergrupar (Allport, 1954). O contacto permite uma aproximação à situação do outro e permite uma maior familiarização face à sua realidade concreta. De facto, a familiaridade, aqui entendida como ter conhecimento ou experiência com a doença mental (Holmes, Corrigan, Williams, Canar & Kubiak, 1999), parece reduzir a associação medo-perigosidade-distância social (Corrigan et al., 2001). Nomeadamente, os efeitos positivos parecem ser potenciados se as pessoas envolvidas se percepcionarem como estando num estatuto de igualdade; a esta situação acresce a demonstrada eficácia do testemunho pessoal de alguém que aceite partilhar a sua experiência de recuperação. Este tipo de contacto poderá permitir uma aproximação ao ‘o mundo real’ e vivências do outro e, conseqüentemente, a oportunidade para a desconfirmação de estereótipos e preconceitos (Corrigan & Wassel, 2008) potenciado um maior conhecimento, confiança e empatia (Pettigrew, Tropp, Wagner & Christ, 2011). No entanto, apesar de constituírem uma oportunidade de promover educação e contacto, os programas anti-estigma deverão constituir mais do que campanhas pontuais, sendo desejável que se pudessem tornar uma realidade diária em diferentes serviços públicos (e.g. escolas, em serviços de base hospitalar, diversas entidades da comunidade) e privados, e destinados a apoiar diferentes públicos-alvo (Sartorius, 2010). Por exemplo, a inclusão destes temas em currículos em diferentes áreas disciplinares e graus de ensino poderá certamente contribuir para a destigmatização dos problemas de saúde mental em diversas gerações e promover a literacia em saúde mental, integrando uma cultura pró-saúde mental. Isto porque o estigma não se reduz apenas com informação existindo

entre profissionais, até mesmo os mais treinados e experientes (Corrigan & Watson, 2002b). Por este motivo também, importa sobretudo, sensibilizar para a diversidade em particular as futuras gerações. Esta assume-se, sem dúvida, um desafio para a investigação mas também uma prioridade social.

Podemos concluir referindo que das estratégias aqui revisitadas – protesto, educação e contacto – o contacto é sugerido como a estratégia que mais efeitos positivos parece alcançar em termos de diminuição do estigma face à doença mental (Corrigan et al., 2001). Se por um lado a redução do estigma pode ser, em si mesma, potenciada pelo contacto directo com pessoas com experiência de doença mental em recuperação (Corrigan, 2011), programas que envolvam as duas estratégias, educação e contacto directo, parecem conduzir a resultados mais favoráveis à destigmatização (Meise, Sulzenbacher, Kemmler, Schmid, Rössler & Guenther, 2000, cit in Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005; Oliveira, Couto & Paiva, 2012; Watson & Corrigan, 2005; Rüsche, et al., 2005; Thornicroft et al., 2010).

De acordo com Corrigan (2011), as intervenções devem cumprir princípios e práticas correspondentes à abordagem definidas pelo acrónimo TLC3 (*Targeted, Local Credible, Continuous Contact*): 1) Direccionado (*Targeted*): o contacto torna-se mais efectivo se direccionado para públicos-alvo específicos, nomeadamente, dirigidos a pessoas em posição de poder de transformar a realidade daqueles que se deparam com situações de desigualdade social (e.g. empregadores, arrendatários, prestadores de saúde, Corrigan, 2011, p. 825); 2) Local (*Local*): os recursos, bem como diferentes aspectos culturais, religiosos e políticos variam em função das zonas rurais e urbanas, situação que deve ser tida em consideração aquando do delineamento das estratégias de contacto; 3) Credível (*Credible*): o contacto será tanto mais credível se as pessoas envolvidas estiverem em condições semelhantes em termos de estatuto; apesar de que o contacto poderá colocar a pessoa numa posição de demasiada exposição; 4) Contínuo (*Continuous*): um contacto pontual pode ter efeitos positivos, porém limitados no tempo, pelo que, será sempre desejável que este seja integrado numa estratégia de continuidade.

Em síntese, as intervenções que visem a redução do estigma devem resultar de uma estratégia global concertada, adaptada à realidade local e requerem esforços continuados e acções multifacetadas. Ainda, deverão ter em conta a redução do estigma

em diversos públicos-alvo, tornando-o numa realidade diária dos diferentes serviços públicos e privados (Sartorius, 2010).

Sabe-se hoje que a ausência e distorção de informação contribuem para aumentar o estigma (Kelly et al., 2007) e a distância social e que as atitudes negativas face à doença mental condicionam fortemente a procura de ajuda. Sabe-se também que o não reconhecimento de um problema de saúde mental se encontra muitas vezes associado a atitudes negativas face à doença mental e ao tratamento. E também porque, apesar da prevalência das perturbações ser elevada, muitas pessoas afectadas não recorrem a tratamento ou adiam essa procura durante vários anos.

Apenas uma minoria das pessoas procuram ajuda para as perturbações de ansiedade, humor e abuso de substâncias. A mediana do atraso verificado para o início de tratamento demonstra bem a gravidade da situação: 1 a 14 anos para perturbações do humor; 3 a 30 anos para perturbações da ansiedade; 6 a 18 anos para perturbações de abuso de substâncias (Wang et al, 2007). Em Portugal, os números são igualmente preocupantes: a mediana de atraso para o início de tratamento de 5 anos para perturbações do humor (4 e 6 anos, na depressão major e perturbação bipolar); 23 anos para perturbações da ansiedade (2 e 3 anos para a perturbação de pânico e perturbação de ansiedade generalizada); e 29 anos para perturbações de abuso de substâncias (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

A par com outros grupos, as camadas mais jovens da população constituem uma área de grande preocupação. Diversas patologias, como as perturbações depressivas, de abuso de substâncias, esquizofrenia estão identificadas como tendo o seu início ou primeiros sinais durante a adolescência (WHO 2001), apesar de os problemas de saúde mental nos jovens estarem sub-reconhecidos e sub-tratados (Sourander, MultimAki, Santalahti & Parkkola 2004). A esta realidade acresce a relutância por parte dos jovens em pedir ajuda (estima-se que apenas 10-15% recebam ajuda dos serviços de saúde mental, WHO 2005). Consequentemente, os jovens podem precisar de orientação dos pais e outros adultos significativos no reconhecimento dos sinais e sintomas associados a um problema de saúde mental e para procurar ajuda profissional adequada (Jorm, 2011). Mas para isso, será necessário que os adultos, também eles, saibam reconhecer tais sinais.

Sensibilizar poderá, pois, significar prevenir o desencadear de problemas de saúde mental e promover a saúde mental desde idades precoces. Daí que a literacia em

saúde mental seja fundamental. Por um lado, por potenciar a capacidade de reconhecimento, prevenção e gestão de problemas de saúde mental em geral. Por outro lado, por aumentar o conhecimento sobre saúde mental, promover competências de identificação de factores de risco e sinais de alerta relacionados com determinadas perturbações e, estimular a procura de ajuda (Kelly et al., 2007). Para além de que a adolescência é uma fase propícia para se discutirem com os jovens aspectos relacionados com a saúde mental, tornando-se um público-alvo promissor (Shulze, Richter-Werling, Matschinger & Angermeyer, 2003). Estes serão, ainda, a próxima geração de utilizadores e profissionais dos serviços de saúde, dependendo deles a manutenção ou redução do estigma (Pinfold, Stuart, Thornicroft & Arboleda-Flórez, 2005).

Em síntese, os programas em saúde mental serão tanto mais eficientes se cumprirem objectivos de: sensibilização para uma saúde mental positiva (e.g. auto-estima); aumento da literacia em saúde mental (e.g. informação baseada em factos); adopção de estratégias de prevenção (e.g. identificação de sinais); promoção da destigmatização (e.g. contacto directo).

CAPÍTULO 2

ESTIGMA INTERNALIZADO E DOENÇA MENTAL: REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE CONCEPTUALIZAÇÃO

1. ESTIGMA INTERNALIZADO

1.1. Do estigma social à sua internalização

Segundo Link e Phelan (2001) as representações da doença mental desenvolvem-se durante a infância e vão sendo construídas com base nas concepções familiares e sociais, relações entre pares, experiências pessoais, bem como na forma como a doença mental é retratada pelos meios de comunicação social. De facto, é hoje reconhecido que as atitudes vão sendo formadas no decurso do processo de socialização e que o desenvolvimento dos estereótipos e preconceitos parecem emergir desde cedo na infância.

A evidência tem apontado para o desenvolvimento dos preconceitos em particular por volta dos 7 anos de idade (fase geralmente coincidente com os primeiros anos de escolaridade), ocorrendo um declínio entre os 8 e os 10 anos, e verificando-se uma nova tendência crescente na adolescência (Augoustinos & Rosewarne, 2001). De igual modo, numa investigação dedicada ao estudo da experiência de estigmatização em crianças com epilepsia, os autores verificaram que de um grupo de 173 crianças e adolescentes dos 9 aos 14 anos de idade ($M_{idade} = 11.8$), foram precisamente os mais novos os que reportaram níveis mais elevados de estigma associado à condição de saúde. Verificaram também que níveis mais elevados de estigmatização se encontravam associados a mais problemas de saúde mental, incluindo sintomatologia depressiva e pior auto-conceito (Austin, MacLeod, Dunn, Shen & Perkins, 2004). Estes resultados vêm chamar a atenção para três questões fundamentais: A primeira diz respeito à tomada de consciência, desde cedo, por parte das crianças acerca do mundo que as rodeia verificando-se, à medida que a idade avança, uma capacidade progressiva para integrar estereótipos e preconceitos, avaliar de forma consciente as respostas face aos grupos e actuar em conformidade com as normas sociais. Em segundo lugar, a aprendizagem de formas mais subtis de expressão ou encobrimento de estereótipos e preconceitos bem como a adequação das respostas em função do que é avaliado como socialmente aceite (e portanto, do que deve ser demonstrado aos outros) e influenciado pelo mecanismo da desajabilidade social. Ou seja, *“uma quantidade substancial da diminuição dos preconceitos é baseada nas pressões para agir em conformidade e não nas mudanças fundamentais no coração e mentes das pessoas* (Crandall, Eshleman, & O’Brien, 2002, p. 360).

Em terceiro lugar, a ocorrência desde idades precoces de efeitos negativos da experiência de estigmatização no auto-conceito e saúde mental.

Tendo em conta o estudo dos processos implicados no estigma social, recentes conceptualizações deste fenómeno têm vindo a prestar uma maior atenção à influência de factores socioculturais, bem como aos aspectos particulares das doenças, com enfoque na forma como esta experiência é individualmente vivenciada, assim como quanto à sua variabilidade (Livingston & Boyd, 2010).

A atenção dada à natureza multifacetada e multidimensional do estigma parece, pois, ser determinante no seu impacto e no que se constata constituir uma cultura de desvalorização social das pessoas com problemas de saúde mental. Por esse motivo também, o estudo da internalização do estigma torna-se essencial no sentido de permitir o desenvolvimento de iniciativas que ajudem a melhorar a vida daqueles que sofrem a dor social de ser estigmatizado (i.e. a reacção emocional específica face à percepção de se ser excluído de relações sociais desejadas ou de se sentir desvalorizado nas relações pelos pares ou grupos, MacDonald & Leary, 2005). Trata-se de uma reacção que, ao focar a atenção em eventos sociais significativos, parece promover respostas de evitamento precisamente por poder constituir uma ameaça de rejeição e exclusão social futura.

Segundo Corrigan e colaboradores (2006), grande parte das pessoas com problemas de saúde mental têm consciência da relação entre os sinais da doença mental e os estereótipos associados. Contudo, a consciencialização dos estereótipos não é *per se* uma medida de auto-estigma (Watson & River, 2005), uma vez que ter o conhecimento dos estereótipos negativos que a sociedade tende a adoptar não significa que a pessoa com doença mental concorde com eles ou sequer os internalize (Crocker & Major, 1989).

De acordo com Corrigan e Watson, (2002) o ciclo do auto-estigma cumpre essencialmente três passos fundamentais: 1) o indivíduo tem consciência e concorda com os estereótipos negativos dominantes face às doenças mentais; 2) aplica os estereótipos a si próprio, podendo inclusivamente responsabilizar-se pela doença; 3) experiencia diminuição de auto-estima e auto-eficácia. Assim, para se sentir auto-estigmatizado, o indivíduo não só consciencializa o estigma colectivo (*stereotype awareness*, e.g. “*sim, eu tenho a noção de que se pensa que as pessoas com doenças mentais não conseguem tomar conta de si próprias*”, Corrigan & Watson, 2002a, p. 44),

como também concorda com os estereótipos dominantes (*stereotype agreement*, e.g. “a maior parte das pessoas têm razão. As pessoas com doenças mentais não conseguem tomar conta de si próprias”, Corrigan & Watson, 2002a, p. 44). Esta situação pode conduzir à aplicação a si próprio de estereótipos e internalização de crenças culturalmente vigentes (*stereotype self-concurrence*, e.g., “Eu sou fraco porque tenho uma doença mental”, Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007, p. 2).

Derivado do modelo sócio-cognitivo de estigma (Watson & River, 2005), Corrigan & Wassel (2008) apresentam um modelo segundo o qual o ciclo do auto-estigma tende a seguir o mesmo curso do processo de estigmatização. Segundo este modelo, os sinais da doença mental, mediados pelos estereótipos, actuam como preditores da discriminação. Entre os sinais mais visíveis incluem-se a aparência física, limitações ao nível das competências sociais e os próprios rótulos (Corrigan, 2000), ou seja, atribuição de estereótipos negativos. Estes, por sua vez podem levar a que as pessoas com doença mental se sintam excluídas e desistam de perseguir as oportunidades que lhes permitam alcançar e manter objectivos de vida fundamentais (e.g., educacionais, profissionais, saúde e bem-estar, lazer).

A encerrar o ciclo do auto-estigma parece estar a perda de auto-estima e de auto-eficácia (Figura 1), bem como a tendência para adoptar uma atitude de descrença e desistência face ao futuro (‘efeito porquê tentar’, *why try effect*, Corrigan et al., 2009). Ainda de acordo com este modelo, os autores sugerem que o evitamento do rótulo de ‘doente mental’ pode igualmente afectar negativamente aqueles a quem ainda não foi atribuído um diagnóstico. Neste caso, contudo, a que pessoa pode tender a evitar situações em que possa ser rotulada, por exemplo, não procurando ajuda ou não aderindo ao tratamento.

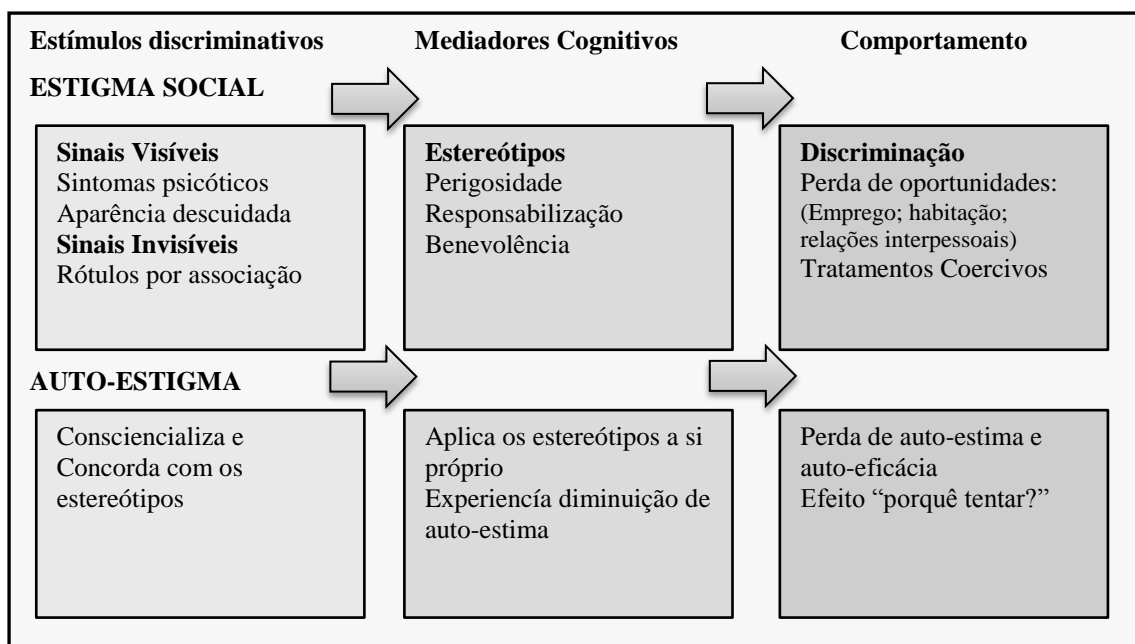


Figura 1. Modelo Cognitivo-Social de Estigma e Auto-Estigma de Corrigan e Wassel (2008)

Vários investigadores defendem que o processo de auto-estigmatização pode ser influenciado pelo grau de identificação ao grupo mas também, pelo grau de legitimação atribuído pelo próprio aos estereótipos dominantes (Watson et al., 2007; Rusch, Lieb, Bohus & Corrigan, 2006). Os resultados da investigação sugerem, no entanto, que se por um lado o grau de identificação ao grupo pode potenciar a internalização do estigma em certas pessoas, uma maior identificação grupal pode constituir um factor de protecção da auto-estima e auto-eficácia em outras. Ou seja, se pertencer a determinado grupo a quem são atribuídas características negativas pode contribuir para a internalização do estigma, pode por outro lado, promover uma identificação positiva proporcionada pelas interações entre pares que apresentem condições semelhantes.

Desta forma, apesar dos atributos negativos face ao grupo de pertença, os indivíduos podem consciencializar que não são os únicos que vivem com determinado problema e encontrar em outros exemplos, semelhantes ao seu, uma fonte de capacitação, aumentando as suas resistências para ultrapassar as dificuldades. Como resultado, tendem a desenvolver maior resiliência face ao estigma uma vez que o percebem como injusto e nesse sentido, experienciam a oportunidade para desenvolver auto-percepções mais positivas, reduzindo o potencial impacto negativo do estigma (Watson et al., 2007). A este nível, os grupos de advocacia constituídos com vista a promover os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e combater

activamente o estigma constituem exemplos da força reparadora que o colectivo pode ter sobre o individual, na medida em que podem desenvolver diferentes acções com vista à obtenção de mudanças estruturais e atitudinais importantes (WHO, 2003).

A legitimação atribuída pelo próprio ao estigma pode também produzir efeitos em função do grau em que a mesma é imputada. Isto é, uma alta legitimação percebida parece tornar as pessoas mais vulneráveis ao auto-estigma uma vez que tendem a aceitar o estigma de que são alvo como sendo uma resposta justa e acertada (Rüsch, Todd, Bodenhausen, Olschewski & Corrigan, 2010).

Estudos sugerem que alta legitimação percebida afecta negativamente a auto-estima e a auto-eficácia (Rüsch et al., 2006; Watson et al., 2007), associando-se a pior desempenho social e maior distância social (Rüsch et al., 2009). O oposto parece ocorrer se a legitimidade atribuída for baixa, contribuindo para proteger a auto-estima e que poderá gerar respostas de auto-determinação e capacitação (Rüsch et al., 2005; Rüsch et al., 2006).

Numa descrição com base no que identificou como sendo a identidade pós diagnóstico em pessoas com esquizofrenia, Williams (2008) refere que esta se baseia em duas dimensões: (1) no quanto a pessoa se identifica com a comunidade de pessoas com doenças mentais graves e (2) no ‘quanto’ de estigma a pessoa internaliza. Na sequência deste processo, aqueles que reportam maior identificação com o grupo e menor auto-estigma tendem a tornar-se socialmente mais activos, não experienciando diminuição de auto-estima.

Podemos pois derivar que consequências negativas do estigma internalizado tendem a ocorrer quando uma pessoa concorda com as concepções negativas, geralmente aceites, acerca do grupo dos ‘doentes mentais’, aplicando-as a si. Esta situação pode conduzir ao auto-preconceito e à auto-discriminação (Watson & River, 2005), parece persistir mesmo após o desaparecimento dos sintomas (Sartorius, 2006), prejudicando o processo de reabilitação e afectando inúmeras áreas da vida.

1.2. Avaliação do estigma internalizado

Numa proposta de aprofundamento do conceito de estigma internalizado e sua melhor descrição e avaliação, Ritsher e colegas (2003) desenvolveram o questionário Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental (*Internalized Stigma of Mental Illness-ISMI scale*, Ritsher et al., 2003) no qual identificaram cinco dimensões constituintes do estigma internalizado: Alienação (experiência subjectiva de não se sentir totalmente um membro da sociedade, ou de ter uma identidade ‘estragada’, Goffman, 1963); adesão aos estereótipos (grau de concordância com os estereótipos geralmente atribuídos às pessoas com doenças mentais); experiência de discriminação (percepção da forma como as pessoas sentem que tendem a ser tratadas pelos outros); afastamento social (evitamento em falar de si próprio e relacionar-se com os outros por sentir o ‘peso’ da experiência de ter uma doença mental) e resistência ao estigma (reflecte a experiência de resistir ou não se sentir afectado pelo estigma internalizado).

Livingston e Boyd (2010) definem estigma internalizado como um processo subjectivo, integrado num contexto sócio-cultural, caracterizado por sentimentos negativos em relação a si próprio, comportamento mal-adaptado, transformação da identidade, ou aplicação dos estereótipos resultantes de experiências individuais, percepções, ou antecipação de reacções sociais negativas com base na sua doença mental.

A ausência do grau de consciência da doença (*insight*), que geralmente se verifica em perturbações mentais mais graves, não permite avaliar os potenciais efeitos negativos do estigma no próprio (Corrigan Rafacz & Rüsç, 2011). Porém, à parte destes casos, a internalização do estigma parece tratar-se de uma experiência comum. De acordo com estudos recentes com dados de vários países europeus, quase metade de pessoas com esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (Brohan et al., 2010) e cerca de um quinto das pessoas com perturbações depressivas e bipolares (Brohan et al., 2011) reportam níveis moderados a elevados de estigma internalizado.

O estigma internalizado passa a constituir um ciclo vicioso activado por uma sensação de ser diferente dos ‘normais’. Mais do que ter uma perturbação psiquiátrica, a pessoa passa a *ser* ‘doente mental’, realidade que afecta negativamente as suas percepções, crenças, emoções (Ritsher & Phelan, 2004) e comportamentos, internalizando uma identidade social desvalorizada.

O processo no qual uma pessoa com doença mental perde a(s) sua(s) identidade(s) prévia(s) ou desejada(s), nomeadamente, a sua identidade enquanto estudante, trabalhador, pai/mãe, e passa a adoptar visões estigmatizantes de si próprio e limitadas à sua doença (e.g. atribuindo a si próprio características como incompetente) parece ser determinante na experiência de internalização do estigma (Yanos, et al., 2008).

O impacto negativo da internalização do estigma em diversas áreas da vida das pessoas com doença mental tem vindo a ser referido na literatura. Diversas associações têm sido reportadas entre estigma internalizado e baixa adesão e descontinuação do tratamento (Sirey et al., 2001). Trata-se de uma experiência frequentemente envolvendo de angústia, revolta, desespero e sigilo (Corrigan, 1998), bem como, auto-desvalorização, vergonha, afastamento social (Sibitz, Provaznikova, Lip, Lakeman & Amering, 2013), discriminação antecipada (Angermeyer, Beck, Dietrich & Holzinger, 2004). Da mesma forma, parece conduzir à adopção de uma atitude geral mais defensiva face aos outros, e nesse caso uma maior restrição ou desconforto nos contactos sociais (Link et al., 1989), comprometimentos ao nível da sua qualidade de vida (Markowitz, 1998; Rosenfield, 1997) e auto-estima (Link, Castille & Stuber, 2008; Link et al., 2001; Lysaker, Roe & Yanos, 2007; Wright et al., 2000).

Porém, se a experiência de estigmatização parece resultar numa perda de auto-estima (e.g. Corrigan & Wassel, 2008), permanece a questão quanto à inevitabilidade desta associação (e.g. Camp, Finlay & Lyons, 2002).

2. ESTIGMA INTERNALIZADO E AUTO-ESTIMA

2.1. Auto-Estima: definição e função social

Manter uma boa auto-estima é uma necessidade fundamental, uma qualidade elementar da natureza humana. Trata-se de um constructo de extrema relevância dado o seu impacto na cognição, motivação, emoção e comportamento humano (Campbell & Lavallee, 1993). Por esse motivo, o conceito de auto-estima tem sido alvo de investigação em vários campos disciplinares e, no âmbito da Psicologia, diferentes

perspectivas têm orientado estudos, nomeadamente, nas áreas da Psicologia do Desenvolvimento, da Personalidade, Social e Clínica (Leary et al., 1995).

Considerada como um importante indicador de saúde mental (Crocker & Quinn, 2000), a auto-estima constitui um factor de prevenção de ocorrência de problemas psicológicos (Fan & Fu, 2001), de protecção face a situações negativas (Mann, Hosman, Schaalma & de Vries, 2004) e de desenvolvimento de doenças mentais (WHO, 2004). Tem-se igualmente destacado enquanto factor essencial para alcançar objectivos, resistir às adversidades e ultrapassar obstáculos (Campbell & Lavalley, 1993) e comumente associada a um bom ajustamento emocional e adopção de estratégias de *coping* (Campbell & Lavalley, 1993), bem-estar psicológico (Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995) e aprovação social (Crocker & Wolfe, 2001; Leary et al., 1995).

A auto-estima tem sido, umas vezes entendida como uma entidade global e portanto tratada como uma medida de avaliação unidimensional; outras vezes considerada como sendo composta por diversas dimensões. Esta questão da dimensionalidade remete para a própria delimitação do(s) conceito(s) em si, nem sempre consensual entre os autores. Também por esse motivo e embora relacionados importa distinguir auto-estima(s) de auto-conceito(s).

Harter (1999) refere que o auto-conceito diz respeito à percepção de competência ou adequação em determinado domínio (por exemplo, académico, social, físico) e que a auto-estima se refere a uma avaliação global que cada um tem em relação a si próprio.

Se por um lado na auto-estima se sublinha uma atitude eminentemente afectiva face ao *self*, no auto-conceito destaca-se a componente cognitiva. A esse respeito, Rosenberg e colegas (Rosenberg et al., 1995) referem que em relação à auto-estima global, precisamente por sobressair uma componente afectiva, se verificam correlações mais fortes com variáveis relacionadas com o bem-estar psicológico (e.g. depressão, ansiedade, estados afectivos negativos, satisfação com a vida, felicidade). Por sua vez, na auto-estima específica (avaliada através de uma medida a que chamaram de auto-estima académica) se verifica a existência de correlações mais fortes com os resultados comportamentais (e.g. notas escolares).

Rosenberg define auto-estima como “*uma atitude positiva ou negativa relativamente ao self, na sua totalidade.*” (RSES; Rosenberg, 1995, p. 141) e diz respeito a um conjunto de sentimentos e avaliações do indivíduo acerca do seu valor

próprio, competência e adequação. Esta definição mais global tem sido corroborada por outros autores (e.g. Campbell & Lavelle, 1993; Harter, 1999). Neste mesmo enquadramento, Osborne (1993) define auto-estima como um sentimento relativamente permanente, acerca de si próprio, que pode tornar-se mais ou menos positivo ou negativo à medida que os indivíduos se confrontam e interpretam os sucessos e os fracassos das suas vidas diárias. De notar que, apesar de uma maior tendência para se associar a auto-estima a uma componente afectiva, certo é que, como qualquer atitude, a auto-estima apresenta uma combinação de componentes afectivas e cognitivas (Fahrigar & Petty, 1999).

Numa tentativa de clarificar o(s) conceito(s) de auto-estima, e com base numa revisão da literatura, Guindon (2002) distingue auto-estima, auto-estima global e auto-estima selectiva. Aí, refere que a auto-estima é a componente avaliativa, atitudinal do *self*, integrada no auto-conceito e consiste em sentimentos de valor próprio e aceitação que são desenvolvidos e mantidos, como consequência da consciência de competência, sentido de realização e *feedback* do mundo externo. Por sua vez, auto-estima global diz respeito a uma estimativa global do valor que cada um atribui a si próprio; um nível de auto-aceitação e respeito individual; um traço ou tendência relativamente estável e duradoura, composto por todos os traços e características subordinadas, do *self*. Refere-se por fim à auto-estima selectiva como uma avaliação do próprio em relação a traços ou qualidades do *self*, variável em função da situação e portanto transitória, combinando com a avaliação global de si mesmo, ou seja, a auto-estima global.

Por sua vez, Baumeister Campbell, Krueger & Vohs (2003) sustentam que a auto-estima consiste na forma como uma pessoa pensa e avalia o *self*, referindo-se, por um lado, a uma componente relativamente estável ao longo do tempo e portanto, associada a características da personalidade (traço de auto-estima) ou enquanto resultado de uma condição psicológica provisória e que reflecte uma resposta a situações particulares (estado de auto-estima). Esta formulação é fundada a partir da concepção de James (1890, cit. in Baumeister, 1998) que numa introdução inaugural ao estudo da auto-estima referiu que a auto-estima global possuía ambas as qualidades, estado e traço; e acrescentando que as pessoas tendem a ter níveis médios de auto-estima, próprios da natureza humana. Contudo, salienta que a auto-estima não se reduz à simples soma do sucesso obtido. Antes, refere que a auto-estima global resultaria do rácio entre os sucessos e as pretensões ou aspirações em relação aos vários domínios da vida (auto-

estima= sucesso/preensões). Esta ‘fórmula’ tem implícita a ideia de que se uma pessoa se avalia positivamente em relação a determinado(s) domínio(s) da sua vida em que aspira ter sucesso, esta terá uma influência positiva na sua auto-estima. Ao contrário, se as aspirações ultrapassam o sucesso, ou seja, se a pessoa sente que fracassa num domínio no qual seria importante ter sucesso, este resultado terá uma repercussão negativa na sua auto-estima.

Tendo em conta a premissa de James (1890, cit. in Baumeister, 1998), de que as pessoas tendem a seleccionar os domínios em que baseiam o valor que atribuem a si próprias, estes são variáveis e dependem daquilo que cada um valoriza. Isto é, uma pessoa pode sentir que tem valor se conseguir satisfazer alguns padrões, por exemplo, de atracção física, competência, ou de se perceber como uma ‘boa pessoa’; ou pode acreditar que tem valor quando se sente admirada ou respeitada; ou ainda, quando acredita e sente que se destaca em alguma área, por exemplo, que consegue superar outros em alguma competição (Crocker, 2002). A este sentido de valor Crocker e Wolfe (2001) chamaram de contingências da auto-estima, na medida em que, segundo as autoras, reflectem as áreas nas quais cada um acredita que precisa de ser bem-sucedido para sentir que tem valor.

Tendo em consideração as várias definições encontradas na literatura, os aspectos relacionados com a sua variabilidade e contingências, importa enquadrar a auto-estima no contexto das relações interpessoais. Neste âmbito, a auto-estima é vista como uma construção social, inerente ao ser humano, e tem por base a noção de que a percepção que cada um tem em relação a si próprio resulta, não só mas também da avaliação que faz da forma como os outros o percebem.

Apesar de partilharem a mesma visão global, de que a auto-estima é altamente responsiva ao *feedback* social (MacDonald, Saltzman & Leary, 2003), propostas diferentes analisaram a auto-estima no contexto das relações interpessoais, procurando esclarecer qual a sua função (Brown & Marshall, 2006). Neste quadro conceptual, destacam-se a teoria da gestão do terror (Greenberg, Solomon, & Pyszczynski, 1997) e a teoria sociométrica (Leary et al., 1995).

De acordo com a teoria da gestão do terror manter uma auto-estima elevada é, antes de mais, uma condição essencial para o funcionamento humano que confere sentido à vida (Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt, & Schimel, 2004). Segundo esta perspectiva a auto-estima tem, sobretudo, a função de protecção perante o medo

existencial que advém da fragilidade humana e a conseqüente inevitabilidade da morte (Pyszczynski et al., 2004). Medo esse que terá promovido a motivação para a criação de dimensões que indo para além do domínio individual se foram tornando essencialmente colectivas (e.g. religião). Neste sentido, o processo que contribui para que uma pessoa se sinta socialmente valorizada e capaz de alcançar a imortalidade real (e.g. vida após a morte) ou simbólica (e.g. tornar-se imortal pela sua obra) seria facilitado pela auto-estima, uma protecção contra a ansiedade perante a morte (MacDonald, 2007). Apesar de alguns estudos terem evidenciado a relação entre elevada auto-estima e menor preocupação face à morte (Harmon-Jones, Simon, Greenberg, Pyszczynski, Solomon & McGregor, 1997), alguns críticos desta teoria referem que é improvável que a função da auto-estima seja a de reduzir o medo de morte, dado que o medo se trata de uma resposta altamente funcional e adaptativa (e.g. Leary, 2004).

Numa perspectiva diferente e de particular relevância no estudo dos processos de estigmatização e exclusão social, Leary e colaboradores (1995) propõem a teoria sociométrica, segundo a qual a auto-estima funciona como indicador interno do grau em que cada um sente que é valorizado enquanto parceiro nas relações interpessoais e, nessa medida, sente que é aceite ou excluído dos grupos sociais (estatuto de inclusão). Funcionando como um ‘barómetro’ das relações interpessoais, a auto-estima cumpre precisamente a função de alertar o indivíduo para as ameaças nas suas relações sociais e a de evitar ser socialmente excluído (Leary et al., 1995). De acordo com Baumeister & Leary (1995), a força motriz básica que motiva a necessidade de ter uma elevada auto-estima é a necessidade de pertença, de manter relações sociais próximas e de ser aceite por outros socialmente significativos. Por esse motivo, as pessoas que experienciam rejeição real ou imaginada de forma repetida tendem a demonstrar, ao longo do tempo, menor auto-estima do que aqueles que se sentem socialmente aceites. Mais ainda, e consistente com a noção de que a auto-estima está relacionada com sentimentos de pertença e não pertença, a rejeição parece afectar mais fortemente a auto-estima do que a aceitação (Leary et al., 1995; Snapp & Leary, 2001). Esta teoria tem sido amplamente suportada pela literatura (MacDonald et al., 2003). Por exemplo num estudo com adolescentes, Harter e Marold (1991), verificaram que a auto-estima se encontrava fortemente relacionada com a competência percebida em domínios em que os jovens consideravam ser importantes para os seus pais. O inverso parece ser também verdade, ou seja, atingir com sucesso determinados objectivos parece contribuir para diminuir a

auto-estima se os mesmos despoletarem reacções de desaprovação por parte de outras pessoas (Jones, Brenner & Knight, 1990).

Segundo Baumeister e colegas (2003), uma elevada auto-estima refere-se a uma avaliação globalmente favorável do *self*. Contudo, e ainda segundo estes autores, uma auto-estima elevada parece dar conta de uma valorização justificada e equilibrada por parte da pessoa acerca do seu valor, sucessos e competências, mas pode, por outro lado referir-se a um sentido injustificado de superioridade, evocando uma vertente grandiosa face a si próprio em detrimento da percepção que se tem dos outros. Da mesma forma, a baixa auto-estima pode representar tanto uma compreensão fundamentada das limitações do próprio, como também uma visão distorcida e mesmo exagerada de sentimentos de insegurança e inferioridade (Baumeister et al., 2003).

Em síntese, podemos dizer a auto-estima parece cumprir diversas funções, nomeadamente, de protecção face a situações de stresse e emoções negativas, de promoção da saúde física e mental porquanto uma baixa auto-estima tem sido largamente associada à depressão, ansiedade, desajustamento pessoal e social (Baumeister, 1998), desesperança (Crocker & Quinn, 2000), vulnerabilidade psiquiátrica (Mann et al., 2004) e estigma internalizado (Yanos et al., 2008; Werner et al., 2007; Lysaker et al., 2007).

2.2. Avaliação da auto-estima: Escala de Auto-Estima de *Rosenberg*

A escala de auto-estima de *Rosenberg* (RSES; Rosenberg, 1965, cit. in Santos & Maia, 2003) é uma medida unidimensional de avaliação da auto-estima global. Encontra-se traduzida em 28 línguas e 53 países (Schmitt & Allik, 2005) tendo sido adaptada para a população portuguesa (Santos & Maia, 2003). A preferência pela utilização da RSES sua ampla disseminação e utilização prende-se sobretudo com a simplicidade da linguagem utilizada e brevidade de aplicação (Murphy & Murphy, 2006), para além de adequadas propriedades psicométricas que a mesma apresenta.

Tal como avaliada pela RSES, ter uma auto-estima elevada significa que o indivíduo adopta uma atitude positiva para consigo, sente que tem valor, está satisfeito consigo próprio e se sente capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.

Ao contrário, ter uma baixa auto-estima implica uma atitude de desvalorização face a si próprio e sentimento de fracasso. Contudo e como anteriormente referido, a mesma tem sido objecto de alguma controvérsia no que se refere à sua estrutura factorial (Santos & Maia, 2003), especificamente quanto à sua (uni)dimensionalidade. Se por um lado Rosenberg bem como outros autores sugerem que a mesma é unidimensional (e.g. O'Brien, 1985) outros, com base nos resultados das análises factoriais exploratórias, apontam para a sua bidimensionalidade (e.g. Tafadori & Milne, 2002), com os itens formulados na negativa a saturarem num factor e os itens formulados na positiva a saturarem noutro factor. Alguns investigadores (e.g. DiStefano & Motl, 2006; Marsh, 1996) defendem que a bidimensionalidade da medida se prende essencialmente com um aspecto metodológico ligado à construção da escala (i.e. itens na negativa e itens na positiva), levantando a questão quanto à tendência para responder aos questionários com base em outros critérios que não o seu suposto conteúdo (Lindwall et. al., 2012). Sugerem que especial atenção deve ser dada aos possíveis enviesamentos daí resultantes – efeitos do método (*methods effects*). Estes efeitos têm sido particularmente estudados e reportados em relação aos itens de orientação negativa (DiStefano & Motl, 2009; Marsh, 1996; Tomas & Oliver, 1999).

Outros autores, recorrendo à análise factorial confirmatória, defenderam a existência de diferenças substantivas associadas às subescalas (e.g. Shahani, Dipboye & Philips, 1990), situação que tem levado à necessidade de se aprofundar a análise desta medida. De facto, quando os resultados do estudo da estrutura factorial apontam para a existência de duas componentes, reacende-se o debate se estamos perante uma distinção substantiva quanto ao constructo em si (i.e. se existe uma auto-estima positiva e uma auto-estima negativa ou se o constructo integra duas dimensões, i.e. uma auto-estima global que integra itens de orientação negativa e itens de orientação positiva) ou ainda se estamos meramente perante o resultado do efeito do método. Ou seja, tal como apontado por Tomas e Olivier (1999) será importante escrutinar se este é o caso da RSES, e nesse caso, se os dois fatores são substantivamente diferentes ou se estamos perante um artefacto.

3. ESTIGMA INTERNALIZADO E QUALIDADE DE VIDA

3.1. Qualidade de vida: definição e contributos para a avaliação em saúde mental

As profundas alterações ocorridas, em particular nos países desenvolvidos, sobretudo ao longo da década de 70 e início dos anos 80 (e.g. demográficas, tecnológicas, económicas e político-sociais) conduziram a uma mudança epistemológica e, conseqüentemente, trazendo novos desafios no campo da saúde. Nomeadamente, a transição de uma visão maioritariamente centrada na doença (modelo biomédico) para uma perspectiva baseada numa abordagem multidimensional da saúde (modelo biopsicossocial, Engel, 1977, 1980).

O aumento do interesse em torno de medidas adicionais de avaliação de saúde em alternativa às medidas tradicionais maioritariamente focadas em indicadores de morbidade e mortalidade foi sendo ditado pelo reconhecimento progressivo de que tais medidas tradicionais pouco revelavam sobre outros aspectos importantes da vida das pessoas (Centers for Disease Control and Prevention, 2000); e ainda que as medidas de avaliação da doença, designadamente dos sintomas, não seriam determinantes suficientes para avaliar o estado da saúde (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004).

Concretamente na área da saúde mental tratou-se de um movimento lento, pautado por avanços e recuos, fortemente impulsionado no período após a segunda guerra mundial pela necessidade de prestar apoio aos veteranos e vítimas de guerra.

A tentativa de dar resposta ao sofrimento humano abriu caminho a uma progressiva mudança de paradigma, permitindo a criação de novos espaços epistemológicos a partir do qual se verifica a emergência de campos disciplinares como a Psiquiatria Social e Comunitária e Psicologia Clínica e da Saúde. Destaca-se, por exemplo, logo a partir dos anos 50, a fundação do movimento antipsiquiatria, os avanços na psicofarmacologia com o aperfeiçoamento dos neurolépticos e antipsicóticos, o início do movimento de desinstitucionalização que no seu conjunto constituíram uma força motriz para os movimentos de advocacia e um maior enfoque nos direitos fundamentais das pessoas (Barofsky, 2003). De destacar a concepção multidimensional da saúde em geral e saúde mental em particular com a introdução de alterações importantes no que diz respeito aos aspectos a considerar pelos profissionais no planeamento, implementação e avaliação das intervenções.

Como referido, a necessidade de progressivamente se adoptar uma visão mais vasta capaz de integrar as implicações psicossociais das doenças trouxe consigo importantes desafios, nomeadamente, na área da saúde mental.

A ênfase em aspectos que abrangem áreas mais ou menos gerais da vida de uma pessoa que se encontre afectada por uma doença mental deu lugar à até então focalização quase exclusiva nos aspectos relacionados com a doença (Katschnig, 2006a) e que se reflectia num esforço para prolongar a vida das pessoas a ‘qualquer preço’; e até mesmo descurando necessidades fundamentais sentidas pelas pessoas na sua vida diária (Katschnig, 2006a). Neste contexto, reflexo das consequências de um desenvolvimento sem precedentes, o conceito de ‘qualidade de vida’ alcançou grande popularidade, conduzindo à integração de indicadores não só económicos, mas também sociais e ambientais.

Gradualmente, o interesse pelo estudo da qualidade de vida disseminou-se às mais diversas áreas do conhecimento (e.g. Antropologia, Sociologia, Economia, Política, Medicina, Saúde Pública e Psicologia), tornando-se num conceito partilhado pela generalidade das pessoas, transversal às mais variadas disciplinas e que inclui aspectos positivos associados ao bem-estar subjectivo, felicidade, satisfação com a vida e promoção da saúde.

O conceito de qualidade de vida surgiu associado ao conceito de saúde e às definições protagonizadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948, 1986), enquanto constructo com significado amplo e subjectivo, mais dos que específico e objectivo. Porém, pese embora a sua popularidade e fácil entendimento do conceito pela maioria das pessoas, a definição de qualidade de vida não se encontra ainda estabelecida de forma consensual e uniforme (Katschnig, 2006b). De facto, qualidade de vida pode ter múltiplas definições (Skevington, 2002) e diferentes significados reflectidos nos instrumentos de avaliação utilizados (Katschnig, 2006b). Talvez por essa razão também qualidade de vida se mantenha um tópico actual, porém potencialmente ambíguo, encerrando em si várias interpretações possíveis.

De acordo com Mercier (1994), se a conceptualização de qualidade de vida e respectiva operacionalização for baseada em indicadores objectivos (e.g. habitação, conforto, poluição, segurança, educação, lazer, emprego), então, podemos referir-nos a Qualidade de Vida Contextual (*Environmental Quality of Life*). Se por sua vez o estudo for focado em questões relacionadas com a saúde percebida e funcionalidade (e.g.

percepção geral de saúde e bem-estar psicológico, actividade física), estamos perante uma análise de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (*Health Related Quality of Life*). Se por outro lado o interesse se focar na Qualidade de Vida como um Todo (*Quality of Life as a Whole or Subjective Quality of Life*), esta basear-se-á nos níveis de satisfação individual e portanto subjectiva, de diversos domínios de vida.

Apesar da extensa literatura em torno da conceptualização de qualidade de vida e de uma vasta proliferação de diversos instrumentos genéricos (i.e., que podem ser aplicados a pessoas com qualquer tipo de situação clínica; e.g., WHOQOL-Bref, WHOQOL-Group, 1998) e específicos (i.e., destinados a avaliar condições clínicas particulares; e.g. QLQ-C30 destinados a avaliar a qualidade de vida em pessoas com cancro, Aaronson et al., 1993), não existe ainda uma definição ‘universal’ e comumente aceite deste constructo. Por exemplo, Calman (1984) refere a necessidade de estender o termo qualidade de vida para além do impacto da doença, tratamento e seus efeitos secundários. Isto é, englobando o reconhecimento da pessoa como um indivíduo no qual se conjuga ‘corpo, mente e espírito’ e do qual depende o seu estilo de vida actual, experiências passadas, esperança no futuro e ambições. Nesse sentido, refere-se a este conceito como “*a diferença, num particular momento, entre as esperanças e expectativas pessoais e as suas realizações actuais*” (Calman, 1984, p. 124). Por sua vez, Ferrans e Powers (1985) definem qualidade de vida como um sentido de bem-estar pessoal que decorre da satisfação ou insatisfação com áreas da vida identificadas como importantes pelo próprio. Igualmente Grant e colegas (1990) referem-se à qualidade de vida como uma afirmação pessoal em relação à positividade ou negatividade dos atributos que caracterizam a vida de cada um.

Numa tentativa de, por um lado, contribuir para a clarificação do conceito e possibilitar uma abordagem transcultural e subjectiva a OMS iniciou em 1991 um projecto com este propósito, isto é, o de definir qualidade de vida e desenvolver um instrumento que pudesse ser utilizado por uma grande diversidade de culturas e países, tendo como base a experiência do indivíduo (Orley et al., 1998).

A OMS protagonizou, em 1994, uma definição mais abrangente, segundo a qual qualidade de vida é definida como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL-Group, 1994, p.28). Deste modo, qualidade de vida é um constructo que inclui a percepção da

peçoas, suas preocupações e efeito da doença nas suas vidas, relações sociais, capacidade para o trabalho e estatuto financeiro (WHOQOL-Group, p.1570). Esta concepção considera a natureza subjectiva da avaliação do indivíduo, contextualizada e influenciada pelo meio físico, cultural e social onde se vive e integrando a percepção do próprio acerca dos domínios relacionados com a saúde física, estado psicológico, relações sociais e ambiente (Angermeyer & Kilian, 2006; Aigner, Spitzl, Freidl, Prause, Friedmann & Lenz, 2007).

3.2. Qualidade de vida e doença mental

Um dos motivos que levou ao desenvolvimento do conceito de qualidade de vida na área da saúde/doença mental foi sem dúvida, a insatisfação sentida pelas pessoas com a abordagem da medicina e com os tratamentos a que eram sujeitas (e.g. efeitos da medicação psiquiátrica, nomeadamente, dos neurolépticos convencionais); bem como a escassa possibilidade de participação e decisão nos tratamentos. Certo é que os avanços nas terapias psicofarmacológicas resultaram em melhorias significativas nos cuidados prestados às pessoas com doenças mentais, permitindo que muitas pudessem passar a viver fora das instituições psiquiátricas. Ainda assim, a questão se ‘a cura é pior do que doença’ foi tornando cada vez mais evidente uma abordagem focada quase exclusivamente na redução dos sintomas, dando conta da necessidade de prestar cuidados adicionais a estas pessoas, com particular relevo no período pós-desinstitucionalização que foram ocorrendo nos Estados Unidos da América e vários países Europeus (e.g. Itália).

Neste contexto, Lehman (1996) procurou aplicar o conceito de qualidade de vida ao campo da saúde mental definindo-a como “*as perspectivas dos pacientes sobre o que têm, como estão e como se sentem em relação às suas circunstâncias de vida*” (Lehman, 1996, p.78). Ainda de acordo com este autor, no mínimo, qualidade de vida reflecte um sentido de bem-estar geral, englobando características pessoais, de funcionalidade, bem como do acesso aos recursos e oportunidades. Para o efeito e após uma revisão dos diferentes instrumentos utilizados, desenvolveu uma entrevista destinada a avaliar a qualidade de vida em pessoas com doenças mentais graves (*Quality of Life Interview*), incluindo com esquizofrenia. A entrevista, constituída por 143 itens, integra indicadores

objectivos (e.g. frequência dos contactos sociais, situação profissional actual) e subjectivos (e.g. satisfação com as relações familiares e sociais, satisfação com a situação profissional) e inclui oito dimensões: habitação, actividades diárias e funcionalidade, relações familiares, relações sociais, finanças, trabalho e escola, legalidade e, segurança e saúde (Lehman, 1983, 1996).

A questão em torno da experiência subjectiva vivenciada pela pessoa com doença mental tem sido um tema de relevante interesse, porém não consensual. Por um lado, eventuais constrangimentos de avaliação decorrentes das limitações que a vivência da doença coloca podem conduzir, segundo Katschnig (2006a) ao que o próprio denominou como ‘falácias psicopatológicas’; ou seja, enviesamentos causados por alterações decorrentes de determinadas doenças mentais crónicas, particularmente em relação àquelas caracterizadas pela presença de sintomatologia psicótica, como alucinações e delírios (e.g. esquizofrenia). Mas algumas dúvidas podem também ser levantadas em relação a outros quadros psicopatológicos devido a alterações cognitivas e afectivas que podem influenciar a percepção da pessoa acerca da sua qualidade de vida (e.g. depressão).

Alguns autores sugerem que a avaliação da qualidade de vida em população psiquiátrica deve considerar a perspectiva dos familiares ou outros informadores, como por exemplo, profissionais de saúde (Becker & Diamond 1993). Outros investigadores demonstraram que as percepções das pessoas com doença mental eram significativamente diferentes das de outros elementos (Fitzgerald et al., 2001) e que nem por isso deviam ser negligenciadas. Por exemplo, num estudo comparando o que as pessoas com esquizofrenia e os seus psiquiatras entendiam como qualidade de vida, ambos reconheciam a importância do trabalho, contactos sociais, família e nível de independência. Todavia, os próprios tendiam a privilegiar aspectos relacionados com a sua vida, enquanto os psiquiatras tendiam a valorizar aspectos relacionados com a doença em si, enfatizando a ausência de sintomas (Angermeyer, Holzinger, Kilian & Matschinger, 2001). Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, sugerindo que os relatos dos profissionais de saúde se associam mais a questões clínicas, prestando menor atenção aos aspectos sociais da qualidade de vida, estes últimos mais valorados pelas pessoas com doença mental (Sainfort, Becker & Diamond, 1996).

Se é certo que para algumas pessoas com graves limitações cognitivas e funcionais não será possível obter uma avaliação pelo próprio, esta questão não é

seguramente generalizável a todas as pessoas com problemas de saúde mental. Quanto às avaliações por parte dos familiares e profissionais de saúde, por mais importantes que sejam, não estarão estas igualmente envoltas de subjectividade? E não estaremos, mais uma vez, a sobrevalorizar a percepção de outros em detrimento da percepção dos próprios e da sua avaliação acerca das suas circunstâncias físicas, psicológicas, sociais e ambientais? Não será, então, preferível, assumir um maior rigor na selecção das pessoas a considerar em termos de critério de inclusão para estudos desta natureza e aí sim, contar com a colaboração de profissionais de saúde nesta selecção e fazendo-o com metodologias de recolha de dados que facilitem as condições de compreensão?

A OMS, tal como outros autores (e.g. Lehman, 1983) já havia argumentado que se a qualidade de vida é aceite como sendo eminentemente subjectiva, então, o ponto de vista da pessoa com doença mental deve ser considerado válido (Orley et al, 1998). Por outras palavras, não só muitos dos indivíduos com doenças mentais são capazes de fazer depoimentos válidos acerca da sua qualidade de vida, como são igualmente capazes de fornecer elaborações congruentes acerca do impacto da doença na sua vida. Para além disso, poucos para além dos envolvidos directamente na experiência podem descrever a vivência de ser afectado, por exemplo, por uma perturbação psicótica (Herrman, 2000).

A natureza subjectiva de avaliação da qualidade de vida é, pois, uma questão sensível e importante, quer para a investigação quer para a prática clínica, uma vez que sendo potencialmente modificável, deve ser foco das intervenções (Trauer, Duckman, & Chiu, 1998). A disponibilidade de uma medida com vista a alcançar este propósito e que inclua a percepção dos próprios no que se refere aos diversos domínios da sua qualidade de vida constitui, portanto, um importante contributo, sobretudo por permitir uma melhor avaliação, identificação de necessidades e delineamento da intervenção, ajustada a cada caso.

Em síntese, apesar da conceptualização e mensurabilidade da qualidade de vida permanecer ainda relativamente controversa, em particular na área da doença mental, a proliferação de diversos instrumentos de avaliação permitiu, em especial ao longo destas últimas duas décadas, uma melhor enquadramento teórico e operacionalização do constructo ‘qualidade de vida’, a ser aplicado também neste grupo. De destacar, a crescente ênfase na experiência subjectiva do indivíduo, bem como uma focalização em diversos domínios da sua vida, situação que durante muito tempo foi sendo negligenciada no que se refere às pessoas com doenças mentais.

3.3. Avaliação da qualidade de vida: WHOQOL-Bref

A conceptualização de qualidade de vida da OMS destaca dois aspectos fundamentais: subjectividade e multidimensionalidade (WHOQOL Group, 1995). Estes aspectos foram reflectidos na estrutura do WHOQOL quer na versão alargada (WHOQOL-100) quer posteriormente na versão abreviada (WHOQOL-Bref) e resultou do consenso de um grupo de peritos de diferentes países e culturas envolvendo quinze centros de pesquisa de todo o mundo.

Actualmente ambas as versões do WHOQOL se encontram disponíveis em mais de 40 idiomas diferentes (Skevington, Sartorius, Amir & WHOQOL Group, 2004), estando validados para Português Europeu (Vaz Serra et al., 2006a; Vaz Serra et al., 2006b) e sendo um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a qualidade de vida em adultos. Este instrumento permite ser utilizado em doentes com qualquer tipo de patologia e em pessoas da população em geral que não sofram qualquer tipo de doença (Canavarro et al., 2007), possibilitando assim, avaliar variações na qualidade de vida em diversas culturas e em grupos diferentes no mesmo contexto cultural.

O WHOQOL-100 é um instrumento composto por 6 domínios (domínio psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais), que correspondem a 24 facetas específicas e uma faceta geral. Por sua vez, cada faceta é avaliada por quatro itens estando as questões organizadas por quatro escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) e encontram-se formuladas quer de forma positiva, quer de forma negativa. No que diz respeito à pontuação, esta é transformada numa escala de 0 a 100 a fim de permitir comparações entre domínios constituídos por números diferentes de itens.

Posteriormente em 1998 e seguindo os mesmos critérios do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref foi especificamente desenvolvido para situações que requerem uma avaliação de qualidade de vida em que “*o tempo é limitado, o cansaço dos respondentes deve ser minimizado*” (Skevington et al., 2004, p. 300). O WHOQOL-Bref foi construído com base nos dados recolhidos em 15 centros de avaliação da qualidade de vida da OMS, procurando manter a coerência conceptual e psicométrica da versão alargada (Canavarro et al., 2007). Nesse sentido, as mesmas 24 facetas da versão longa

foram mantidas, cada uma avaliada por uma questão e sendo a faceta geral avaliada a partir de 2 questões que correspondem a avaliação de qualidade de vida geral e percepção geral de saúde, ficando constituído por um total de 26 itens. A organização das respostas e sua pontuação é feita da mesma forma que no WHOQOL-100.

De acordo com o WHOQOL Group (1998), os itens que constituem o WHOQOL-Bref foram seleccionados tendo em conta a sua capacidade de explicar uma proporção substancial da variância dentro da faceta e domínio que integravam a sua relação com o modelo geral de qualidade de vida e a sua validade discriminante. Contudo, os estudos psicométricos do WHOQOL-Bref deram conta de uma estrutura factorial composta por 4 domínios baseados nos 6 domínios da versão alargada, tendo o domínio referente ao nível de independência sido integrado no domínio físico e o domínio relativo aos aspectos espirituais/religião/crenças pessoais sido integrado no domínio psicológico (Skevington et al., 2004; WHOQOL Group, 1998).

4. ESTIGMA INTERNALIZADO, AUTO-ESTIMA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL: PROPOSTA DE CONCEPTUALIZAÇÃO

Considerando que, por um lado, diversos estudos se têm vindo progressivamente a debruçar sobre o estigma face às doenças mentais, menos investigações têm explorado a experiência daqueles que internalizam o estigma. O estudo do estigma internalizado em pessoas com doença mental constitui, pois, um importante desafio precisamente por se tratar de uma experiência subjectiva e portanto individual. Mas também e por outro lado, por constituir um processo ‘invisível’, potencialmente negligenciado e cujos efeitos podem ser atribuídos a sintomas da doença, situação particularmente sensível no caso de algumas perturbações mentais crónicas. Por esse motivo, é muito importante que estudos possam contribuir para uma melhor avaliação da experiência que resulta da internalização do estigma e ainda para uma melhor compreensão e aprofundamento deste fenómeno em diversos diagnósticos clínicos.

De acordo com a análise da literatura sobre o estigma face à doença mental, os resultados da evidência têm demonstrado que actualmente parece haver uma maior capacidade por parte do público na identificação de determinadas doenças mentais (e.g. depressão). Contudo, no geral, as atitudes em relação às doenças mentais crónicas como a esquizofrenia não melhoraram. Nomeadamente, alguns estereótipos específicos associados a esta condição parecem ter permanecido inalterados (e.g. perigosidade, imprevisibilidade, instabilidade, Phelan et al., 2000), sendo consequentemente, geradores de respostas de medo, evitamento e distância social face a este grupo (Corrigan et al., 2002). Uma vez mais, esta situação poderá influenciar a experiência de internalização do estigma e sua variabilidade em pessoas com diferentes diagnósticos clínicos. A esse nível, e como já referido, estudos transnacionais europeus apontam para níveis moderados a elevados de estigma internalizado em pessoas com esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e perturbações do humor (Brohan et al., 2010; Brohan et al., 2011).

Da mesma forma, os dados da investigação apontam para diferentes resultados quanto à experiência de estigmatização em diversos contextos de tratamento (e.g. Verhaeghe, Bracke & Bruynooghe, 2007) cuja ocorrência parece também variar em função de diferentes diagnósticos clínicos (Chee et al., 2005). Esta situação torna-se ainda mais premente em Portugal dada a escassez de estudos nesta área mas também tendo em consideração o actual momento de desinstitucionalização.

Quanto à relação negativa entre estigma internalizado e auto-estima, se por um lado a experiência de diminuição de auto-estima tem sido considerada por alguns autores como um passo fundamental no ciclo do auto-estigma (Corrigan & Watson, 2002a), os resultados da investigação são pouco consensuais e até contraditórios quanto à inevitabilidade desta associação (Camp et al., 2002), situação que se afigura relevante para a conceptualização do fenómeno estigma internalizado. Ainda e não obstante os resultados da literatura evidenciarem que as pessoas com doença mental reportam pior qualidade de vida quando comparadas com a população geral (e.g. Trompenaars Masthoff, Van Heck, Hodiamont & De Vries 2005; Mas-Expósito, Amador-Campos, Gómez-Benito & Lalucat-Jo, 2011), no geral, algumas limitações podem ser apontadas. Em particular, a maioria dos estudos têm focado a sua análise na qualidade de vida global, não considerando a natureza multidimensional deste constructo. Esta parece tratar-se de uma limitação teórica mas também metodológica porquanto a generalidade

dos estudos utilizam as medidas sem ter em consideração a sua estrutura factorial na população específica. Do ponto de vista da prática clínica, a identificação de domínios específicos poderá seguramente introduzir novas perspectivas para o desenvolvimento de intervenções mais ajustadas às necessidades identificadas.

Neste âmbito, os estudos desenvolvidos na presente tese procurarão trazer novos contributos para a validação das medidas na população estudada. O primeiro estudo representará um primeiro passo que servirá de sustentação ao segundo estudo e que conduz à proposta de um modelo explorando o papel da auto-estima como mediadora da relação entre o estigma internalizado e os vários domínios da qualidade de vida em pessoas com doença mental. Assim, e tendo em conta que será considerada a multidimensionalidade dos domínios que compõem a qualidade de vida procurar-se-á trazer potenciais benefícios à investigação e intervenção clínica, situação particularmente importante para o tratamento e reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, como iremos apresentar e analisar no capítulos seguintes. Será ainda apresentado o terceiro estudo que procurará explorar perfis clínicos; estudo esse, que procurará, num nível de análise de interdependência entre as variáveis, identificar diagnósticos clínicos mais fortemente associados a contextos de tratamento e relacionados com o estigma internalizado, auto-estima e satisfação com as relações sociais em participantes com esquizofrenia e perturbações do humor.

PARTE II

ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 3

**ESTIGMA INTERNALIZADO, AUTO-ESTIMA E QUALIDADE DE
VIDA EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL: PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DAS MEDIDAS**

ESTUDO 1

1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo será apresentado o estudo das propriedades psicométricas das medidas utilizadas na presente tese, estudo esse motivado por pressupostos teóricos e metodológicos.

Do ponto de vista teórico, se por um lado o questionário de avaliação do Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental (ISMI; Ritsher et al., 2003) se trata de um instrumento de avaliação especificamente desenhado para avaliar a experiência pessoal de estigmatização em pessoas com doença mental, o mesmo não acontece com os outros questionários utilizados nesta investigação. Referimo-nos em particular à escala de Auto-estima de *Rosenberg* (RSES; Rosenberg, 1965, cit. in Santos & Maia, 2003) e à versão abreviada do instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-Bref; Vaz Serra et al., 2006b), cuja estrutura factorial importa explorar em grupos específicos, neste caso numa amostra psiquiátrica.

Em relação ao ISMI, trata-se de um instrumento desenhado para esta população específica tendo esta medida, no estudo de adaptação com uma amostra portuguesa, apresentado propriedades psicométricas adequadas, em particular, ao nível da análise factorial exploratória (AFE) e consistência interna (Oliveira, Esteves, Pereira, Carvalho & Boyd [Ritsher], 2015). No entanto, os resultados das análises factoriais confirmatórias (AFC) apresentaram índices apenas satisfatórios, situação que justifica a necessidade de efectuar estudos adicionais. Dado que a amostra actual apresenta características semelhantes e que a recolha de dados seguiu a mesma metodologia do estudo desenvolvido anteriormente com uma amostra portuguesa, constitui-se uma boa oportunidade para testar a estrutura factorial nesta amostra actual. Ainda, a possibilidade de reavaliar a implicação da subescala resistência ao estigma pois, tal como sugerido pela literatura, esta subescala parece representar um constructo distinto de estigma internalizado representado pelas restantes subescalas que integram a medida (e.g. Sibitz, Unger, Woopmann, Zidek & Amering, 2009).

No que se refere à RSES, trata-se de uma medida originalmente desenvolvida com amostras de adolescentes validada a partir da escala original e cuja utilização tem sido privilegiada em estudos com jovens e estudantes (e.g. Bagley, Bolitho & Bertrand, 1997; DiStefano & Motl, 2006, 2009). Nesta população e também em estudos com adultos (e.g. Lindwall et al., 2012), subsistem dúvidas quanto à sua

(uni)dimensionalidade (DiStefano & Motl, 2006; Quilty, Oakman & Risko, 2006). Esta questão torna-se ainda mais pertinente se considerarmos que esta medida tem igualmente sido utilizada em estudos com pessoas com perturbações mentais (Corrigan et al., 2006; Torrey, Mueser, McHugo & Drake, 2000), incluindo com esquizofrenia (Kunikataet al., 2005; Murphy & Murphy, 2006; Yanos et al., 2008), apesar de não termos conhecimento de estudos que se tenham dedicado à investigação da sua estrutura factorial neste grupo. Procurar-se-á, pois, testar a adequabilidade desta medida no estudo da auto-estima em pessoas com doença mental.

Quanto ao instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida, WHOQOL-Bref, o mesmo tem sido alvo de inúmeros estudos, incluindo com diversas amostras clínicas. No entanto, na maioria dos estudos a estrutura factorial da medida não tem sido analisada, pelo que procuraremos contribuir para uma melhor entendimento acerca da sua dimensionalidade neste tipo de amostra.

Relativamente aos pressupostos metodológicos que guiaram o estudo das propriedades psicométricas das medidas numa amostra psiquiátrica, seguimos diversas recomendações com vista a garantir a adequabilidade dos resultados. Por exemplo, a recomendação de Osborne e Fitzpatrick (2012) de efectuar AFE para uma amostra particular. Estudos de simulação revelaram que mesmo quando a estrutura factorial subjacente parece ser muito evidente muitas vezes os estudos não replicam de forma aceitável as estruturas originais, mesmo em amostras de maiores dimensões (Costello & Osborne, 2005). Esta situação parece estar relacionada com as diferentes metodologias de recolha de dados ou com características particulares das amostras, a que não são alheias questões de natureza substantiva.

No que diz respeito à dimensão da amostra e a fim de assegurar uma melhor estabilidade das estruturas factoriais, seguimos as orientações de Comrey e Lee (1992) que referem que amostras de 300 participantes podem ser consideradas adequadas. Ainda, o enquadramento da amostra no intervalo de 5 a 20 participantes por item (Stevens, 2002), que se verificou em todos os instrumentos e em ambas as subamostras destinadas a realizar as AFE e AFC.

1.1. Objectivos

O objectivo deste primeiro estudo é o de analisar as propriedades psicométricas das versões portuguesas das diversas medidas utilizadas na presente investigação: ISMI, RSES, WHOQOL-Bref, numa amostra psiquiátrica. Pretende-se ainda analisar a variabilidade da ocorrência da internalização do estigma internalizado, auto-estima e qualidade de vida tendo em conta os diferentes grupos de diagnóstico e contextos de tratamento e, as variáveis sociodemográficas que compõem esta amostra.

2. MÉTODO

2.1. Amostra

Com base na amostra total (N=403) e para efeito das análises da estrutura factorial das medidas, procedeu-se a uma divisão aleatória da mesma em duas subamostras (Cabrera-Nguyen, 2010). Na primeira subamostra (n=191) aplicou-se a AFE e na segunda subamostra (n=212) realizou-se a AFC.

2.2. Medidas

2.2.1. Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental – ISMI

A versão portuguesa do ISMI (Oliveira et al., 2015), adaptada a partir da versão original (ISMI; Ritsher et al., 2003), é uma medida de auto-avaliação composta por 28 itens com cinco dimensões ($\alpha = .85$), que medem: alienação ($\alpha = .84$), que reflecte a experiência subjectiva de não se sentir totalmente um membro da sociedade, ou de ter uma identidade ‘*estragada*’ (Goffman, 1963), (e.g. “*Sinto-me embaraçado ou envergonhado porque tenho uma doença mental*”); adesão aos estereótipos ($\alpha = .90$) que se refere ao grau de concordância com os estereótipos geralmente atribuídos às pessoas com doenças mentais (e.g. “*Devido à minha doença mental preciso que os outros tomem a maioria das decisões por mim*”); experiência de discriminação ($\alpha = .80$) que diz respeito à percepção que as pessoas têm quanto à forma que tendem a ser tratadas pelos outros (e.g. “*As pessoas discriminam-me porque tenho uma doença mental*”); afastamento social ($\alpha = .83$), que é relativo ao evitamento em falar de si próprio e relacionar-se com os outros por sentir o ‘peso’ da experiência de ter uma

doença mental (e.g. “*Evito situações sociais para proteger a minha família e amigos de embaraços*”) e resistência ao estigma ($\alpha = .64$), que se reporta à experiência de resistir ou não se sentir afectado pelo estigma (e.g. “*Viver com uma doença mental tem feito de mim um lutador sobrevivente*”). Cada item é cotado segundo uma escala tipo *Likert*, com quatro opções possíveis: 1 = Discordo plenamente, 2 = Discordo, 3 = Concordo, 4 = Concordo plenamente. As pontuações podem variar de 1 a 4, pelo que, valores mais elevados indicam níveis mais elevados de estigma internalizado. As questões encontram-se elaboradas no presente e na primeira pessoa, de forma tão simples quanto possível, não contendo situações hipotéticas e sendo focadas na experiência da pessoa com doença mental. Os itens da subescala resistência ao estigma deverão ser invertidos.

2.2.2. Escala de Auto-Estima de Rosenberg

A versão portuguesa da escala de auto-estima de *Rosenberg* (Santos & Maia, 2003) é uma medida de auto-avaliação que inclui 10 itens ($\alpha = .86$), 5 de orientação positiva (e.g. “*Sinto que tenho qualidades*”) e 5 de orientação negativa (e.g. “*Sinto que não tenho muito de que me orgulhar*”), cotados segundo uma escala tipo *Likert*, com quatro opções desde 1 = Concordo fortemente 2 = Concordo, 3 = Discordo, 4 = Discordo fortemente. As pontuações totais podem variar entre 10 e 40 com valores mais altos a indicar níveis mais elevados de auto-estima. Esta escala tem sido a mais utilizada para avaliar a auto-estima, também devido à simplicidade da linguagem utilizada e brevidade de aplicação (Murphy & Murphy, 2006) e por esse motivo, frequentemente utilizada em estudos com pessoas com perturbações mentais, nomeadamente, esquizofrenia (Yanos et al., 2008).

2.2.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Forma Abreviada (WHOQOL-Bref)

A versão portuguesa do WHOQOL - Bref (Vaz Serra & al., 2006b) é constituída por 26 itens que avaliam quatro domínios: psicológico ($\alpha = .84$), físico ($\alpha = .87$), ambiente ($\alpha = .78$) e relações sociais ($\alpha = .64$). O questionário inclui ainda uma faceta geral composta por um item sobre qualidade de vida geral e um item sobre percepção geral da saúde. As perguntas estão formuladas para quatro escalas de resposta de tipo

Likert, de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação). Os resultados obtidos são transformados numa escala de 0 a 100, sendo que, pontuações mais altas equivalem a níveis mais elevados de qualidade de vida. De referir ainda que os resultados devem ser analisados em função das pontuações obtidas em cada um dos quatro domínios, o mesmo acontecendo para a faceta geral, não havendo, contudo, uma pontuação total para avaliar a qualidade de vida, considerando a sua natureza multidimensional. Os itens 3, 4 e 26 devem ser invertidos. O questionário contém informação sociodemográfica. Quanto à sua utilização, a mesma pode ser utilizada com pessoas com qualquer tipo de patologia, física ou mental, ou sem patologia, e que vivam em diferentes contextos e culturas, sendo “*um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a qualidade de vida*” (Canavarro et al., 2007, p. 79). O domínio psicológico contém itens que abrangem sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade, religião e crenças pessoais (e.g. “*Até que ponto gosta da vida?*”). O domínio físico inclui itens que avaliam a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, actividades de vida diária, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho (e.g. “*Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?*”). O domínio das relações sociais é constituído por itens que avaliam as relações pessoais, apoio social e actividade sexual (e.g. “*Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?*”). O domínio ambiente abrange questões que avaliam a segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade para aceder a novas informações e competências, participação e/ou oportunidade de recreio e lazer, ambiente físico, transporte (e.g. “*Em que medida é saudável o seu ambiente físico?*”). Por último, a faceta de qualidade de vida geral (“*Como avalia a sua qualidade de vida?*”) e percepção geral da saúde (“*Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?*”) permitem avaliar a qualidade de vida geral.

2.3. Análise dos dados

2.3.1. Análise factorial exploratória e consistência interna

A preceder a análise multivariada foi explorada a distribuição dos itens. Procedeu-se à análise das estatísticas descritivas das medidas (média, desvio-padrão, amplitude). Tendo em conta a natureza ordinal das medidas, analisaram-se os valores referentes aos coeficientes de assimetria e curtose e respectivos graus, bem como a distribuição das frequências da amostra através do histograma e diagramas de extremos e quartis (*boxplots*).

Para efeitos de avaliação do modelo de medida foi explorada a estrutura factorial de cada um dos instrumentos através de AFE e avaliada a sua consistência interna.

A análise da adequabilidade da matriz de *input* foi feita com base na estatística Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e no teste de Esfericidade de *Bartlett*. Para efeitos de extracção foram considerados o critério de *Kaiser* seleccionando-se os factores/componentes com valores próprios superiores à unidade, em articulação com o *Scree Plot* e com a percentagem de variância explicada, uma vez que a utilização de mais do que um critério contribui para uma melhor sustentação quanto ao número de factores que se afiguram relevantes para explicar a estrutura latente. Na análise foram tidos em atenção os valores de saturação dos itens ($>|.50|$, Burton & Mazerolle, 2011 e das comunalidades (> 0.50).

Relativamente ao método de extracção foram comparadas as soluções geradas pelos métodos Análise em Componentes Principais (ACP) e Análise em Factores Comuns (PAF). Estes métodos são os mais usados (Henson & Roberts 2006; Tabachnick & Fidell 2001; Thompson 2004), produzindo ambas combinações lineares das variáveis no intuito de capturarem o máximo possível da variância das variáveis observadas, isto é, dos itens, existindo, no entanto, algumas diferenças entre estes dois métodos. Na ACP as componentes são estimadas como compósitas, ou combinações lineares dos indicadores; sendo considerada a sua variância total e os erros; e recomendada quando não existe um modelo *a priori*. Por sua vez a PAF considera apenas a variância comum, não sendo influenciada pela variabilidade de erro, sendo geralmente usada quando a prioridade é identificar os factores, ou seja, as variáveis latentes (Kline, 2013) e tende a gerar soluções mais adequadas quando existe uma violação do pressuposto da normalidade (Costello & Osborne, 2005). Apesar destas

diferenças, na prática, ambos os métodos tendem a gerar soluções semelhantes (Thompson, 2004), em particular, quando os itens apresentam pesos factoriais mais elevados numa componente/factor e valores de comunalidades adequados.

Posteriormente procedeu-se i) à validação descritiva, efectuando uma análise factorial para cada subescala a fim de comprovar a sua unidimensionalidade e ii) à medição da consistência interna através do Alfa de *Cronbach*.

As correlações inter-item e item/domínio foram observadas com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*. As análises estatísticas foram desenvolvidas através do SPSS (versão 20.0).

2.3.2. Análise factorial confirmatória

A fim de testar a estrutura factorial encontrada para cada uma das medidas recorreu-se à AFC, recorrendo ao método de máxima verosimilhança.

A existência de *outliers* foi analisada pela distância quadrada de *Mahalanobis* (D^2). A investigação da normalidade uni e multivariada foi avaliada pelos valores de *critical ratio* (obtidos a partir dos coeficientes de assimetria [Sk] e curtose [Ku]). Por fim, a análise do ajustamento dos modelos de medida foi efectuada de acordo com os índices de qualidade de ajustamento recomendados: Rácio do qui-quadrado com os graus de liberdade, X^2/df ; CFI $\geq .95$ (*Comparative Fit Index*); GFI $\geq .95$ (*Goodness of Fit Index*); TLI (*Tucker-Lewis Index*); PGFI (*Parsimony GFI*); PCFI (*Parsimony GFI*); RMSEA $\leq .06$ (*Root Mean Square Error of Aproximation*) e SRMR $\leq .08$ (*Standardized Root Mean Square Residual*).

Testaram-se ainda os resultados por via do método não paramétrico de reamostragem *bootstrap*, a fim de validar os resultados obtidos pelo método de máxima verosimilhança. As análises foram operacionalizadas através do *software* AMOS 20.0.

3. RESULTADOS

3.1. Estrutura factorial do ISMI

3.1.1. Análise factorial exploratória e consistência interna

Inicialmente realizou-se a AFE, verificando-se a estabilidade da estrutura factorial, que se manteve em ambas as soluções (via ACP e via PAF). Dado verificar-se a natureza correlacionada das subescalas e, não obstante as soluções serem bastante aproximadas, optou-se pela solução baseada na solução via ACP com rotação oblíqua. Verificou-se a adequabilidade da estrutura factorial (KMO = .89; teste de Esfericidade de *Bartlett* = $\chi^2_{(276)} = 2109.0$ p < .001). A estrutura factorial com 4 factores apresentou uma percentagem de variância explicada de 56.17%, tendo-se verificado algumas diferenças quanto à solução factorial apresentada nesta amostra em relação à versão portuguesa (Oliveira et al., 2015). Por exemplo, apesar de verificarmos que uma solução de 5 factores seria a que melhor se ajustava a esta amostra se seguíssemos o critério *a priori* (Ritsher et al., 2003, Oliveira et al., 2015), verificou-se que três itens correspondentes à subescala resistência ao estigma se distribuíam por dois factores/componentes: um com dois itens (item 6 e item 23) e um com um item (item 25). Não obstante o seu interesse teórico, esta subescala revela propriedades psicométricas mais fracas do que as restantes subescalas (Ritsher et al., 2003, Oliveira et al., 2015). Verificou-se também que o item 20 apresentou valores de saturação baixos (.328), tendo-se optado pela sua retirada. Ainda, o item 26 “*Não me sinto realizado/a ou satisfeito/a e bem com a vida, por causa da minha doença mental*” apresentou, nesta amostra, valores mais elevados no factor alienação, quando pertencia à subescala afastamento social. Por sua vez, o item 9 “*As pessoas com uma doença mental não conseguem viver uma vida boa e gratificante*”, pertencente à adesão aos estereótipos apresenta valores de saturação superiores na subescala afastamento Social.

Os pesos factoriais situaram-se entre .38 e .82 (apenas três itens apresentaram valores <.50) ainda assim considerados aceitáveis (Tabachnick & Fidell, 2001), tendo os valores das comunalidades (h^2) oscilado entre .32 e .70 (média das comunalidades = .56). Validou-se a unidimensionalidade das quatro subescalas, tendo-se verificado valores de consistência interna adequados quer ao nível das subescalas: .83; .76; .83; .86 para afastamento social, adesão aos estereótipos, experiência de discriminação e alienação, quer ao nível da escala total ($\alpha=.91$), conforme se pode verificar na Tabela 1.

Tabela 1

Análise factorial de componentes principais (rotação oblíqua) do ISMI (n=191)

Itens	Componente				h ²
	1	2	3	4	
Afastamento Social (1)					
9. As pessoas com uma doença mental não conseguem viver uma vida boa e gratificante.	.75	.04	.10	-.05	.57
10. Não falo muito de mim mesmo/a porque não quero sobrecarregar as outras pessoas com a minha doença mental.	.68	.16	.24	-.14	.55
13. Não me sinto à vontade ao ser visto/a em público com uma pessoa que tem manifestamente uma doença mental	.66	-.19	.01	.01	.42
12. Estar com pessoas que não têm uma doença mental faz com que me sinta deslocado/a ou inadequado/a.	.61	-.07	-.18	-.18	.61
24. Ninguém iria querer aproximar-se de mim porque tenho uma doença mental.	.56	.16	-.08	.02	.40
8. Não socializo tanto como anteriormente, por causa da minha doença mental, que pode fazer com que eu pareça ou reaja de forma “estranha”.	.55	-.11	-.24	-.18	.58
11. As ideias negativas ou estereótipos sobre as doenças mentais fazem com que me isole do mundo dito “normal”.	.52	-.06	-.18	-.29	.61
19. Evito situações sociais para proteger a minha família e amigos de embaraços.	.48	.13	-.26	.06	.39
Adesão aos Estereótipos (2)					
17. As pessoas conseguem ver que tenho uma doença mental pela aparência que tenho.	.21	.76	.08	.14	.59
18. Devido à minha doença mental preciso que os outros tomem a maioria das decisões por mim.	-.12	.73	-.09	-.14	.62
22. Não consigo contribuir em nada para a sociedade porque tenho uma doença mental.	-.08	.70	.02	-.28	.63
28. As ideias negativas ou estereótipos sobre as pessoas com doença mental aplicam-se a mim.	-.01	.50	-.45	.04	.50
Experiência de Discriminação (3)					
2. As pessoas discriminam-me porque tenho uma doença mental.	.03	-.04	-.81	-.01	.66
3. Procuro não me aproximar de pessoas que não têm uma doença mental de modo a evitar a rejeição.	.13	-.09	-.76	-.06	.68
14. As pessoas muitas vezes tratam-me com um ar condescendente ou tratam-me como uma criança só porque tenho uma doença mental.	-.09	-.04	-.73	-.10	.54
27. As pessoas pensam que não consigo alcançar muita coisa na vida porque tenho uma doença mental.	.08	.23	-.64	-.02	.57
21. As pessoas ignoram-me ou não me levam tão a sério só porque tenho uma doença mental.	.24	.19	-.41	-.12	.46
Alienação (4)					
15. Estou desiludido/a comigo por ter uma doença mental.	.01	.01	-.04	-.82	.70
7. Sinto-me inferior àquelas pessoas que não têm uma doença mental.	.17	-.09	-.04	-.74	.69
4. Sinto-me embaraçado/a ou envergonhado/a por ter uma doença mental.	.04	-.05	-.16	-.73	.65
26. Não me sinto realizado/a ou satisfeito/a e bem com a vida, por causa da minha doença mental.	.08	.02	-.06	-.68	.57
1. Sinto-me deslocado/a no mundo porque tenho uma doença mental.	.15	-.04	-.25	-.60	.65
5. As pessoas com doença mental não devem casar.	-.02	.13	.17	-.57	.32
16. Ter uma doença mental estragou a minha vida.	.05	.25	-.35	-.38	.54
<hr/>					
Valores próprios	8.46	2.01	1.72	1.29	
Variância Explicada (%)	35.24	8.39	7.16	5.38	

3.1.2. Validade de constructo

3.1.2.1. Correlações item-subescalas

A fim de testar a validade de constructo, procedeu-se à análise das correlações entre os itens e as subescalas e à AFC.

Os resultados das correlações itens-subescalas demonstraram que os itens apresentam correlações tendencialmente moderadas a fortes dentro da própria subescala ($p < .001$). Os coeficientes de correlação de *Pearson* (Tabela 2) variaram entre .53 e .77 para os itens da subescala afastamento social, entre .50 e .78 para os itens da subescala adesão ao estereótipos, entre .73 e .84 para os itens da subescala experiência de discriminação e entre .62 e .83 para os itens da subescala alienação.

Podemos, pois, concluir que os resultados das correlações entre os itens e as subescalas do ISMI nesta amostra psiquiátrica parecem demonstrar uma adequada validade de constructo.

Tabela 2

Correlações entre itens e subescalas do ISMI

Itens e Subescalas	Componente			
	Afastamento Social	Adesão Estereótipos	Experiência Discriminação	Alienação
Item 1	.56***	.30***	.52***	.78***
Item 2	.36***	.30***	.82***	.41***
Item 3	.44***	.23***	.78***	.43***
Item 4	.51***	.31***	.47***	.77***
Item 5	.28***	.20***	.24***	.57***
Item 7	.58***	.28***	.43***	.81***
Item 8	.74***	.26***	.41***	.51***
Item 9	.71***	.21***	.28***	.45***
Item 10	.62***	.20***	.17**	.36***
Item 11	.74***	.36***	.48***	.56***
Item 12	.75***	.28***	.46***	.58***
Item 13	.62***	.05	.21***	.27***
Item 14	.30***	.22***	.75***	.41***
Item 15	.50***	.31***	.40***	.81***
Item 16	.47***	.42***	.51***	.71***
Item 17	.23***	.74***	.23***	.23***
Item 18	.21***	.79***	.25***	.29***
Item 19	.60***	.31***	.37***	.35***
Item 20	.39***	.31***	.42***	.61***
Item 21	.48***	.38***	.77***	.53***
Item 22	.27***	.80***	.30***	.37***
Item 24	.61***	.20***	.36***	.42***
Item 26	.44***	.29***	.39***	.70***
Item 27	.35***	.40***	.74***	.47***
Item 28	.31***	.72***	.43***	.38***

Coeficientes de correlação item/subescala a negrito

*** $p < .001$

3.1.2.2. Análise factorial confirmatória

Na subamostra 2 (n=212), na qual foi aplicada a AFC, efectuou-se a análise dos pressupostos. Diagnosticada a presença de *outliers*, procedeu-se à eliminação de 10 questionários, operacionalizando-se a AFC sobre 202 observações.

Da análise do pressuposto de normalidade, avaliada pelos valores de *critical ratio* (obtidos a partir do coeficientes de assimetria [Sk] e curtose [Ku]), verificou-se que nenhuma variável apresentou valores de assimetria e curtose indicadores de violação extrema à distribuição da normalidade ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$, Maroco, 2010).

Realizou-se a AFC a fim de confirmar a estrutura factorial composta por quatro subescalas e compararam-se os resultados com o modelo proposto pela versão portuguesa (com cinco subescalas, i.e. incluindo a escala resistência ao estigma), nesta amostra. No geral, o modelo apresentado revelou índices de ajustamento adequados: $\chi^2 / g.l = 1.500$; CFI = .94; GFI = .87; RMSEA = .05; SRMR=.06 (Figura 2), sendo superiores aos índices de ajustamento para a estrutura factorial da versão portuguesa: ($\chi^2 / g.l = 1.594$; CFI = .93; GFI = .86; RMSEA = .05; SRMR=.07), situação que parece confirmar a fraca relação da subescala resistência ao estigma com o constructo estigma internalizado (Lysaker et al., 2007; Ritsher et al., 2003; Sibitz et al., 2009).

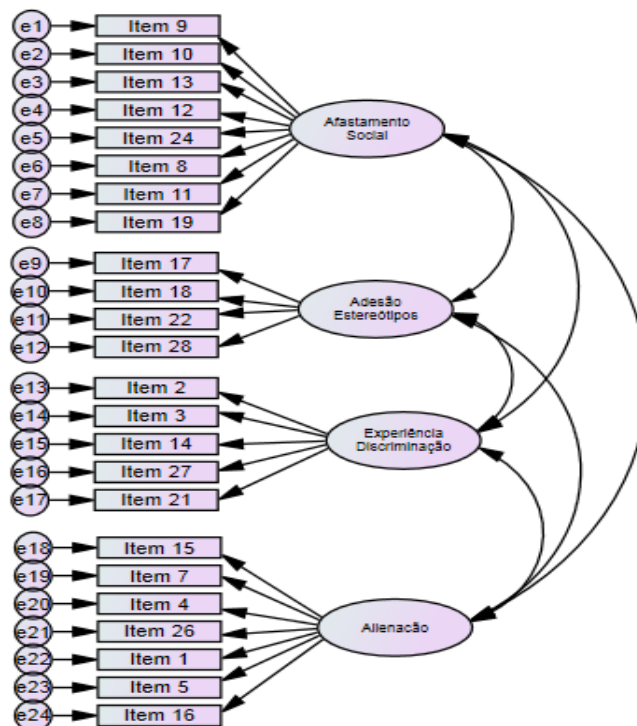


Figura 2. Análise Factorial Confirmatória do ISMI

3.1.3. Síntese

Os resultados das propriedades psicométricas do ISMI nesta amostra corroboraram parcialmente os resultados da versão portuguesa. Os resultados da AFE indicaram que as quatro componentes explicaram um total de percentagem de variância explicada de 56.17% da variância total.

Verificaram-se valores de consistência interna adequados, quer para escala total ($\alpha=.91$), quer para as quatro subescalas: afastamento social (.83); adesão aos estereótipos (.76); experiência de discriminação (.83) e alienação (.86).

Os resultados da validade de constructo, avaliados pelas correlações item-subescala e AFC, permitiram confirmar a dimensionalidade do ISMI. Especificamente verificaram-se valores de correlação tendencialmente moderados a fortes dos itens dentro da própria subescala, assim como índices de ajustamento adequados.

Tal como sugerido pela versão portuguesa, os resultados deste estudo indicam que o ISMI é um instrumento adequado para avaliar o estigma internalizado em pessoas com doença mental com diferentes diagnósticos clínicos; e acompanhadas em diferentes contextos de tratamento. No entanto, e tal como em estudos, a subescala resistência ao estigma parece distinguir-se teoricamente das restantes subescalas que representam o constructo estigma internalizado (Lysaker et al., 2007; Ritsher et al., 2003; Sibitz et al., 2009).

3.2. Estrutura factorial do RSES

3.2.1. Análise factorial exploratória e consistência interna

Para efeito da avaliação da estrutura factorial do RSES, foram comparados os resultados das soluções factoriais com rotação ortogonal *varimax* (i.e. colocando como hipótese a independência das suas componentes) e rotação não ortogonal ou oblíqua (i.e. colocando como hipótese a correlação entre as suas componentes).

Verificou-se a adequabilidade da matriz de *input* ($KMO = .88$ e teste de Esfericidade de *Bartlett*: $\chi^2_{(45)} = 821.12, p < .001$) tendo, de acordo com o critério de *Kaiser*, sido extraídas duas componentes/factores com valor próprio superior à unidade,

solução confirmada pelo *Scree Plot* e observando-se uma percentagem de variância explicada de 59.26% da variância total.

Como se pode observar através da Tabela 3, em ambos os métodos, as AFE apresentam uma estrutura bidimensional.

Dada a potencial ‘ambivalência’ do item 4, avaliou-se uma solução com três factores. Esta solução permitiu concluir do carácter distintivo do item 4 face aos outros itens nesta amostra. Em particular, na solução a três factores, dois dos factores distinguem claramente itens positivos e itens negativos, ficando o item 4 a destacar-se de forma isolada em outro factor. Se por outro lado, o item 4 for eliminado da análise, a estrutura revela-se unidimensional.

No geral, a estrutura factorial assemelha-se à versão original e versão portuguesa, (Santos & Maia, 2003) na qual os itens 2, 5, 6, 8 e 9 constituem a orientação negativa e os itens 1, 3, 4, 7, e 10 compõem a orientação positiva.

Quanto aos valores de consistência interna, verifica-se que os mesmos se revelam adequados quer se considere a medida unidimensional ($\alpha = .89$), quer se considere a solução bidimensional (itens de orientação positiva $\alpha = .76$ e orientação negativa $\alpha = .85$).

Tabela 3

Análise factorial de componentes principais e em factores comuns (rotação oblíqua e ortogonal) do RSES (n=191)

Itens	Análise Componentes Principais					Análise Factores Comuns				
	Rotação Varimax		Rotação Oblimin		h2	Rotação Varimax		Rotação Oblimin		h2
	(1)	(2)	(1)	(2)		(1)	(2)	(1)	(2)	
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a). (1)	.85	-.18	.90	.07	.76	.82	-.28	.88	.02	.75
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil. (1)	.86	-.12	.92	.14	.76	.88	-.18	.99	.16	.80
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a). (2)	-.61	.46	-.58	.30	.57	-.49	.53	-.38	.43	.53
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada. (1)	.70	-.31	.71	-.11	.58	.60	-.38	.57	-.20	.51
10. Adopto uma atitude positiva para comigo. (2)	-.61	.42	-.59	.26	.54	-.46	.53	-.34	.44	.50
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar. (1)	.55	-.46	.51	-.32	.51	.47	-.46	.38	-.35	.44
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas. (2)	-.38	.57	-.30	.50	.47	-.30	.55	-.13	.54	.39
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a). (1)	.64	-.10	.74	.11	.49	.50	-.29	.49	-.14	.34
3. Sinto que tenho algumas qualidades. (2)	-.20	.74	-.11	.72	.60	-.18	.67	.06	.73	.48
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas. (2)	-.02	.80	.13	.85	.65	-.13	.49	.04	.53	.26
Componente/Factor	1		2			1		2		
Valores próprios	4.82		1.11			4.36		.62		
Variância explicada (%)	48.20		11.06			43.60		6.17		

(1) item de orientação negativa; (2) item de orientação positiva

3.2.2. Validade de constructo

A validade de constructo foi analisada através de correlações entre os itens de orientação positiva, os itens de orientação negativa e a medida total e testada via AFC.

3.2.2.1. Correlações item-subescalas

Verificou-se a existência de correlações significativas entre todos os itens e com a medida total ($p < .001$). Como pode observar-se na Tabela 4 os coeficientes de correlação variaram entre .65 e .78 nos itens de orientação positiva e entre .72 e .85 nos itens de orientação negativa. Ainda, verificaram-se correlações tendencialmente moderadas entre a orientação positiva e negativa (.64) e fortes em relação à medida total (respectivamente, .89 e .92).

Tabela 4

Correlações entre itens, orientação positiva e negativa e escala total do RSES

Itens	Orientação Positiva	Orientação Negativa	RSES Total
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	.78 ^{***}	.59 ^{***}	.76 ^{***}
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	-.54 ^{***}	.80 ^{***}	.74 ^{***}
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	.73 ^{***}	.41 ^{***}	.61 ^{***}
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	.70 ^{***}	.33 ^{***}	.50 ^{***}
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	-.56 ^{***}	.75 ^{***}	.72 ^{***}
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	-.50 ^{***}	.85 ^{***}	.76 ^{***}
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	.68 ^{***}	.49 ^{***}	.64 ^{***}
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	-.40 ^{***}	.72 ^{***}	.64 ^{***}
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	-.54 ^{***}	.79 ^{***}	.75 ^{***}
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	.65 ^{***}	.55 ^{***}	.73 ^{***}
Orientação positiva		.64 ^{***}	.89 ^{***}
Orientação negativa			.92 ^{***}

Coefficientes de correlação item/orientação a negrito

^{***} $p < .001$

3.2.2.2. Análise factorial confirmatória

Para efeito de realização da AFC (subamostra 2, n=212), foram analisados os pressupostos de inexistência de *outliers*, que levou à eliminação de 27 questionários, tendo os resultados sido obtidos a partir de 185 observações.

Relativamente aos valores de *critical ratio* (valores de assimetria [Sk] e curtose [Ku]), verificou-se que nenhuma variável apresentou valores de assimetria e curtose indicadores de violação extrema à distribuição da normalidade ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$, Maroco, 2010). Ainda assim, o item 7 apresenta valores de *critical ratio* superiores aos valores de referência, no que se refere à assimetria ($Sk = 3.77$).

Foram testados 6 modelos com as respectivas resspecificações e cujos índices de ajustamento constam da Tabela 7.

Testaram-se as soluções unidimensionais, com todos os itens, à semelhança de algumas investigações (e.g. Schmitt & Allik, 2005), incluindo o estudo de validação portuguesa (Santos & Maia, 2003). Posteriormente, foram testadas soluções com base em modelos bidimensionais, igualmente sugeridos por alguns estudos (e.g. Tafarodi & Milne, 2002; Romano, Negreiros & Martins, 2007) uma vez que a (uni)dimensionalidade do RSES pode variar em função das amostras estudadas, sugerindo que os sujeitos parecem não interpretar da mesma forma, nomeadamente, os itens de orientação negativa (Marsh, 1996).

3.2.2.2.1. Modelos unidimensionais

No sentido de avaliar a qualidade do modelo unidimensional (Modelo 1), analisaram-se os índices de modificação. Verificou-se a existência de covariância entre os resíduos associados às variáveis observadas: Item 1 e item 10 (MI = 12.73); item 3 e item 4 (14.12); item 3 e item 6 (MI = 11.73); item 3 e item 7 (MI = 22.34); item 4 e item 7 (MI = 11.17) e o item 8 e item 10 (MI = 12.05). Todos índices de ajustamento melhoraram no modelo respecificado (Modelo 1a). Posteriormente, testou-se a modificação do modelo, eliminando o item 4 (Modelo 1b). Verificou-se uma melhoria do mesmo, sendo que, o modelo passa a apresentar um ajustamento muito bom.

O Modelo 2 refere-se ao modelo unidimensional considerando a correlação entre as variâncias residuais dos itens de orientação negativa. Estimaram-se os parâmetros e avaliou-se a qualidade do modelo através da análise, nomeadamente, dos índices de modificação. Verificou-se a existência de covariância entre os resíduos associados às seguintes variáveis observadas: Item 3 e item 4 (MI = 11.01); item 3 e item 7 (17.23). Todos os índices de ajustamento melhoraram no modelo respecificado (Modelo 2a). Posteriormente e à semelhança do que se testou com o Modelo 1, introduziram-se modificações ao modelo, através da eliminação do item 4 (Modelo 2b). Mais uma vez, verificou-se uma melhoria do mesmo, passando o modelo a apresentar um ajustamento muito bom.

Testámos ainda o Modelo 3, modelo unidimensional considerando a correlação entre as variâncias residuais dos itens de orientação positiva, tendo-se verificado que os resultados indicaram valores de ajustamento mais fracos.

Finalmente, o Modelo 4 representa o modelo unidimensional considerando a correlação entre as variâncias residuais dos itens de orientação positiva e negativa. Note-se que este modelo não apresenta uma solução aceitável, ao contrário de em outros estudos (e.g. Lindwall et al., 2012).

No geral, e à excepção do Modelo 4, os índices de ajustamento dos modelos unidimensionais foram adequados, confirmando-se um melhor ajustamento após a retirada do item 4.

3.2.2.2.2. Modelos bidimensionais

O Modelo 5 representa uma solução bidimensional com os factores correlacionados. Para efeito da sua respecificação (Modelo 5a), procedeu-se à análise dos índices de modificação. Verificou-se a existência de covariância entre os resíduos associados às variáveis observadas: Item 3 e item 7 (17.22); item 8 e item 10 (MI = 14.21). Neste caso, por se tratar de um modelo bidimensional, não se adicionou a trajectória entre estes dois itens por representarem dimensões diferentes. O Modelo 5b não considera o item 4, tendo os resultados apontado no mesmo sentido dos anteriores, isto é, revelando índices de ajustamento mais adequados. Testou-se o Modelo 6 considerando a correlação entre as variâncias residuais dos itens de orientação positiva e negativa e ainda o Modelo 7, modelo bidimensional com 2 factores independentes. Ao

contrário de todas as outras soluções, os índices de ajustamento deste último modelo foram inaceitáveis, sugestivo do carácter correlacionado dos itens de orientação positiva e de orientação negativa.

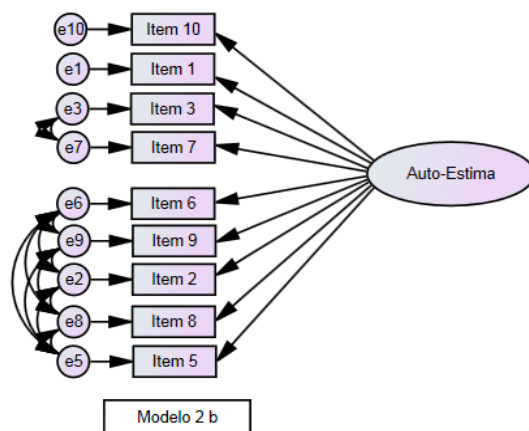
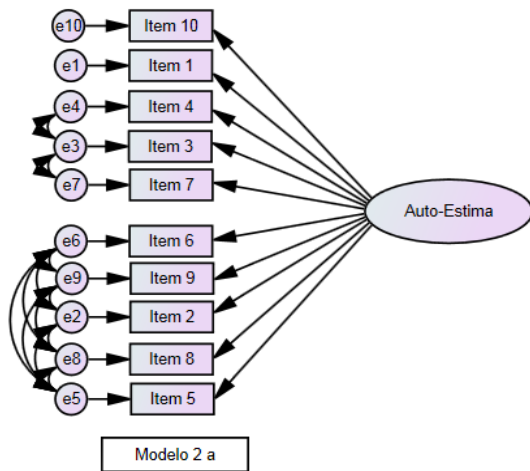
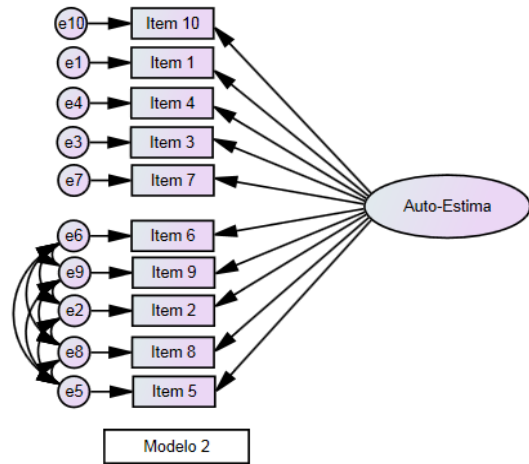
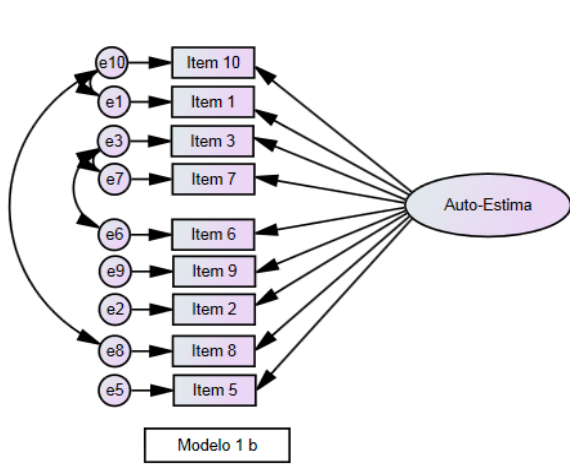
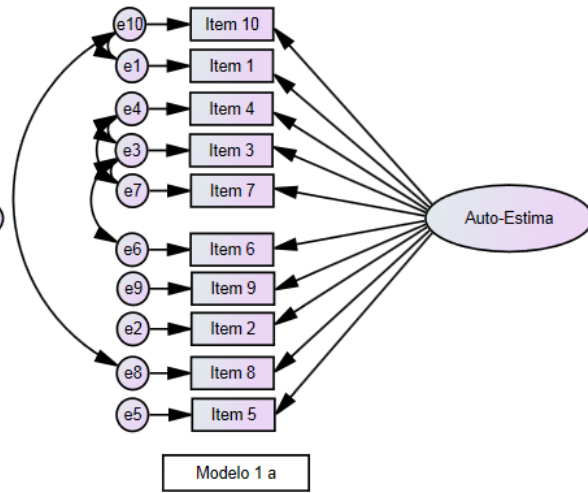
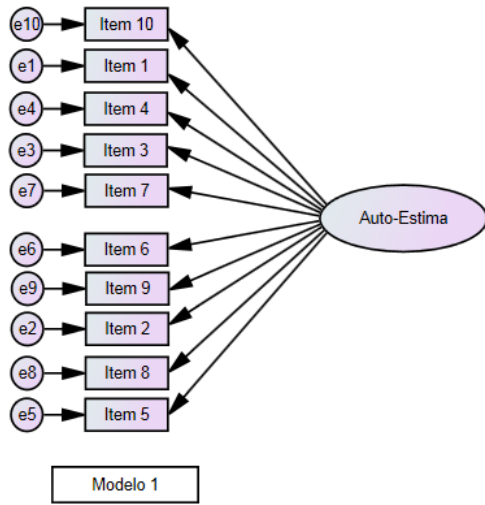
No geral, os resultados dos modelos testados com a CFA corroboram as estruturas factoriais obtidas com AFE, destacando-se que a estrutura unidimensional apresenta tendencialmente índices de ajustamento superiores, confirmados pelo critério de informação de Akaike (*Akaike Information Criterion, AIC*) que permite avaliar qualidade de ajuste dos modelos, como se pode verificar na Tabela 5.

Tabela 5

Índices de qualidade de ajustamento dos modelos

Modelos	Índices de Ajustamento								
	χ^2	$\chi^2/g.l.$	CFI	GFI	TLI	PGFI	PCFI	RMSEA	AIC
Unidimensionais									
Modelo 1	103.74	2.96	.94	.89	.92	.57	.73	.10	143.74
Modelo1b	18.50	.80	1.00	.98	1.00	.50	.64	.00	62.50
Modelo 2	66.92	2.68	.96	.93	.93	.42	.54	.09	126.92
Modelo 2a	41.32	1.80	.98	.96	.97	.40	.50	.07	105.32
Modelo 2b	20.68	1.29	1.00	.98	.99	.35	.44	.04	78.68
Modelo 3	197.02	7.58	.85	.90	.73	.43	.49	.19	255.02
Modelo 4	25.32	1.59	.99	.97	.98	.28	.35	.06	103.35
Bidimensionais									
Modelo 5	79.95	2.35	.96	.92	.95	.57	.72	.09	121.95
Modelo 5a	61.91	1.88	.97	.94	.97	.56	.71	.07	105.91
Modelo 5b	33.85	1.35	.99	.96	.99	.54	.69	.04	73.85
Modelo 6	41.13	2.57	.98	.96	.94	.28	.35	.09	119.13
Modelo 7	387.87	10.48	.68	.76	.62	.51	.56	.23	423.87

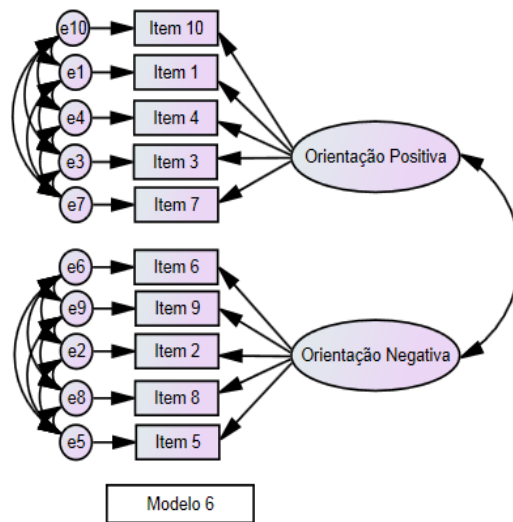
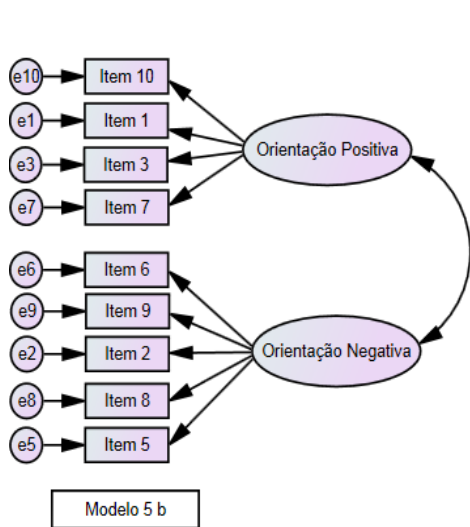
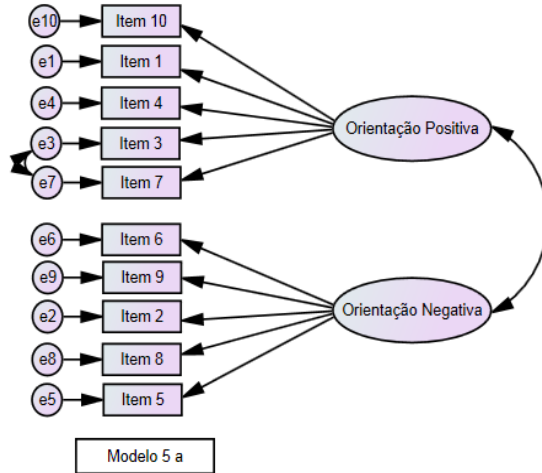
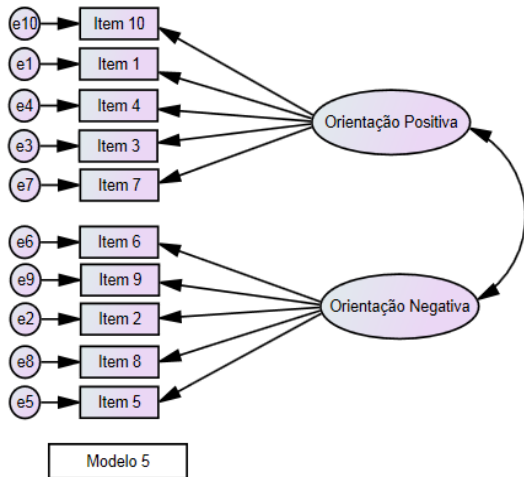
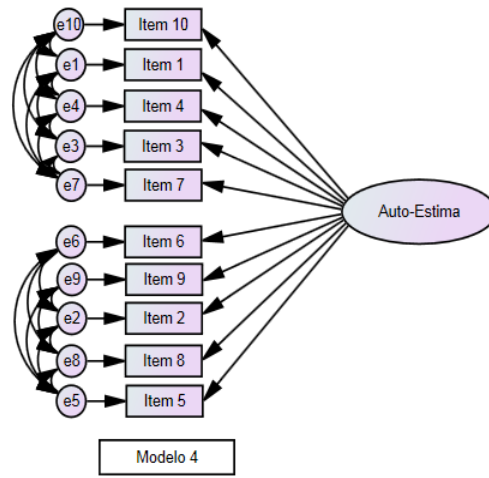
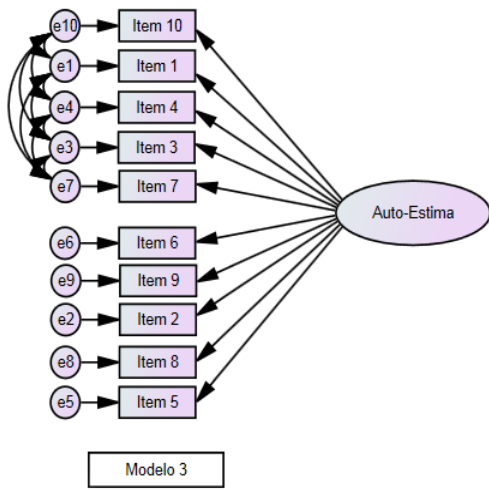
^a modelo respecificado; ^b modelo respecificado, sem item 4



Capítulo 3

Estigma internalizado, auto-estima e qualidade de vida em pessoas com doença mental:

Propriedades psicométricas das medidas - Estudo 1



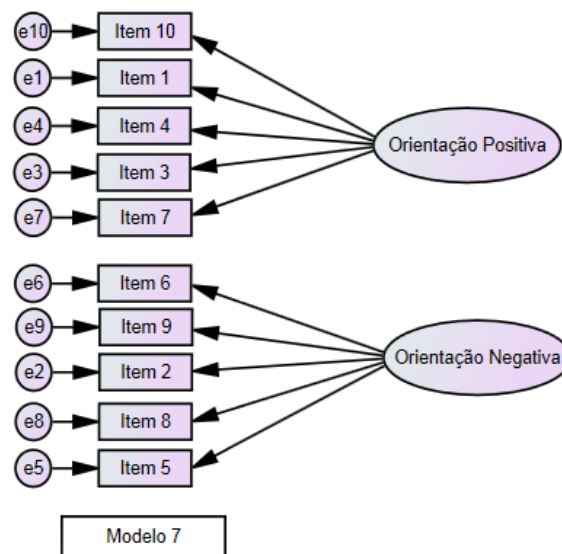


Figura 3. Comparação de Modelos RSES

3.2.3. Síntese

Dada a inconsistência encontrada na literatura quanto à (uni)dimensionalidade da Escala de Auto-Estima de *Rosenberg* (RSES; Rosenberg, 1965, cit. in Santos & Maia, 2003) e uma vez que os estudos que exploraram as suas propriedades psicométricas têm sido maioritariamente realizados com amostras não clínicas, torna-se necessário testar a validade factorial desta medida em amostras clínicas e em particular, psiquiátricas.

Os resultados das soluções encontradas nos vários ensaios com a AFE (i.e., via método ACP e PAF) apresentaram soluções relativamente semelhantes.

Ao considerarmos todos os itens na análise, a mesma apresenta uma solução composta por dois factores, com uma variância explicada de 59.26%. Ainda, numa solução a três factores, verificamos que o item 4 se autonomiza, isolando-se dos restantes itens num único factor sendo que, nesta solução, os itens positivos e os itens negativos igualmente se demarcam em factores próprios. Deste modo, ao realizarmos uma análise sem o item 4, verificamos que a solução que se apresenta é unidimensional, contudo, apresentando uma percentagem de variância explicada de 51.57%.

Os valores de consistência interna revelaram-se adequados, mais elevados para a escala total ($\alpha = .89$) em comparação com cada uma das subescalas (orientação negativa $\alpha = .85$ e orientação positiva $\alpha = .76$) e ambas apresentam valores de correlação fortes com a medida global (orientação negativa $\alpha = .92$ e orientação positiva $\alpha = .89$), situação que parece reflectir uma convergência das respostas numa dimensão global de auto-estima (Tomas & Oliver 1999; Wu, 2008).

Os resultados das correlações e item-subescala revelam valores de correlação tendencialmente moderadas a fortes com a respectiva subescala, mas também entre os itens e a escala total (de $r = .50$ a $r = .76$). A par com os resultados das correlações, os modelos gerados pela AFC demonstraram a validade de constructo da medida.

Tomando em consideração a controvérsia que tem acompanhado esta medida quanto à sua (uni)dimensionalidade e tendo em conta os resultados AFE, testaram-se 7 modelos, via AFC. Em particular o modelo bidimensional 5b apresentou índices de ajustamento muito bons, apesar de ainda assim o modelo unidimensional 1b apresentar um ajustamento superior.

3.3. Estrutura factorial do WHOQOL-Bref¹²

3.3.1. Análise factorial exploratória e consistência interna

Inicialmente foi efectuada uma AFE com todos os itens do WHOQOL-Bref. À semelhança de outros estudos, os itens correspondentes à faceta geral (Q1: qualidade de vida geral e Q2: percepção geral de saúde) foram excluídos da análise factorial (Jaracz, Kalfoss, Gorna & Baczyk, 2006; Von Steinbuchel, Lischetzke, Gurny & Eid, 2006).

A estatística de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) e do teste de Esfericidade de *Bartlett* permitiram verificar a adequabilidade da matriz de *input*. O valor de KMO foi 0.81 e o teste de *Bartlett* foi significativo ($p < .001$).

A melhor solução factorial ficou constituída por cinco domínios, quatro dos quais consistentes com a estrutura factorial proposta pelo WHOQOL-Bref: psicológico,

¹² Esta parte do capítulo foi baseada em Oliveira, S. E. H., Carvalho, H., & Esteves, F. (2015). Toward an understanding of the quality of life construct: validity and reliability of the WHOQOL- Bref in a psychiatric sample. *Psychiatry Research*. Em revisão.

físico, relações sociais e ambiente; e um quinto factor correspondente ao nível de independência.

Uma EFA com o critério *a priori* foi também efectuada a fim de replicar a estrutura de quatro domínios do WHOQOL-Bref, a qual explicou cerca de 6% menos do total da variância explicada (59.51%) do que estrutura de cinco domínios. Especificamente esta estrutura explicou 65.36% do total da variância, o que para além de ser superior à maioria dos estudos (Fleck et al., 2000; Skevington et al., 2004; Usefy et al., 2010), constitui igualmente uma melhor solução de acordo com o critério da variância explicada (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010).

O primeiro factor ficou composto por seis itens pertencentes ao domínio psicológico que explicaram 17.33% da variância total. O segundo factor contribuiu com 13.17% para o total da variância explicada, sendo conceptualmente semelhante ao domínio físico do WHOQOL-Bref com cinco dos sete itens que o constituem. Três dos oito itens do domínio ambiente revelaram pesos fatoriais $>.50$ no terceiro factor que explicou 12.11% da variância total, o que parece representar uma definição mais restrita deste domínio. Em particular, optou-se por excluir três itens por apresentarem valores de saturação baixos (“cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade [.259] e “transporte” [.001]) ou por saturarem em mais de um factor (“oportunidades para adquirir novas informações e competências”). Os outros dois itens (representando facetas de “recursos económicos” e “participação e/ou oportunidades de recreio e lazer”) destacaram-se num factor autónomo. Contudo, apesar de apresentarem pesos fatoriais $>.50$ (.785 e .537, respectivamente), estes itens revelaram uma baixa consistência interna ($\alpha = .342$) razão pela qual foram também excluídos da análise. O quarto factor replicou os três itens que integram o domínio relações sociais, explicando 11.95% da variância total. Finalmente, um quinto factor com dois itens (“actividades da vida diária” e “capacidade de trabalho” pertencentes ao domínio físico no WHOQOL-Bref contribuíram para 10.81% do total da variância explicada. A autonomização destes itens num domínio conceptualmente autónomo não se revela particularmente surpreendente uma vez que pertencem ao domínio nível de independência na versão alargada – WHOQOL-100. Além disso, nesta amostra psiquiátrica, os dois itens acima referidos apresentaram valores de saturação em mais de um factor e praticamente não significativos na estrutura de quatro domínios. Os resultados da AFE com a estrutura de cinco domínios são apresentados na Tabela 6.

Os valores de consistência interna dos domínios, analisada através do coeficiente de consistência alfa de *Cronbach*, foram: .85 para o domínio psicológico, .73 para o domínio físico, .73 para o domínio relações sociais, .68 para o domínio ambiente e .77 para o domínio nível de independência, revelando-se adequados nesta amostra.

Tabela 6

Análise factorial de componentes principais (rotação varimax) do WHOQOL-Bref (n=191)

Itens	Componentes					h ²
	PSI	FIS	SOC	AMB	IND	
Psicológico (PSI)						
6. Espiritualidade/religião/crenças pessoais	.90	.04	.20	.16	-.01	.88
5. Sentimentos positivos	.90	.05	.13	.19	.01	.86
19. Auto-estima	.71	.08	.32	.17	.23	.69
11. Imagem corporal e aparência	.58	.02	-.04	.08	.41	.51
7. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração	.55	.04	-.05	.26	.29	.46
Físico (FIS)						
4. Dependência de medicação ou tratamentos	-.11	.79	-.02	-.07	.06	.65
3. Dor e desconforto	.01	.70	-.30	.26	-.14	.67
15. Mobilidade	.12	.68	-.07	-.25	.20	.59
16. Sono e repouso	.13	.62	-.05	.01	.38	.54
10. Energia e fadiga	.23	.53	.18	.35	.33	.59
Relações Sociais (SOC)						
21. Actividade sexual	.10	-.07	.88	.06	-.02	.80
20. Relações pessoais	.06	-.09	.87	.07	.06	.78
22. Apoio social	.27	-.07	.55	.26	.07	.45
Ambiente (AMB)						
8. Segurança física	.26	-.04	.07	.79	.13	.70
9. Ambiente físico	.22	-.01	.17	.77	-.01	.67
23. Ambiente no lar	.09	.02	.07	.62	.16	.42
Nível de Independência (IND)						
17. Actividades da vida diária	.19	.29	.05	.04	.83	.81
18. Capacidade de trabalho	.16	.11	.10	.27	.77	.71
Valores próprios	3.12	2.37	2.18	2.15	1.95	
Variância Explicada (%)	17.35	13.17	12.11	11.95	1.81	

3.3.2. Validade de constructo

3.3.2.1. Correlações item-domínios

No presente estudo a validade de constructo foi avaliada através de AFC, tal como em outros estudos com o WHOQOL-Bref (e.g. Chen, Wang, Hwang, Chen, Wu & Yao,

2009) e ainda pela análise das correlações entre os itens e domínios (e.g. Skevington et al., 2004). A análise das correlações item-domínios demonstrou que os itens se correlacionaram de forma significativa dentro do domínio a que pertencem e ainda que nenhum item se correlacionou mais fortemente com outro domínio (Tabela 7). Verificaram-se coeficientes de correlação tendencialmente moderados a fortes, que variaram entre .67 e .89 para o domínio psicológico, entre .62 e .71 para o domínio físico, entre .69 e .81 para o domínio relações sociais, entre .73 to .80 para o domínio ambiente e entre .89 e .90 para o domínio nível de independência. Os resultados das intercorrelações entre itens-domínios do WHOQOL-Bref revelaram que o mesmo apresenta uma boa validade de constructo.

Tabela 7

Correlações entre itens e domínios do WHOQOL – Bref

Itens e Domínios	Psicológico	Físico	Relações Sociais	Ambiente	Nível de Independência
Q3	.01	.69***	-.16**	.08	.18***
Q4	.01	.70***	-.02	-.02	.23***
Q5	.88***	.22***	.37***	.38***	.38***
Q6	.89***	.22***	.41***	.38***	.37***
Q7	.67***	.18***	.17**	.34***	.36***
Q8	.38***	.09	.26***	.80***	.27***
Q9	.32***	.06	.22***	.77***	.20***
Q10	.41***	.62***	.19***	.36***	.43***
Q11	.71***	.22***	.19***	.31***	.41***
Q15	.21***	.70***	.00	-.04	.34***
Q16	.30***	.71***	.03	.19***	.46***
Q17	.43***	.47***	.17**	.27***	.89***
Q18	.43***	.37***	.22***	.28***	.90***
Q19	.83***	.21***	.40***	.39***	.42***
Q20	.21***	-.07	.81***	.18***	.07
Q21	.27***	-.03	.81***	.17**	.16**
Q22	.42***	.09	.69***	.32***	.28***
Q23	.33***	.20***	.20***	.73***	.24***

^a Coeficientes de correlação item/domínio a negrito

** $p < .01$, *** $p < .001$

3.3.2.2. Análise factorial confirmatória

A AFC foi usada para testar a validade de constructo da estrutura factorial identificada com os cinco domínios e para reavaliar a estrutura proposta pelo WHOQOL-Bref (i.e. estrutura de quatro domínios) nesta amostra psiquiátrica.

Tal como apresentado na Figura 4, uma AFC de segunda ordem foi executada com vista a testar um modelo do WHOQOL-Bref com cinco domínios na segunda subamostra ($n = 212$). Uma vez que o teste do Qui-quadrado de ajustamento pode não ser um indicador fidedigno para a verificação da qualidade de ajustamento do modelo (Hu & Bentler, 1998), o rácio definido pelo Qui-quadrado e os graus de liberdade (χ^2/gl) foi considerado. Valores adequados foram igualmente encontrados para os restantes índices que medem a qualidade do ajustamento do modelo: ($\chi^2 = 180.262$; $p < .001$; $\chi^2/gl = 1.515$; CFI = .955; GFI = .914; TLI = .942; RMSEA = .050; SRMR = .055), sugerindo um bom ajustamento entre o modelo proposto e os dados (Hu & Bentler, 1999).

Na AFC os índices de ajustamento dos cinco domínios resultantes da solução da AFE foram comparados com os índices de ajustamento dos quatro domínios originalmente propostos, nesta amostra psiquiátrica. Os valores de AIC revelaram que apesar do modelo de quatro domínios ser mais parcimonioso, o modelo de cinco domínios apresenta melhor ajustamento (Tabela 8). O método não paramétrico de reamostragem (*bootstrap*) foi também usado para validar os resultados obtidos pelo método paramétrico (ML) que se confirmou, dado que o enviesamento entre os dois métodos revelou-se mínimo.

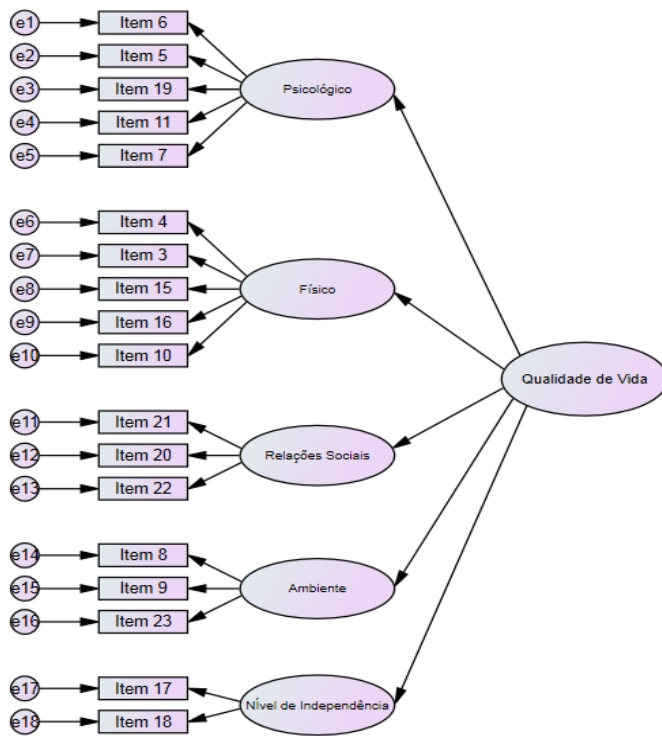


Figura 4. Modelo factorial confirmatório do WHOQOL-Bref

Tabela 8

Comparação dos índices de ajustamento dos modelos do WHOQOL-Bref

Índices de Ajustamento	Modelos Estruturais	
	Modelo 4 domínios	Modelo 5 domínios
χ^2	212.317	180.262
gl	128	119
χ^2/gl	1.659	1.515
CFI	.938	.955
GFI	.902	.914
TLI	.926	.942
RMSEA	.057	.050
SRMR	.078	.055
AIC	298.317	284.262

3.3.3. Validade preditiva

Como pode ser observado na Tabela 9, os resultados da regressão mostraram que, à exceção do domínio físico, todos os domínios tiveram efeitos preditivos significativos na qualidade de vida geral (Q1) ou percepção geral da saúde (Q2) e/ou na faceta qualidade de vida geral e percepção geral da saúde (Q1+Q2).

Verificou-se, no entanto, que os efeitos preditivos dos domínios nas variáveis dependentes diferiram. O domínio psicológico foi o que mais contribuiu para explicar a qualidade de vida geral, a percepção geral da saúde e, a faceta qualidade de vida geral e percepção geral da saúde. Conforme mencionado anteriormente, à exceção do domínio físico ($p > .05$), todos os domínios tiveram efeito preditivo significativo na qualidade de vida geral ($p < .05$). Por sua vez, os domínios psicológico e nível de independência tiveram valor preditivo na percepção geral da saúde ($p < .001$). Adicionalmente, os domínios ambiente e, psicológico e nível de independência tiveram valor preditivo na faceta qualidade de vida geral e percepção geral da saúde ($p < .05$ e $p < .001$, respectivamente). A inspeção da colinearidade indicou não se verificarem problemas de multicolinearidade entre as variáveis (todos os valores se situaram dentro dos valores recomendados de $VIF < 5$ e tolerância $> .20$).

Tabela 9

Validade preditiva dos domínios para a faceta geral de qualidade de vida, percepção geral saúde e qualidade de vida geral

Variáveis Dependentes	Variáveis Predictoras					R ² Ajustado
	PSI	FIS	SOC	AMB	IND	
	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta	
Qualidade de vida geral (Q1)	.42***	.07	.10*	.12**	.11*	.38
Percepção geral de saúde (Q2)	.51***	.02	.03	.06	.18***	.44
Faceta Qualidade de vida geral (Q1 + Q2)	.52***	.05	.07	.10*	.16***	.51

PSI: Domínio psicológico; FIS: Domínio físico; SOC: Domínio relações sociais; AMB: Domínio ambiente; IND: Domínio nível de independência.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.3.4. Síntese

Os resultados da AFE do WHOQOL-Bref nesta amostra apontaram para uma estrutura factorial composta por cinco domínios: psicológico, físico, relações sociais, ambiente e nível de independência. Esta estrutura explicou 65.36% da variância total, superior à maioria dos estudos (e.g. Fleck et al., 2000; 2002; Skevington et al., 2004; Usefy et al., 2010).

Os resultados da AFC sugeriram que o modelo que melhor se ajustava ficou constituído por 5 domínios, dos quais, quatro correspondem aos domínios teoricamente propostos pelo WHOQOL-Bref (psicológico, físico, ambiente e relações sociais) e um quinto domínio composto por dois itens (actividades da vida diária e capacidade de trabalho) pertencentes ao domínio nível de independência na versão alargada (WHOQOL-100). O presente modelo revelou índices de ajustamento superiores aos reportados quer pelo modelo de 4 domínios quer ao modelo de 6 domínios testados no WHOQOL-Bref (Skevington et al., 2004).

Verificaram-se valores de consistência interna adequados nos cinco domínios: psicológico (.85); físico (.73); relações sociais (.73); ambiente (.68) e nível de independência (.77).

Os resultados das intercorrelações entre os itens e domínios do WHOQOL-Bref demonstraram que os itens se correlacionaram de forma significativa dentro do seu domínio, não tendo nenhum item apresentado valores de correlação mais fortes com outro domínio que não aquele a que pertence, situação que, a par com os resultados da AFC, permitiram atestar da validade de constructo da medida nesta amostra.

Por sua vez, os resultados das análises das regressões múltiplas dos domínios com os dois itens em separado (Q1 e Q2) e com a faceta da qualidade de vida geral e percepção geral de saúde (Q1+Q2) suportaram a validade preditiva do WHOQOL-Bref.

Os resultados do presente estudo evidenciaram a natureza multidimensional do constructo qualidade de vida, tal como avaliada pelo WHOQOL-Bref, que demonstrou tratar-se de um instrumento com adequadas propriedades psicométricas para ser utilizada numa amostra psiquiátrica. Contudo, os resultados do presente estudo sugeriram uma distinção conceptual entre o domínio físico e o domínio nível de independência na versão abreviada do instrumento, tal como proposto pela versão alargada.

3.4. Auto-estima, estigma internalizado e qualidade de vida segundo indicadores clínicos, de contexto e sociodemográficos

3.4.1. Diagnóstico clínico

Foram validados os pressupostos da normalidade e de homogeneidade de variâncias para as variáveis dependentes auto-estima (RSES), subescalas do estigma internalizado (ISMI) e domínios da qualidade de vida (WHOQOL-Bref), situação especialmente importante visto os grupos apresentarem dimensões diferentes. No geral verificou-se uma distribuição aproximadamente normal para os diagnósticos clínicos (K-S, $p > .05$). Nos casos em que o teste de aderência de K-S apresentou um $p < .05$ foi analisada a distribuição das variáveis e considerados os graus de assimetria e de curtose, não se registando distribuições excessivamente afastadas da distribuição normal.

Da análise dos resultados das diferenças entre médias (ANOVA) tomando como variáveis independentes os sete diagnósticos clínicos, verificaram-se diferenças significativas ao nível da auto-estima [$F(6,396) = 4.27, p < .001; \eta^2 = .06$]; para a subescala adesão aos estereótipos do estigma internalizado [$F(6,396) = 8.71; p < .001; \eta^2 = .12$] e para os domínio físico [$F(6,396) = 3.13, p < .01; \eta^2 = .05$] e das relações sociais da qualidade de vida [$F(6,396) = 4.64, p < .001; \eta^2 = .07$].

Posteriormente, prosseguiu-se a análise através das comparações múltiplas entre grupos para os diagnósticos clínicos, através do teste *post hoc* de *Scheffe* tendo-se considerado um nível de significância de $\alpha = .05$ para a variável auto-estima (RSES); no que se refere às variáveis que representam o estigma internalizado (ISMI) e qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e por forma a controlar o erro de Tipo I (assumindo um efeito quando este não se verifica), usou-se a correcção *Bonferroni* que estimando o nível de significância com base nas subescalas/domínios que os compõem, respectivamente ($\alpha = .05/4$ para as subescalas do ISMI; $\alpha = .05/5$ para os domínios do WHOQOL-Bref), tendo-se considerados valores de significância $\alpha = .01$.

Os resultados mostraram que os participantes com esquizofrenia apresentaram em média pontuações mais elevadas de auto-estima quando comparados com os indivíduos com perturbações depressivas e de abuso do álcool sendo as diferenças significativas ($p = .040$ e $p = .032$, respectivamente).

Por sua vez, no que se refere à adesão aos estereótipos os participantes com perturbação depressiva reportaram níveis médios inferiores em relação aos indivíduos

com esquizofrenia e com perturbações psicóticas e também com diferenças significativas ($p < .001$ e $p = .033$, respectivamente). Da mesma forma, os participantes com perturbações de ansiedade apresentaram valores médios significativamente diferentes comparativamente com os participantes com perturbações psicóticas ($p = .006$), com esquizofrenia ($p < .001$) e de abuso do álcool ($p = .027$), registando valores mais baixos nesta subescala.

Em relação à qualidade de vida, verificou-se que no domínio físico os participantes com esquizofrenia demonstraram níveis médios significativamente diferentes quando comparados com os participantes com perturbações depressivas ($p = .027$), registando níveis médios mais elevados. Situação inversa verificou-se no domínio das relações sociais, no qual os participantes com esquizofrenia reportaram níveis médios inferiores em comparação com os participantes com perturbações depressivas, assim como em relação ao grupo de indivíduos com perturbações bipolares, sendo também as diferenças significativas ($p = .032$ e $p = .033$, respectivamente).

Tabela 10

Valores médios no RSES, ISMI e WHOQOL-Bref para os diagnósticos clínicos

Diagnóstico Clínico	RSES		ISMI		WHOQOL-Bref			
	Auto-Estima		Adesão aos Estereótipos		Físico		Relações Sociais	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Esquizofrenia	2.76	.53	2.69	.59	3.30	.69	2.33	.70
Perturbação Psicótica	2.58	.64	2.65	.54	3.28	.78	2.39	.74
Perturbação Bipolar	2.78	.65	2.47	.61	3.10	.85	2.89	.97
Perturbação Depressiva	2.45	.68	2.22	.67	2.91	.79	2.73	.81
Perturbação Ansiedade	2.50	.64	1.87	.41	3.32	.89	2.93	.78
Perturbação Álcool	2.28	.61	2.60	.45	3.41	.62	2.48	.90
Perturbação Personalidade	2.57	.72	2.45	.67	3.19	.71	2.49	.77

3.4.2. Contexto de tratamento

Os resultados da Análise de Variância (ANOVA) tendo como variáveis independentes os quatro contextos de tratamentos permitiu-nos verificar a existência de diferenças significativas ao nível da auto-estima [$F(3,399) = 6.19, p < .001; \eta^2 = .04$]; subescala adesão aos estereótipos do ISMI [$F(3,399) = 13.84, p < .001; \eta^2 = .09$], e em todos os domínios da qualidade de vida: psicológico [$F(3,399) = 4.55, p < .01; \eta^2 = .03$], físico [$F(3,399) = 14.60, p < .001; \eta^2 = .10$], relações sociais [$F(3,399) = 4.97, p < .01; \eta^2 = .04$], ambiente [$F(3,399) = 10.48, p < .001; \eta^2 = .07$] e nível de independência [$F(3,399) = 4.83, p < .01; \eta^2 = .04$]. Os resultados do teste de *Scheffe* com correcção *Bonferroni* permitiu-nos apurar os grupos que apresentam diferenças significativas para os contextos de tratamento. Deste modo, verificou-se que os participantes que se encontravam em acompanhamento em contexto de internamento de curta duração reportaram níveis mais baixos de auto-estima comparados com os participantes acompanhados na comunidade e aos de internamento de longa duração, sendo as diferenças significativas ($p = .030$ e $p = .008$). Os participantes com internamento de longa duração diferenciam-se significativamente dos indivíduos atendidos em contexto de consulta externa ($p = .024$), reportando, por sua vez, níveis médios de auto-estima mais elevados. Quanto à adesão aos estereótipos, verificou-se que os participantes da consulta externa apresentaram pontuações médias mais baixas nesta subescala do estigma internalizado, em comparação com os restantes contextos: internamento de curta duração, comunidade e internamento de longa duração e essas diferenças são significativas ($p = .003, p < .001$ e $p < .001$, respectivamente). Finalmente, em relação à qualidade de vida também foram registadas diferenças significativas e que foram no sentido dos utilizadores da consulta externa apresentarem níveis médios mais baixos no domínio psicológico em comparação com os participantes do internamento de longa duração ($p = .019$), tal como no domínio físico ($p < .001$), onde se verificaram níveis médios mais baixos também face aos participantes do internamento de curta duração ($p = .008$) e comunidade ($p = .000$). No domínio das relações sociais, verificou-se que os utilizadores acompanhados em internamento de longa duração demonstraram valores médios inferiores em comparação com os atendidos em consulta externa sendo também essa diferença significativa ($p = .005$). No domínio ambiente, observou-se que os participantes em internamento de curta duração e

acompanhados na comunidade também se diferenciavam significativamente e com níveis médios mais baixos, quando comparados com os participantes da consulta externa ($p = .009$ e $p = .003$, respectivamente) e com os participantes de internamento de longa duração ($p = .002$ e $p < .001$, respectivamente). Finalmente, no que se refere ao domínio nível de independência, os participantes em regime de internamento de longa duração revelaram níveis médios significativamente diferentes e mais elevados em comparação com os da consulta externa e da comunidade ($p = .004$ e $p = .044$).

Tabela 11

Valores médios no RSES, ISMI e WHOQOL-Bref para os contextos de tratamento

Contexto	RSES		ISMI				WHOQOL-Bref							
	Auto-Estima		Adesão Estereótipos		PSIC		FIS		SOC		AMB		IND	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Consulta	2.51	.64	2.26	.65	2.74	.85	2.90	.82	2.70	.87	3.49	.85	2.76	.91
Comunidade	2.70	.60	2.58	.64	2.95	.88	3.37	.52	2.45	.86	3.12	.79	2.83	.86
Int. Curto	2.35	.70	2.68	.52	2.65	.89	3.35	.56	2.48	.97	3.00	.65	2.95	1.08
Int. Longo	2.76	.59	2.72	.54	3.08	.72	3.41	.78	2.33	.65	3.60	.74	3.19	.93

PSI: Domínio psicológico; FIS: Domínio físico; SOC: Domínio relações sociais; AMB: Domínio ambiente; IND: Domínio nível de independência.

3.4.3. Variáveis sociodemográficas

No que diz respeito aos resultados das diferenças entre médias tomando em consideração quatro características sociodemográficas e respectivos níveis como variáveis independentes verificou-se a existência de diferenças significativas na auto-estima em relação ao sexo [$t(401) = 3.90$, $p < .001$; $d = 0.39$], com as mulheres a revelarem valores mais baixos de auto-estima; e estado civil [$F(5,397) = 6.58$, $p < .001$; $\eta^2 = .08$], no qual se verificou que as pessoas casadas/união de facto apresentaram níveis médios de auto-estima inferiores quando comparados com os divorciados ($p = .008$).

Em relação às diferenças encontradas na subescala adesão aos estereótipos do estigma internalizado, verificou-se que apenas na variável sexo se observaram diferenças significativas, sendo que neste caso os homens registaram valores mais elevados [$t(401) = 3.83, p < .001; d = 0.38$].

No que se refere aos domínios da qualidade de vida, verificaram-se diferenças significativas em relação ao sexo para os domínios psicológico [$t(401) = 4.58, p < .001; d = 0.46$], físico [$t(401) = 4.06, p < .001; d = 0.41$], com os homens a apresentarem níveis médios mais elevados nestes domínios e níveis médios mais baixos no domínio das relações sociais [$t(401) = -3.93, p < .001; d = -0.39$]. Observaram-se igualmente diferenças significativas no domínio físico relativamente ao estado civil [$F(5,397) = 5.95, p < .001; \eta^2 = .07$], tendo-se verificado que os solteiros apresentaram níveis mais elevados de qualidade de vida neste domínio em comparação com os casados ($p = .000$).

A aplicação da correção de bonferroni não permitiu identificar diferenças significativas em outras variáveis sociodemográficas como o escalão etário, estado civil e a situação profissional.

Tabela 12

Valores médios no RSES, ISMI e WHOQOL-Bref para as variáveis sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	RSES		ISMI		WHOQOL-Bref					
	Auto-Estima		Adesão Estereótipos		Psicológico		Físico		Relações Sociais	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo										
Homens	2.72	.58	2.61	.60	3.04	.81	3.32	.70	2.39	.76
Mulheres	2.47	.68	2.36	.66	2.66	.85	3.02	.78	2.70	.82
Escalão Etário										
18-35	2.58	.56	2.50	.65	2.97	.80	3.31	.66	2.56	.77
36-45	2.52	.53	2.55	.63	2.76	.81	3.26	.78	2.50	.81
46-55	2.63	.69	2.54	.61	2.87	.90	3.06	.82	2.40	.81
+56	2.74	.77	2.39	.65	2.89	.89	3.10	.72	2.62	.81
Estado civil										
Solteiro	2.70	.58	2.61	.62	3.02	.81	3.35	.72	2.43	.77
Casado/União Facto	2.35	.64	2.38	.66	2.60	.86	2.89	.72	2.71	.88
Separado/Divorciado	2.71	.66	2.25	.52	2.91	.79	3.12	.74	2.54	.77
Viúvo	2.50	.86	2.58	.87	2.25	.95	3.06	.93	2.56	.73
Situação Profissional										
Empregado	2.49	.69	2.29	.71	2.76	.87	3.10	.79	2.66	.84
Desempregado	2.51	.63	2.59	.59	2.86	.85	3.23	.72	2.63	.85
Reformado Idade	2.65	.56	2.19	.56	2.69	.81	2.64	.75	2.70	.84
Reformado Invalidez	2.72	.61	2.57	.61	2.95	.83	3.24	.74	2.37	.74

3.4.4. Síntese

O estudo da variabilidade do estigma internalizado, auto-estima e domínios da qualidade de vida em função do diagnóstico clínico permitiu verificar a existência de diferenças significativas entre os diversos grupos de diagnóstico. Concretamente e no que diz respeito à internalização do estigma, os participantes com esquizofrenia, perturbações psicóticas e com perturbações de abuso de álcool reportaram valores tendencialmente mais elevados de adesão aos estereótipos em comparação com os restantes grupos clínicos e de forma mais saliente em relação aos participantes com perturbações depressivas e perturbações da ansiedade. Por outras palavras, nesta amostra, as pessoas com doenças mentais mais graves demonstraram um maior grau de concordância com os estereótipos geralmente atribuídos às pessoas com doenças mentais. Curiosamente, esta tendência não se verificou em relação à auto-estima em relação aos participantes com esquizofrenia que registaram pontuações médias mais elevadas em comparação com os restantes participantes e em particular àqueles com perturbações do álcool e perturbações depressivas. Também em relação às diferenças encontradas para o domínio físico da qualidade de vida os indivíduos com esquizofrenia demonstraram valores que correspondem a melhor qualidade de vida neste domínio em comparação com os participantes com perturbações depressivas. Contudo, verificaram-se resultados contrários no domínio relações sociais. Dito de outro modo, ao nível da qualidade de vida, os participantes com esquizofrenia reportaram melhores resultados no domínio físico especificamente em comparação com o grupo de indivíduos com perturbações depressivas; e os resultados mais desfavoráveis no domínio relações sociais em comparação com os restantes grupos de diagnóstico e em particular, em relação aos participantes com perturbações depressivas e perturbações bipolares.

No que diz respeito aos contextos de tratamento, foram encontradas diferenças significativas para as variáveis estudadas. Relativamente à adesão aos estereótipos, os indivíduos acompanhados em consulta externa tenderam a concordar menos com os estereótipos em relação às pessoas com doença mental do que os participantes atendidos em outros contextos (i.e. internamento de curta e longa duração e, comunidade). Quanto à auto-estima, verificou-se que os participantes atendidos em internamento de curta duração foram os que reportaram níveis médios mais baixos, em particular, em comparação com os residentes na comunidade e em internamento de longa duração,

sendo que estes últimos se destacam por reportar valores médios mais elevados em comparação com os participantes da consulta externa. Em relação à qualidade de vida, registaram-se diferenças significativas em todos os domínios. Se por um lado os participantes seguidos nas consultas externas reportaram pior qualidade de vida em comparação com os do internamento de longa duração nos domínios psicológico, físico, nível de independência (nestes domínios também em relação aos do internamento de curta duração e acompanhados na comunidade) e ambiente, o inverso acontece em relação ao domínio relações sociais (em que registaram valores mais elevados também em relação aos do internamento de curta duração e acompanhados na comunidade).

Finalmente, também ao nível das variáveis sociodemográficas se verificaram diferenças significativas, em especial em relação ao sexo. No geral, os homens reportaram maior tendência para adesão aos estereótipos, obtendo valores médios inferiores no domínio da qualidade de vida referente às relações sociais. Por outro lado, as mulheres reportaram níveis médios mais baixos de auto-estima e nos domínios psicológico e físico da qualidade de vida. Verificaram-se ainda diferenças no estado civil, com os participantes casados ou a viver em união de facto a registarem níveis médios mais baixos quer ao nível da auto-estima (em particular em comparação com os que estão divorciados) e no domínio físico da qualidade de vida (em especial em relação aos solteiros).

4. DISCUSSÃO

O objectivo deste estudo foi o de analisar as propriedades psicométricas das versões Portuguesas do ISMI, RSES e WHOQOL-Bref numa amostra psiquiátrica. No geral, estes instrumentos revelaram-se apropriados para serem utilizados em pessoas com doença mental, com diferentes diagnósticos clínicos e acompanhadas em diversos contextos de tratamento.

Relativamente à medida de avaliação do estigma internalizado em pessoas com doenças mentais (ISMI), os resultados da AFE demonstraram que a melhor solução ficou composta pelas subescalas: afastamento social, adesão aos estereótipos, experiência de discriminação e alienação.

Os níveis de consistência interna revelaram-se adequados, tal como a validade de constructo avaliada através de correlações ítem-subescala e AFC.

Os resultados das propriedades psicométricas da medida nesta amostra corroboraram parcialmente a estrutura da versão portuguesa. Sugerem, contudo, tal como estudos anteriores que utilizaram o ISMI, que a subescala resistência ao estigma parece representar um constructo distinto de estigma internalizado, composto pelas quatro subescalas que integram a medida (Lysaker et al., 2007; Ritsher et al., 2003; Sibitz et al., 2009).

Quanto à escala de avaliação da auto-estima (RSES), esta trata-se provavelmente da medida mais utilizada para avaliar a auto-estima incluindo em pessoas com doenças mentais (e.g. Corrigan et al., 2006; Torrey et al., 2000; Kunikata et al., 2005; Murphy & Murphy, 2006; Yanos et al., 2008), ainda que a maioria dos estudos não procedam ao estudo das propriedades psicométricas do RSES neste grupo. Por esse motivo e tendo em conta os resultados discordantes quanto à dimensionalidade da medida em outros grupos, a avaliação das suas propriedades psicométricas nesta amostra teve como principais objectivos contribuir para um melhor esclarecimento da estrutura factorial numa amostra psiquiátrica; procurando avaliar a potencial influência dos efeitos de método (que resultam da formulação de ítems na positiva e ítems na negativa) neste tipo de amostra uma vez que tem sido sugerido que estes parecem variar em função dos grupos estudados (DiStefano & Motl, 2006; Quilty et al., 2006).

Os resultados deste estudo apontam para a adequabilidade desta medida no estudo da auto-estima em pessoas com doença mental, revelando bons índices de consistência interna.

No geral, os resultados da AFE e AFC vão no mesmo sentido de outras investigações desenvolvidas em Portugal com amostras não clínicas, incluindo a versão portuguesa e que apontam para um melhor ajustamento das soluções unidimensionais (e.g. Santos & Maia, 2003; Vasconcelos-Raposo, Fernandes, Teixeira & Bertelli, 2012). Por outras palavras, apesar dos modelos bidimensionais se revelarem igualmente adequados nesta amostra, o modelo unidimensional com as correlações dos erros entre os ítems positivos e negativos apresentou melhor ajustamento, tal como num estudo com amostras de adolescentes (Vasconcelos-Raposo et al., 2012).

Os valores de correlação entre os ítems de orientação negativa revelaram-se tendencialmente moderados a fortes, tal como entre os ítems de orientação positiva,

assim como em relação à escala total, o que sugere uma convergência das respostas numa dimensão global de auto-estima (Tomas & Oliver 1999; Wu, 2008).

A par com as correlações, os resultados da AFC contribuíram para demonstrar a validade de constructo da medida, confirmando que, na presente amostra, o item 4 revelou uma relativa autonomização face aos restantes itens, sendo aquele que apresentou os valores de correlação item-escala total mais baixos. Trata-se do único item que aponta para a capacidade da pessoa se sentir capaz de “*fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas*” (RSES; Rosenberg, 1965, cit. in Santos & Maia, 2003) situação que pode estar relacionada com as características do grupo estudado.

No geral, os resultados do presente estudo parecem indicar, tal como proposto por Rosenberg, que os itens de orientação positiva e negativa medem o mesmo constructo, enquadrando-se na sua definição de auto-estima enquanto a orientação positiva ou negativa do indivíduo face a si próprio. Neste sentido, o RSES propõe-se medir a auto-estima global e não distinguir uma auto-estima positiva de auto-estima negativa (Greenberger, Chen, Dmitrieva, & Farruggia, 2003). Apesar desta proposta, Marsh (1996) observou que o RSES pode afigurar-se unidimensional em alguns grupos e bidimensional em outros grupos dependendo das características das amostras estudadas. Por esse motivo, serão necessários outros estudos com esta população que possam contribuir para uma melhor compreensão quanto à dimensionalidade desta medida. Apesar de não ser absolutamente consensual que o RSES se trata de uma instrumento unidimensional, a presença dos efeitos de método colocados pela formulação de itens na positiva e itens na negativa pode ter influência na posterior identificação de dois factores (Santos & Maia, 1999), podendo, pois, tratar-se de uma questão mais de natureza metodológica do que substantiva. Neste estudo, esta situação parece ser corroborada pela extracção de um único factor (sem rotação), confirmado pelos resultados da AFC.

Podemos pois concluir que os resultados do presente estudo sugerem que a escala de auto-estima de Rosenberg é uma medida adequada para avaliar a auto-estima global em amostras psiquiátricas e que, mais do que uma distinção entre auto-estima positiva e auto-estima negativa, esta se encontra organizada num *continuum* orientado desde baixa auto-estima a elevada auto-estima.

No que diz respeito ao instrumento de avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL-Bref, este tem utilizado em muitos estudos, incluindo com diversas amostras

psiquiátricas. No entanto, também em relação a esta medida, a maioria dos estudos não procurou validar a sua dimensionalidade. Por esse motivo, tem sido assumida a estrutura factorial proposta pelo WHOQOL-Group para esta versão abreviada, composta por quatro domínios: psicológico, físico, relações sociais e ambiente.

A necessidade de melhorar a qualidade de vida de pessoas com doença mental, bem como de atender à motivação e capacidade destas pessoas para participarem na avaliação tem-se revelado um grande desafio para a prática clínica e investigação.

O WHOQOL-Bref é uma medida de grande utilidade para avaliar, nomeadamente, o impacto da doença na qualidade de vida de pessoas acompanhadas em diversos contextos de tratamento (e.g. institucionalizadas e não institucionalizadas) abrangendo diversos domínios que se revelam importantes para estas pessoas.

Este é, que tenhamos conhecimento, o primeiro estudo que se propôs analisar a dimensionalidade, consistência interna, validade de constructo e validade preditiva do WHOQOL-Bref numa amostra psiquiátrica e em diversos contextos de tratamento.

Os resultados do presente estudo sugerem um modelo composto pelos quatro domínios propostos pelo WHOQOL-Bref, acrescido de um quinto domínio, nível de independência.

Os valores das intercorrelações entre item-domínio e AFC permitiram confirmar a validade de constructo da medida e do modelo proposto, cujos índices de ajustamento se revelaram superiores aos obtidos para o modelo de 4 domínios e 6 domínios (WHOQOL-Bref, Skevington et al., 2004), situação que parece corroborar a autonomia conceptual do domínio nível de independência. Estes resultados não são teoricamente inesperados uma vez que os itens que se autonomizaram do domínio físico pertencem ao domínio nível de independência na versão alargada. Tais resultados foram ainda evidenciados pela unidimensionalidade de cada um dos cinco domínios, que no seu conjunto, corroboraram a natureza multidimensional desta medida (WHOQOL-Group, 1998) ressaltando o seu carácter distinto de outras medidas de avaliação global da qualidade de vida (Chen et al., 2009).

Em síntese, apesar do modelo de 4 domínios do WHOQOL-Bref representar um modelo mais parcimonioso, o modelo alternativo proposto pelo presente estudo revelou um melhor ajustamento, sugerindo o benefício a nível conceptual de se incluir o domínio nível de independência na avaliação da qualidade de vida de pessoas com doença mental. Por exemplo, os resultados da versão para português de Portugal do

WHOQOL-100 demonstraram que os domínios nível de independência, físico e psicológico revelaram boa capacidade de discriminação entre indivíduos saudáveis e pessoas com perturbações psiquiátricas, tendo este último grupo demonstrado os piores resultados em todos os domínios, à excepção precisamente dos domínios físico e nível de independência (Canavarro et al., 2009). Tais resultados parecem evidenciar diferenças importantes quanto ao poder de discriminação dos domínios do WHOQOL, sugerindo que alguns aspectos da qualidade de vida parecem revelar-se particularmente importantes para este grupo clínico.

De destacar ainda que, na mais recente versão de um instrumento do WHOQOL, o WHOQOL-HIV Bref, destinado a avaliar a qualidade de vida em indivíduos infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), o domínio nível de independência demonstrou ser uma dimensão “*distinta e, portanto, merecendo particular atenção clínica*” (O’Connell & Skevington, 2012, p.459).

Tal como sugerido pelo *WHOQOL-Group*, conceptualmente, qualidade de vida “*é um conceito amplo incorporando de forma complexa a saúde física das pessoas, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com características mais salientes do ambiente*” (WHOQOL-Group, 1995, p. 1405).

Os resultados do presente estudo estão em linha com este conceito mais abrangente, sugerindo que o grau segundo o qual uma pessoa sente que depende de outros para a ajudar nas suas actividades diárias e no trabalho parece afectar o seu nível de independência. Este domínio reflecte, pois, a percepção do próprio acerca da sua capacidade para desenvolver actividades no seu dia-a-dia e para trabalhar. Apesar de relacionado, este domínio demonstrou distinguir-se substantivamente do domínio físico nesta amostra psiquiátrica, porquanto este último se reporta a sensações físicas em relação à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e descanso.

Os coeficientes de consistência interna dos domínios foram satisfatórios (α Cronbach variou entre .68 e .85). Estes resultados são consistentes com os de Trompenaars e colegas (2005) no seu estudo com uma amostra de pessoas com doença mental atendidas na comunidade.

Os resultados da validade preditiva do WHOQOL-Bref via regressões múltiplas demonstraram que o domínio psicológico se revelou o melhor preditor da faceta qualidade de vida geral (Q1+Q2), qualidade de vida geral (Q1) e percepção geral de

saúde (Q2), seguido pelo domínio nível de independência. Mais uma vez, tal sugere que o domínio nível de independência deve ser tido em consideração quando se procura avaliar a qualidade de vida em pessoas com doença mental, situação que merece ser confirmada em estudos posteriores com estas amostras.

O WHOQOL-Bref é um instrumento difundido internacionalmente e que tem dado provas da sua validade e confiabilidade em diversos países e culturas. No entanto, se na generalidade dos estudos os investigadores não recorrem à análise da estrutura factorial da medida, alguns têm limitado a sua investigação à realização de análises factoriais exploratórias (Ohaeri & Awadalla, 2009; Trompenaars et al., 2005; Usefy et al., 2010). Outros investigadores procuraram estender a sua pesquisa à avaliação das propriedades psicométricas desta medida, nomeadamente, com o recurso a análises factoriais confirmatórias (Ohaeri, Olusina & Al-Abassi, 2004; Ohaeri et al., 2007; Xia, Li, Hau, Liu & Lu, 2012). A este nível, alguns estudos chegaram a resultados distintos quanto à dimensionalidade do WHOQOL-Bref. Por exemplo, num estudo nigeriano com uma amostra psiquiátrica um modelo alternativo com 8 domínios foi comparado aos modelos de 4 domínios e 6 domínios previamente avaliados pelo WHOQOL-Group tendo demonstrando melhor ajustamento (Ohaeri et al., 2004). Num outro estudo constituído por participantes com tuberculose e indivíduos saudáveis em Taiwan, Chung e colaboradores (2012) verificaram que enquanto os resultados da EFA geraram uma solução composta por 4 domínios para os participantes sem problemas de saúde, uma estrutura factorial de 6 domínios resultou da amostra clínica. Diferenças em relação à dimensionalidade do WHOQOL-Bref foram também reportadas por Ohaeri e colegas (2007) num estudo com uma amostra saudável e uma amostra psiquiátrica.

Os resultados do presente estudo vão ao encontro de algumas destas investigações, sugerindo que, apesar de estarmos perante uma medida que se tem demonstrado adequada para ser utilizada numa variedade de culturas e diferentes grupos, certo é que parecem haver variações acerca da eventual relevância que os diferentes domínios podem ter em função do grupo estudado e que, a ocorrer, estes devem ser tidos em consideração. No geral, estes resultados podem abrir novas perspectivas no sentido de uma mais ampla compreensão quanto à estrutura factorial do WHOQOL-Bref, possibilitando que diversos modelos alternativos possam ser considerados quando estamos perante culturas e/ou grupos distintos (Ohaeri, Awadalla, Ghoulum, El-Abassi & Jacob, 2007).

O presente estudo poderá trazer novos contributos à investigação e aplicabilidade do WHOQOL-Bref. Por exemplo, para além de contribuir para uma melhor compreensão acerca da dimensionalidade, validade de constructo, validade preditiva e consistência interna do WHOQOL-Bref numa amostra psiquiátrica, propõe uma distinção conceptual entre o domínio físico e o domínio nível de independência na versão abreviada do instrumento, tal como proposto pela versão alargada.

Conforme referido por Yao, Wu e Yang (2008) num estudo que desenvolveram sobre a validade de conteúdo do WHOQOL-Bref, ao sugerirem significados diferentes, alguns itens poderão não ser representativos dos domínios pré-definidos.

A extensa investigação sistematicamente desenvolvida com o WHOQOL-Bref permite concluir que se trata de um instrumento válido e fiável para aceder à qualidade de vida, apesar da investigação do estudo da sua dimensionalidade, validade e confiabilidade em grupos específicos merecer um melhor aprofundamento. A natureza multifacetada e multidimensional da qualidade de vida poderá permitir identificar domínios alvo de intervenção, possibilitando que uma acção focada nos aspectos particulares da qualidade de vida que se revelem determinantes no processo de reabilitação.

Este estudo procurou contribuir para confirmar a adequação da utilização do WHOQOL-Bref em pessoas com diferentes condições psiquiátricas institucionalizadas ou acompanhadas em ambulatório e contextos comunitários. O modelo aqui proposto reconhece o nível de independência enquanto domínio distinto (tal como na versão alargada da medida), sugerindo um conceito mais amplo de qualidade de vida daquele estabelecido pelo WHOQOL-Bref.

Estudos futuros deverão poder replicar os resultados do presente estudo em amostras psiquiátricas representativas, assim como em outros países e culturas, uma vez que a avaliação da qualidade de vida se revela particularmente útil enquanto elemento de monitorização do tratamento e uma medida de enorme valor a ser utilizada no contexto da desinstitucionalização. A esse respeito, porquanto diversos estudos que usaram o WHOQOL-Bref verificaram a ocorrência de melhorias na qualidade de vida de pessoas anos após terem sido desinstitucionalizadas (Gerber, Coleman, Johnston & Lafave, 1994), outros estudos demonstraram que pessoas com doença mental continuaram a manifestar uma deterioração da sua qualidade de vida, após desinstitucionalização (Górna, Jaracz & Rybakowski, 2005). A relativa inconsistência

de tais resultados parece apontar para a influência de diversos factores na avaliação da qualidade de vida de pessoas com doença mental (e.g. clínicos e outros factores psicossociais).

Posteriormente ao estudo das propriedades psicométricas do ISMI, RSES e WHOQOL-Bref e que no geral revelaram que estas medidas são apropriadas para ser utilizadas em amostras psiquiátricas, procedeu-se à análise da variabilidade da ocorrência da internalização do estigma internalizado, auto-estima e qualidade de vida, tendo em conta os diferentes grupos de diagnóstico, diversos contextos de tratamento e as variáveis sociodemográficas desta amostra.

Os resultados mostraram que os participantes com esquizofrenia apresentaram valores médios mais elevados de auto-estima (RSES) quando comparados com os indivíduos com perturbações depressivas e de abuso do álcool, estes últimos apresentando as pontuações mais baixas. Paradoxalmente, a mesma tendência se verifica na adesão aos estereótipos (ISMI), no qual os participantes com esquizofrenia e perturbações psicóticas revelaram níveis mais elevados em comparação com os participantes com perturbação depressiva; os valores mais baixos verificam-se nos participantes com perturbações de ansiedade tendo-se este grupo destacado em especial dos grupos de participantes com perturbações psicóticas, esquizofrenia e de abuso do álcool. No que se refere à qualidade de vida, verificou-se que, enquanto no domínio físico os participantes com esquizofrenia apresentaram níveis médios mais elevados em comparação com os participantes com perturbações depressivas, situação contrária se verificou no domínio relações sociais. De destacar que neste domínio os participantes com esquizofrenia reportaram os níveis médios mais baixos e especificamente, em comparação com os participantes com perturbações depressivas e perturbações bipolares.

Em resumo, podemos concluir da existência de diferenças no que se refere à auto-estima, subescala adesão aos estereótipos do estigma internalizado e domínios físico e das relações sociais da qualidade de vida para os grupos de diagnóstico abrangidos pelo presente estudo. Globalmente, verifica-se uma maior tendência por parte dos participantes com esquizofrenia reportarem maior auto-estima, maior adesão aos estereótipos, níveis mais elevados de qualidade de vida no domínio físico e mais baixos no domínio relações sociais, resultados estes tendencialmente contrastantes com os reportados pelos participantes com perturbações depressivas.

Igualmente verificaram-se diferenças na auto-estima, estigma internalizado e qualidade de vida quanto ao contexto de tratamento. Concretamente verificou-se que os participantes institucionalizados em regime de internamento de longa duração apresentaram níveis médios mais elevados de auto-estima e de adesão aos estereótipos, registando ainda, valores superiores em todos os domínios da qualidade de vida, à excepção do domínio relações sociais, onde se destacaram pelas pontuações mais baixas. Já os participantes em situação de institucionalização de curta duração foram os que reportaram níveis mais baixos de auto-estima e no domínio ambiente da qualidade de vida. Por sua vez, os utilizadores atendidos em consulta externa revelaram menor adesão aos estereótipos, níveis mais baixos nos domínios físico e nível de independência da qualidade de vida e, níveis mais elevados no domínio relações sociais.

Quanto às variáveis sociodemográficas, no geral, registaram-se diferenças sobretudo ao nível do sexo, no qual se verificou que as mulheres revelaram valores médios mais baixos de auto-estima, adesão aos estereótipos e de qualidade de vida nos domínios psicológico e físico, mas valores superiores no domínio relações sociais.

Podemos, pois, concluir da potencial influência de variáveis como o diagnóstico clínico, contexto de tratamento e variáveis sociodemográficas na variabilidade da auto-estima, internalização do estigma e domínios da qualidade de vida. Por outras palavras, as variáveis como o diagnóstico, contexto de tratamento e sociodemográficas merecem ser tidas em consideração aquando da definição de um plano de intervenção que vise contribuir para a redução da experiência de internalização do estigma, melhoria da auto-estima e qualidade de vida das pessoas com doença mental.

CAPÍTULO 4

ESTIGMA INTERNALIZADO E DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL: O PAPEL MEDIADOR DA AUTO-ESTIMA ESTUDO 2

Este capítulo é baseado no artigo:

Oliveira, S. E. H., Carvalho, H., & Esteves, F. (2016). Internalized stigma and quality of life domains in people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *Journal of Mental Health, 25*, 55-61.

Capítulo 4

Estigma internalizado e domínios da qualidade de vida em pessoas com doença mental:
o papel mediador da auto-estima - Estudo 2

RESUMO

Tópico: Pessoas com doença mental que internalizam o estigma frequentemente experienciam diminuição da auto-estima e deterioração da qualidade de vida.

Objectivos: Propor um modelo teórico no qual a auto-estima actua como mediadora dos efeitos do estigma internalizado nos domínios que compõem a qualidade de vida.

Método: Após consentimento informado, foram aplicadas medidas de avaliação do estigma internalizado (ISMI), auto-estima (RSES) e qualidade de vida (WHOQOL-Bref) a 403 participantes acompanhados em serviços de base hospitalar e comunitária.

Resultados: Os resultados da modelação com equações estruturais suportaram o modelo proposto. A auto-estima mediou totalmente a relação entre estigma internalizado e os domínios físico e relações sociais e mediou parcialmente a relação entre estigma internalizado e os domínios psicológico, ambiente e nível de independência. O presente estudo sustentou os resultados de estudos anteriores estendendo a sua linha de investigação, evidenciando que a auto-estima parece desempenhar um papel mediador no grau sobre o qual o estigma internalizado exerce, em diferentes proporções, um efeito negativo em domínios específicos da qualidade de vida. **Conclusão:** A auto-estima parece constituir um aspecto central na redução dos efeitos negativos do estigma internalizado em diferentes domínios da qualidade de vida em pessoas com doença mental, assumindo um papel potencialmente determinante para o desenvolvimento de intervenções em saúde mental. À luz destes resultados, implicações teóricas e empíricas serão discutidas.

Palavras chave: Auto-estigma, auto-estima, domínios da qualidade de vida, doenças mentais.

1. INTRODUÇÃO

O estigma da doença mental, que reflecte estereótipos negativos adoptados pelo público em geral, é um problema que afecta muitas pessoas com doenças mentais e tende a persistir mesmo depois dos sintomas da doença terem desaparecido (Sartorius, 2006). Como resultado, o estigma internalizado (também conhecido como auto-estigma) refere-se ao processo pelo qual uma pessoa internaliza estereótipos negativos face às doenças mentais (Lysaker et al., 2007), através da aceitação e aplicação de tais estereótipos e preconceitos a si próprio.

A evidência sugere que as pessoas com doenças mentais crónicas tendem a ser mais estigmatizadas uma vez que alguns sintomas tipicamente associados a este tipo de doenças (e.g. comportamento desorganizado) podem causar medo e, conseqüentemente reforçar o estigma da doença mental. Além do estigma social, estudos têm demonstrado uma associação entre estigma internalizado e severidade de sintomas psiquiátricos sentimentos de vergonha, baixa auto-estima, redução nas relações sociais e falta de sentido para a vida (Ehrlich-Ben Or et al., 2013; Hasson-Ohayon et al., 2012; Livingston & Boyd, 2010; Lysaker et al., 2007).

O estigma internalizado pode conduzir a um ciclo vicioso; as pessoas com doença mental crónica tendem a acreditar que têm menos valor do que os outros (Link et al., 2001). A predominância de sentimentos de não-aceitação e baixa auto-estima (Corrigan et al., 2009; Davis et al., 2012; Verhaeghe et al., 2008; Yanos et al., 2008) pode levar os indivíduos a evitarem interacções sociais, o que por sua vez tende a contribuir para o isolamento e diminuição da qualidade de vida. Por sua vez, o afastamento social pode resultar numa estratégia para lidar com o estigma (Pasman, 2011; Perlick et al., 2001) e proteger a auto-estima (Crocker & Major, 1989).

O estigma internalizado e a auto-estima têm sido fortemente associados à qualidade de vida em pessoas com doença mental. Por um lado, estudos têm demonstrado uma associação positiva entre a auto-estima e qualidade de vida (Kunikata et al., 2005), diversos estudos revelaram o impacto negativo do estigma internalizado na avaliação subjectiva da qualidade de vida em pessoas com doenças mentais crónicas (e.g. Kondrat & Early, 2011; Mashiach-Eizenberg, Hasson-Ohayon, Yanos, Lysaker & Roe, 2013). Numa meta análise que incluiu 45 estudos, Livingston e Boyd (2010) verificaram que

níveis elevados de estigma internalizado estavam associados a diversas variáveis psicossociais, incluindo auto-estima e avaliação subjectiva da qualidade de vida.

A investigação tem demonstrado que pessoas com doença mental, nomeadamente, com esquizofrenia (Katschnig, 2000; Bobes & Garcia-Portilla, 2006), perturbação bipolar (Berlim et al., 2004) e perturbação depressiva (Yen et al., 2009) reportaram pior qualidade de vida quando comparadas com a população geral (Evans, Banerjee, Leese & Huxley, 2007; Ritsner et al., 2000) e pessoas com outras condições clínicas (Bonticatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo & Pecina, 2001).

Nas últimas décadas a qualidade de vida tem vindo a ser gradualmente reconhecida como um conceito central para os sistemas de avaliação de saúde modernos, traduzindo-se num importante avanço em relação às abordagens tradicionalmente focadas nos sintomas. Tornou-se ainda numa medida muito importante na avaliação de resultados pós-desospitalização (Ritsner, Kurs, Kostizky, Ponizovsky & Modai, 2002), enquanto elemento de monitorização da saúde mental, fundamental na avaliação que cada indivíduo reporta em relação à sua vida diária.

Avaliar a qualidade de vida numa perspectiva centrada na pessoa tem provado ser um aspecto fulcral, contribuindo para o *recovery*¹³ e inclusão social. Desta forma, esforços deverão ser desenvolvidos no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença mental, independentemente do tipo e grau de perturbação. Além disso, incluir a avaliação dos próprios em relação à satisfação nos diversos domínios da sua vida pode permitir que os clínicos identifiquem as necessidades reportadas por estas pessoas, contribuindo assim para o delineamento mais eficiente de um plano de tratamento.

Angermeyer e Kilian (2006) sugeriram que o propósito da qualidade de vida deveria incluir a experiência subjectiva dos indivíduos face à sua condição de vida. Além disso, estes autores afirmaram que aqueles que vivem em condições muito diferentes podem expressar o mesmo grau de satisfação pelo que se torna necessária uma avaliação acerca da relevância que um domínio específico detém na vida do indivíduo.

¹³ Optou-se por não traduzir o termo *recovery* dada a inexistência de um termo em português que consiga expressar os significados associados à designação original. Em sentido lato, *recovery* tem sido definido como um processo individual, de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de auto-determinação e crescimento pessoal, de reconquista do sentido da vida, participação e contributo para a comunidade (Deegan, 1988).

Outra investigação desenvolvida por Yen et al. (2009) concluiu que níveis mais elevados de estigma internalizado se encontravam associados a piores níveis de qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-Bref em indivíduos com perturbações depressivas, apesar do *insight* não se encontrar associado a qualquer domínio de qualidade de vida. Contudo, Hasson-Ohayon et al. (2006) verificaram que o *insight* estava negativamente relacionado com a qualidade de vida no domínio de satisfação emocional, satisfação económica e estatuto profissional em pessoas com perturbações psicóticas. A este nível, tem sido sugerido que o *insight*, que reflecte a consciencialização da doença, sintomas e necessidade de tratamento (Amador, Strauss, Yale & Gorman, 1991) tem sido associado a diversos resultados negativos, como baixa auto-estima e pior qualidade de vida, principalmente quando associado ao estigma internalizado (Staring, Van der Gaag, Van den Berge, Duivenvoorden & Mulder 2009; Lysaker et al., 2007).

Apesar da sua relevância, que tenhamos conhecimento, até agora, apenas um estudo analisou directamente o efeito do estigma internalizado na qualidade de vida de pessoas com doença mental, explorando o papel mediador da auto-estima (Mashiach-Eizenberg et al., 2013). Especificamente, a auto-estima mediou a relação entre estigma internalizado e esperança e a esperança parcialmente mediou a associação entre auto-estima e qualidade de vida. No entanto, uma vez que esta investigação apenas avaliou a qualidade de vida global a análise dos potenciais efeitos que quer o estigma internalizado quer a auto-estima podem exercer em domínios específicos da qualidade de vida mantêm-se por explorar. Assim, apesar da pertinência teórica e empírica dos resultados anteriormente descritos, dado que vários domínios da qualidade de vida constituem aspectos importantes a serem considerados nas intervenções que visem a reabilitação de pessoas com doença mental, o objectivo do presente estudo é testar um modelo no qual a auto-estima actue como mediadora da relação entre o estigma internalizado e todos os domínios da qualidade de vida. Para tal objectivo, definiram-se as seguintes hipóteses: (1) O estigma internalizado correlaciona-se negativamente com a auto-estima; (2) O estigma internalizado correlaciona-se negativamente com todos os domínios da qualidade de vida; (3) A auto-estima correlaciona-se positivamente com todos os domínios da qualidade de vida e (4) a relação entre o estigma internalizado e os domínios da qualidade de vida é mediada pela auto-estima (Figura 5).

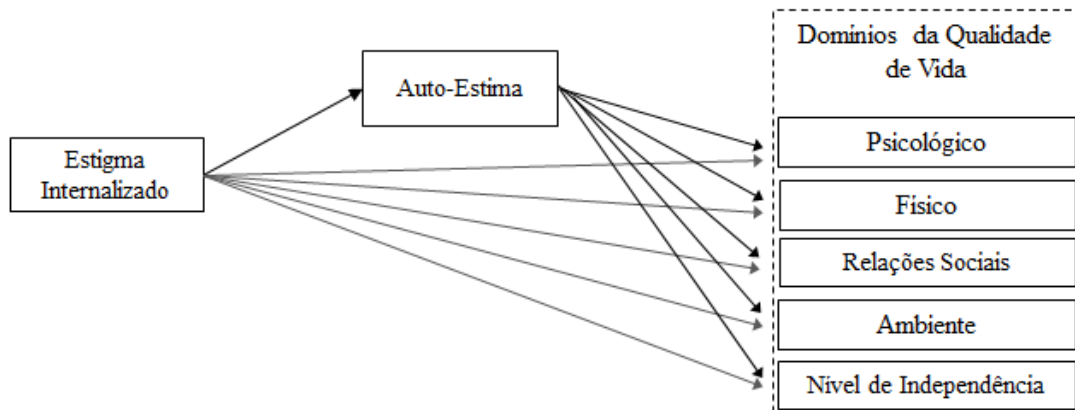


Figura 5. Modelo de mediação a testar

2. MÉTODO

2.1. Selecção da amostra

Inicialmente foram contactados 475 indivíduos. Consideraram-se como critérios de inclusão: ter mais de 18 anos; ter diagnóstico de perturbação mental, realizado com base na classificação DSM – IV (*American Psychiatric Association - APA, 1994*); estar em acompanhamento psiquiátrico e clinicamente estabilizado e ausência de deficiência intelectual moderada/grave ou défice neurológico. Com base nestes critérios, 29 indivíduos declinaram o convite por falta de motivação para participar, 15 questionários foram invalidados após a entrevista dado que os participantes não conseguiram responder a todas as questões e 28 foram excluídos por, ainda assim, não demonstrarem todos os critérios de inclusão. A amostra final foi recolhida em três hospitais gerais, um hospital psiquiátrico, uma instituição religiosa e duas instituições comunitárias das Regiões Centro e de Lisboa, entre Maio 2011 e Maio de 2012. Todos os participantes estavam a ser clinicamente acompanhados em regime de ambulatório, internamento de curta ou longa duração ou a frequentar instituições na comunidade.

2.2. Participantes

A amostra final ficou constituída por 403 adultos, 231 indivíduos do sexo masculino (57.3%), com idades entre 19 e 79 anos ($M = 43.15$, $DP = 12.38$ e $M = 45.08$, $DP = 13.67$, para os participantes do sexo masculino e feminino, respectivamente). A maioria dos participantes estavam solteiros (58.3%), a receber uma pensão de invalidez (49.6%) e com diagnóstico de esquizofrenia (36.5%). As características sociodemográficas e clínicas da amostra estão descritas na Tabela 13.

Tabela 13

Características sociodemográficas e clínicas (N=403)

Características		N (%)
Sexo	Masculino	231 (57.3)
	Feminino	172 (42.7)
Estado Civil	Solteiro	235 (58.3)
	Casado/União de Facto	98 (24.3)
	Divorciado/Separado	57 (14.1)
	Viúvo	13 (3.3)
Habilitações	Sem instrução	8 (2.0)
	Instrução primária	84 (20.8)
	2º e 3º Ciclo	158 (39.3)
	Secundário	94 (23.3)
	Universitária	59 (14.6)
Situação Profissional	Estudante	5 (1.2)
	Empregado	85 (21.1)
	Desempregado/Desocupado	104 (25.8)
	Reformado	209 (51.9)
Diagnóstico Clínicos	Esquizofrenia	147 (36.5)
	Perturbação Psicótica	42 (10.4)
	Perturbação Depressiva	81 (20.1)
	Perturbação Bipolar	33 (8.2)
	Perturbação da Ansiedade	15 (3.7)
	Perturbação da Personalidade	57 (14.2)
	Perturbação Abuso Álcool	28 (6.9)
Contexto de Tratamento	Consulta Externa	153 (38.0)
	Internamento Curta-duração	37 (9.2)
	Internamento Longa-duração	100 (24.8)
	Respostas na Comunidade	113 (28.0)

2.3. Medidas

2.3.1. Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental - ISMI

A versão portuguesa do ISMI - Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental (Oliveira et al., 2015) é uma medida adaptada de Risher et al. (2003) destinada a avaliar a experiência subjectiva de internalização do estigma devido à doença mental. Trata-se de uma medida composta por 28 itens ($\alpha = .85$) com cinco dimensões que medem: Alienação ($\alpha = .84$); Adesão aos Estereótipos ($\alpha = .90$); Afastamento Social ($\alpha = .83$) e Resistência ao Estigma ($\alpha = .64$). Cada item é cotado segundo uma escala tipo *Likert*, com quatro opções possíveis: 1 = Discordo plenamente, 2 = Discordo, 3 = Concordo, 4 = Concordo plenamente. As pontuações podem variar de 1 a 4 com valores superiores a indicar níveis mais elevados de estigma internalizado.

2.3.2. Escala de Auto-Estima de Rosenberg - RSES

A versão portuguesa da escala de auto-estima de *Rosenberg* (Santos & Maia, 2003) é uma medida de auto-avaliação que inclui 10 itens ($\alpha = .86$), 5 de orientação positiva e 5 de orientação negativa, cotados segundo uma escala tipo *Likert*, com quatro opções desde 1=Concordo fortemente 2 = Concordo, 3 = Discordo, 4=Discordo fortemente. As pontuações da escala de auto-estima podem variar entre 10 e 40, sendo que, valores mais altos indicam níveis mais elevados de auto-estima. Esta escala tem sido a mais utilizada para avaliar a auto-estima, também devido à simplicidade da linguagem utilizada e brevidade de aplicação e por esse motivo, amplamente utilizada em estudos com pessoas com perturbações mentais (Yanos et al., 2008).

2.3.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde – Forma Abreviada (WHOQOL-Bref)

A versão portuguesa do *World Health Organization Quality of Life Bref - WHOQOL – Bref* (Vaz Serra et al., 2006b) é constituída por 26 itens que avaliam quatro domínios: psicológico ($\alpha = .84$), físico ($\alpha = .87$), relações sociais ($\alpha = .64$) e ambiente ($\alpha = .78$). Cada item representa uma faceta e é cotado segundo uma escala tipo *Likert*, com

cinco opções possíveis (intensidade, capacidade, frequência e avaliação): 1 = Muito insatisfeito, 2 = Insatisfeito, 3 = Nem satisfeito nem insatisfeito, 4 = Satisfeito, 5 = Muito satisfeito. Dado que os itens 3, 4 e 26 se encontram formulados na negativa, a pontuação dos mesmos deve ser invertida, para que pontuações mais elevadas correspondam a níveis mais elevados de qualidade de vida. O WHOQOL-Bref é um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a qualidade de vida, demonstrando boas qualidades psicométricas para ser utilizada com pessoas com e sem patologia física ou mental e que vivam em diferentes contextos e culturas.

2.4. Procedimento

Após autorização das entidades e a fim de melhor assegurar os critérios para inclusão no estudo, os participantes foram encaminhados pelo psiquiatra assistente ou técnico de saúde mental de referência que, posteriormente forneceu o diagnóstico clínico, tendo sido, em algumas situações devidamente autorizadas, consultado o processo. Os participantes que desejaram participar assinaram o consentimento informado. Tendo em conta as características da população alvo foram tidos alguns cuidados acrescidos na recolha dos dados. Assim, apesar dos questionários serem de auto-preenchimento, dado que os participantes podiam revelar dificuldades na sua leitura e compreensão, os mesmos foram aplicados individualmente e quer o consentimento informado quer os itens dos questionários foram lidos em voz alta. Cada aplicação demorou entre 30 a 45 minutos.

2.5. Análise dos dados

Inicialmente foi efectuada a análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra. A fim de garantir a estabilidade da estrutura factorial das medidas utilizadas neste estudo, a amostra total foi dividida em duas subamostras aleatórias (Costello & Osborne, 2005) sendo aplicada na subamostra 1 (n=191) a análise factorial exploratória (AFE) e na subamostra 2 (n=212) a análise factorial confirmatória (AFC). A consistência interna foi avaliada através do Alfa de *Cronbach*. Finalmente, o modelo de mediação foi testado com o recurso à modelação de equações estruturais (*Structural*

Equation Modeling - SEM), através do método da máxima verosimilhança (*Maximum Likelihood* - ML) para a estimação dos parâmetros. A existência de *outliers* foi analisada pela distância quadrada de Mahalanobis (D2). A fim de garantir a normalidade uni e multivariada (Tabachnick & Fidell, 2001), avaliada pelos coeficientes de assimetria (sk) e curtose (ku), 5 observações foram retiradas da análise (N=398). Um método não paramétrico de reamostragem (*bootstrap*) com 5000 subamostras foi usado a fim de validar os resultados do método paramétrico (ML). O ajustamento do modelo foi avaliado através de diversos índices com base nos seguintes valores de referência (Hooper, Coughlan & Mullen, 2008; Hu & Bentler, 1999): estatística do Qui-quadrado ($\chi^2/df \leq 3$, Iacobucci, 2010; Schreiber et al., 2006), CFI $\geq .95$, GFI $\geq .95$, RMSEA $\leq .06$ e SRMR $\leq .08$. As análises foram efectuadas através do *software* SPSS, (versão 20.0 e AMOS (versão 20.0, Arbuckle, 2011).

3. RESULTADOS

3.1. Análise factorial exploratória, consistência interna e análise factorial confirmatória

Dado que as análises factoriais nem sempre replicam de forma satisfatória as estruturas factoriais originais, mesmo quando estamos perante grandes amostras (Costello & Osborne, 2005), começou-se pela realização das análises factoriais exploratórias seguidas das análises factoriais confirmatórias, antes de testar o modelo de mediação.

No que refere ao ISMI, a melhor solução ficou constituída por quatro subescalas, que explicaram cerca de 56.17% da variância total. A subescala de resistência ao estigma não foi incluída no presente modelo dada a fraca correlação com as restantes subescalas, tal como em estudos anteriores que utilizaram o ISMI (e.g. Lysaker et al., 2007; Sibitz et al., 2009). No presente estudo os valores de consistência interna, analisados através do alfa de *Cronbach*, para a medida total foram adequados ($\alpha = .91$), tal como para as subescalas: .76 para a adesão aos estereótipos; .83 para a experiência de discriminação; .83 para o afastamento social e .86 para a alienação. Quanto aos

resultados da AFC, os valores dos índices de ajustamento revelaram-se igualmente satisfatórios: $\chi^2/df = 1.50$; CFI = .94; GFI = .87; RMSEA = .05; SRMR = .06.

Em relação à escala RSES, a solução factorial explicou cerca de 59.25% da variância total e os valores de consistência interna foram elevados ($\alpha = .89$). Os resultados da AFC para a estrutura unidimensional revelaram valores de ajustamento muito bons: $\chi^2/df = .80$; CFI = 1.00; GFI = .98; RMSEA = .00; SRMR = .02.

Relativamente ao WHOQOL-Bref, a melhor solução factorial ficou composta por cinco domínios, quatro dos quais consistentes com a estrutura original da medida: psicológico, físico, relações sociais e ambiente. Tal como verificado em outros estudos, os desafios à dimensionalidade desta medida persistem, em particular no que diz respeito ao domínio físico (Castro, Hökerberg & Passos, 2013). Concretamente, no presente estudo, dois dos itens que na versão alargada – WHOQOL-100 pertencem ao domínio nível de independência (actividades da vida quotidiana e capacidade de trabalho) e integrados no domínio físico no WHOQOL-Bref, constituíram um domínio autónomo, situação que parece demonstrar que se trata de um domínio teoricamente diferente e validado pelo WHOQOL-100. Os resultados das AFE explicaram cerca de 65.36% da variância total, superior à maioria dos estudos com quatro domínios (e.g. Skevington et al., 2004). Os valores dos alfas de *Cronbach* para os cinco domínios foram os seguintes: .85 para o psicológico; .73 para o físico; .73 para as relações sociais; .68 para o ambiente e .77 para o nível de independência. Em relação aos resultados da AFC, os valores dos índices de ajustamento foram adequados: ($\chi^2/df = 1.68$; CFI = .94; GFI = .90; TLI = .92; RMSEA = .06; SRMR = .03).

3.2. Intercorrelações entre as variáveis

Os valores de correlação de *Pearson* foram analisados para avaliar as relações entre as variáveis do modelo: estigma internalizado, auto-estima e domínios da qualidade de vida (Tabela 14). Tal como previsto, observou-se uma correlação negativa entre estigma internalizado e auto-estima ($r = -.52$, $p < .001$) e entre estigma internalizado e todos os domínios da qualidade de vida. Especificamente, verificou-se que níveis mais elevados de estigma internalizado se encontravam correlacionados com níveis mais baixos de qualidade de vida no domínio psicológico ($r = -.48$, $p < .001$), físico, ($r = -.18$, $p < 0.001$), ambiente ($r = -.28$, $p < .001$), relações sociais ($r = -.25$, $p <$

.001) e nível de independência ($r = -.34, p < .001$). Ainda, e tal como esperado, uma correlação positiva entre auto-estima e todos os domínios da qualidade de vida. Concretamente, verificou-se uma forte correlação positiva entre auto-estima e o domínio psicológico ($r = .72, p < .001$) e correlações positivas tendencialmente mais fracas a moderadas com o domínio físico ($r = .24, p < .001$), ambiente ($r = .38, p < .001$), relações sociais ($r = .30, p < .001$) e nível de independência ($r = .45, p < .001$) da qualidade de vida.

Tabela 14

Correlações de Pearson entre estigma internalizado, auto-estima e domínios da qualidade de vida (N=403)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estigma Internalizado ^a										
1. ISMI Total										
2. Afastamento Social	.84***									
3. Adesão aos Estereótipos	.62***	.34***								
4. Experiência Discriminação	.77***	.50***	.40***							
5. Alienação	.87***	.64***	.40***	.57***						
Qualidade de Vida ^b										
6. Psicológico	-.48***	-.44***	-.15**	-.31***	-.51***					
7. Físico	-.18***	-.21***	-.05	-.04	-.20***	.27***				
8. Relações Sociais	-.25***	-.17**	-.13*	-.27***	-.20***	.39***	.01			
9. Ambiente	-.28***	-.20***	-.15*	-.24***	-.27***	.45***	.16**	.29***		
10. Nível Independência	-.34***	-.27***	-.15**	-.22***	-.36***	.48***	.47***	.22***	.32***	
11. Auto-Estima ^c	-.52***	-.45***	-.14**	-.36***	-.56***	.72***	.24***	.30***	.38***	.45***

^a ISMI – Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental

^b WHOQOL-Bref – Questionário de Qualidade de Vida da OMS

^c RSES - Escala de Auto-Estima de Rosenberg

* $p < .05$ ** $p < .01$; *** $p < .001$

3.3. A auto-estima como mediadora entre o estigma internalizado e domínios da qualidade de vida

Neste estudo, foi proposto um modelo para analisar o papel da auto-estima como mediadora da relação entre o estigma internalizado e os domínios que compõem a qualidade de vida em pessoas com doença mental.

O modelo apresentado revelou uma boa qualidade de ajustamento: $\chi^2/gl = 2.21$; CFI = .98; GFI = .98; TLI = .96, RMSEA = .06; SRMR = .03 (Figura 6). Os resultados obtidos via método de máxima verosimilhança (ML) foram validados pelo método não-paramétrico de reamostragem *bootstrap*, tendo-se revelado um enviesamento mínimo entre os dois métodos. Os efeitos directos, indirectos e totais são apresentados na Tabela 15. Tal como previsto, a auto-estima demonstrou ter um efeito mediador na relação entre estigma internalizado e domínios da qualidade de vida. O estigma internalizado revelou um efeito negativo significativo na auto-estima (Beta = -.59, $p < .001$) e um efeito indirecto negativo em todos os domínios da qualidade de vida, no qual ocorrem situações de mediação parcial e total. O efeito directo do estigma internalizado mantém-se significativo no domínio psicológico (Beta = -.20, $p < .001$), ambiente (Beta = -.14, $p < .05$) e nível de independência (Beta = -.19 $p < .01$) e, nestes casos, está-se perante uma mediação parcial. Por outro lado, verifica-se uma mediação total por parte da auto-estima em relação ao domínio físico (Beta = -.12 $p > .05$) e relações sociais (Beta = -.12 $p > .05$), já que o efeito directo do estigma internalizado deixa de ser significativo.

No modelo só com efeitos totais cerca de 34.2% da variância da auto-estima é explicada pelo estigma internalizado. Por sua vez, no modelo com o estigma internalizado e com a mediadora auto-estima são explicados cerca de 54.0% da variância no domínio psicológico, 22.0% da variância no domínio nível de independência, 17.0% da variância no domínio ambiente, 9.0% da variância no domínio físico e 8.0% da variância no domínio relações sociais.

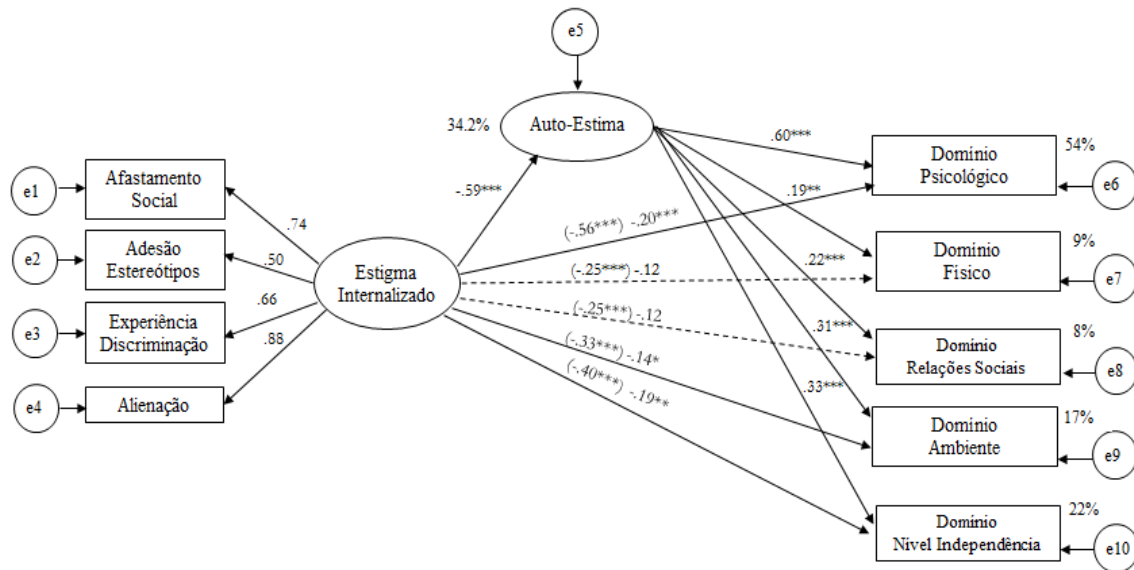


Figura 6. Resultados do Modelo estigma internalizado, auto-estima e domínios da qualidade de vida

Nota. Os rectângulos representam As variáveis observadas. As ovas representam as variáveis latentes. Os números entre parenteses representam os efeitos totais. As setas contínuas representam a mediação parcial; setas contínuas representam mediação total. Os coeficientes estandardizados são reportados.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Tabela 15

Modelo de Mediação: efeitos directos, indirectos e totais

	Auto-Estima	Domínios da qualidade de Vida										
		Psicológico		Físico		Relações Sociais		Ambiente		Nível de Independência		
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
<i>Efeitos Directos</i>												
Estigma Internalizado	-.366***	.031	-4.082***	1.003	-2.205	1.258	-2.274	1.317	-2.757*	1.292	-4.338**	1.423
Auto-Estima			20.153***	1.478	5.803**	1.866	7.001***	1.953	10.077***	1.914	12.119***	2.105
<i>Efeitos Indirectos</i>												
Estigma Internalizado			-7.371***	.826	-2.122**	.706	-2.561***	.747	-3.685***	.767	-4.432***	
<i>Efeitos Totais</i>												
Estigma Internalizado			-11.646***	1.032	-4.621***	1.003	-5.016***	1.060	-6.592***	1.069	-9.042***	1.183

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objectivo testar um modelo teórico no qual a relação entre estigma internalizado e os domínios da qualidade de vida é mediada pela auto-estima. De acordo com a primeira hipótese, os resultados revelaram que o estigma internalizado se correlaciona negativamente com a auto-estima, resultados estes consistentes com outros estudos que sublinharam os efeitos prejudiciais do estigma internalizado na auto-estima (Corrigan et al., 2006; Link et al., 2001; Lysaker et al., 2007; Werner et al., 2007).

Os resultados igualmente suportaram a segunda hipótese que predizia que o estigma internalizado se correlaciona negativamente com os domínios da qualidade de vida. Estes resultados confirmam outras investigações que demonstraram o impacto negativo do estigma internalizado na qualidade de vida de pessoas com doença mental (Depla, de Graaf, van Weeghel & Heeren et al., 2005; Kondrat & Early, 2011), acrescentando uma maior compreensão quanto aos efeitos do estigma internalizado em domínios específicos da qualidade de vida: psicológico, físico, relações sociais, ambiente e nível de independência. Tais resultados sugerem que os serviços de saúde mental e as estratégias de tratamento devem abranger uma diversidade de áreas da vida dos indivíduos que possam reflectir diferentes aspectos da sua qualidade de vida (Freeman, 2006).

No que diz respeito à terceira hipótese, os resultados indicaram a existência de uma relação positiva entre auto-estima e os domínios da qualidade de vida. Estes resultados estão em linha com um estudo que verificou que níveis mais baixos de auto-estima se encontram associados a pior qualidade de vida em diversos domínios em pessoas com doença mental acompanhadas na comunidade (Murphy & Murphy, 2006). Estes resultados são também aqui validados, o qual ilustra que áreas complementares mas relativamente independentes da qualidade de vida constituem aspectos centrais da vida das pessoas. Desta forma, o presente estudo sugere que intervenções focadas na melhoria da auto-estima podem contribuir para melhorar a qualidade de vida de pessoas com problemas de saúde mental. Em particular, tais intervenções podem ser clinicamente benéficas quer para aqueles que se encontrem institucionalizados quer para os que estejam a viver na comunidade.

Tal como previsto na quarta hipótese, a auto-estima mediou a relação entre o estigma internalizado e os diversos domínios que compõem a qualidade de vida. Estes resultados corroboram parcialmente as conclusões da investigação de Mashiach-Eizenberg et al. (2013), uma vez que no seu estudo os autores avaliaram a satisfação com a qualidade de vida como uma medida global. No presente estudo, optou-se por usar uma medida multidimensional e os cinco domínios que constituem a qualidade de vida em relação à intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Deste modo, os resultados do modelo actual fornecem suporte à noção de que o estigma internalizado exerce, em diferentes proporções, efeito negativo em domínios específicos da qualidade de vida e através do mecanismo da auto-estima; para além de enfatizar a natureza multidimensional da qualidade de vida e de preservar na análise os diversos domínios que a constituem. Observou-se uma mediação total da auto-estima na relação entre o estigma internalizado e os domínios físico e relações sociais, tendo esta relação sido parcialmente mediada em relação aos domínios: psicológico, ambiente e nível de independência.

Quanto aos efeitos negativos do estigma internalizado na saúde física, os resultados sugerem que a auto-estigmatização parece influenciar o experienciar de limitações relacionadas com queixas somáticas e limitações físicas (i.e., ao nível da: energia, mobilidade, sono e descanso, experiência de dor e desconforto, dependência da medicação ou do tratamento).

O estigma e a auto-estima influenciam de diferentes formas a saúde das pessoas. Major e O'Brien (2005) sugerem, por exemplo, que a percepção do estigma prejudica a saúde física e saúde mental. Esse prejuízo pode contribuir para a manifestação ou exacerbação de sintomas físicos (i.e., somatização, ansiedade, preocupação e evitamento social, Ertugrul & Ulug, 2004). Contrariamente ao efeito produzido pelo estigma, na clínica, a auto-estima tem sido considerada uma componente essencial para a manutenção da saúde física e mental (Mann et al., 2004). Desta forma, enquanto mecanismo de protecção do *self*, a auto-estima poderá ser exercer um papel mediador entre o estigma internalizado e sintomas físicos.

Relativamente ao impacto do estigma internalizado nas relações sociais, os resultados obtidos são consistentes com os resultados do estudo INDIGO para a esquizofrenia (Thornicroft et al., 2009). Os resultados desta investigação multicêntrica envolvendo 27 países indicou que cerca de 43% a 47% dos participantes reportaram

experiências de discriminação perante tentativas em iniciar e manter uma amizade ou em relação a membros da família. Esta conclusão foi fortemente consistente entre países. Indicou ainda que a antecipação da discriminação se tratava de uma experiência comum entre os participantes.

Apesar dos contributos que este estudo poderá trazer para a prática clínica, o mesmo apresenta limitações. A metodologia de recolha de dados, conduzida presencialmente pelo investigador, não poderá garantir que as respostas não sejam influenciadas pelo factor de estigmatização social. Também, tendo em conta que se tratou de um estudo de natureza correlacional, não se podem inferir relações de causalidade pelo que no futuro estudos longitudinais poderão contribuir para uma melhor sustentação do modelo aqui proposto.

Com replicação, uma série de implicações teóricas e clínicas poderão advir do presente estudo. Por exemplo, sendo certo que alguns sintomas da doença mental grave poderão nunca deixar de se manifestar completamente, o objectivo do processo de reabilitação deve passar também por ajudar a pessoa a lidar com a sua condição com o mínimo custo pessoal e sofrimento possível e potenciando ao máximo a sua qualidade de vida.

Nesse sentido, intervenções focadas na diminuição do estigma internalizado podem revelar-se clinicamente benéficas na intervenção com pessoas com doença mental, em particular, se direccionadas para áreas nucleares da qualidade de vida.

Os resultados deste estudo sugerem que a melhoria da auto-estima daqueles que internalizam os estereótipos negativos devido à sua doença mental e detêm atitudes negativas face a si próprios em resultado da internalização do estigma pode favorecer a sua qualidade de vida. Manter um certo nível de auto-estima parece ser crucial para o *recovery* dado constituir-se um factor de protecção em todos os domínios da qualidade de vida. Dado que a auto-estima reflecte a satisfação geral com a vida, modificável em função das auto-percepções e respostas sociais (Crocker & Wolfe, 2001), intervir directamente na auto-estima pode, de facto, constituir-se como uma abordagem eficiente (McManus, Waite & Shafran, 2009). Por exemplo, intervenções baseadas na modificação de crenças negativas em relação ao *self* (e.g. Terapia cognitiva e comportamental, Beck, 1995) têm demonstrado grande potencial no restabelecimento de uma auto-estima positiva (Borras et al., 2009). Neste sentido, iniciativas que se destinem a aumentar a auto-estima podem ser mais eficientes e duradouras;

contribuindo para diminuir os efeitos negativos do estigma internalizado em diferentes domínios da qualidade de vida de pessoas com doença mental.

Em linha com a perspectiva de que uma transformação positiva do *self* constitui um aspecto fundamental para o *recovery*, recentemente foi desenvolvida uma terapia em grupo destinada a intervir no estigma internalizado (Narrative Enhancement and Cognitive Therapy, NECT, Yanos, Roe & Lysaker, 2011). A NECT combina a psicoeducação, reestruturação cognitiva e terapia narrativa e foi desenvolvida para apoiar pessoas com doença mental no processo de identificação e reavaliação das suas crenças em relação a si próprias. O objectivo é que progressivamente as pessoas se sintam capazes de construir uma nova história na qual os estereótipos auto-estigmatizantes deixem de ser dominantes (Roe et al., 2010). Esta abordagem tem tido resultados relativamente promissores na redução do estigma internalizado e na melhoria da auto-estima, esperança e qualidade de vida (Roe et al., 2014). Nesta medida, avaliar longitudinalmente a potencial eficácia da NECT em diversos domínios da qualidade de vida em pessoas com doença mental pode conduzir a resultados promissores para a reabilitação psicossocial.

Este estudo não avaliou métodos específicos para reduzir o estigma ou a auto-estima. Contudo, trata-se de um estudo que pode trazer novos contributos para a investigação e tratamento de pessoas com doença mental. Desafiar o estigma internalizado e auto-estima muito possivelmente contribuirá para melhorar a qualidade de vida. Para além de que abordar diretamente o impacto do estigma internalizado na auto-estima pode ajudar aqueles que se vêem como ‘doentes mentais’ a passarem a ver-se como pessoas capazes de gerir a sua doença.

CAPÍTULO 5

PERFIS CLÍNICOS DE EXPERIÊNCIAS DE ESTIGMATIZAÇÃO, AUTO-ESTIMA E RELAÇÕES SOCIAIS EM PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA, PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS E BIPOLARES

ESTUDO 3

Este capítulo é baseado no artigo:

Oliveira, S. E. H., Esteves, F., & Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders, *Psychiatry Research*, 229, 167-173.

RESUMO

Algumas doenças mentais e diversos contextos de tratamento podem ser extremamente estigmatizantes, situação que parece estar associada a uma diminuição da auto-estima e deterioração da qualidade das relações sociais em pessoas com doenças mentais. O presente estudo teve como objectivo identificar perfis clínicos caracterizados por diagnósticos mais fortemente associados a contextos de tratamento e ao estigma internalizado, auto-estima e satisfação com as relações sociais. Constituiu ainda objectivo deste estudo analisar a associação entre perfis clínicos e indicadores sociodemográficos. Para o efeito, realizou-se análise de correspondências múltiplas (ACM) e análise de *clusters* com base numa amostra de 261 indivíduos com esquizofrenia e perturbações do humor clinicamente acompanhados em contextos de base hospitalar e de base comunitária. Os resultados da ACM configuram a existência de quatro perfis clínicos distintos permitindo uma diferenciação entre níveis de: estigma internalizado, satisfação com as relações sociais e auto-estima. No geral, os resultados evidenciam que o estigma internalizado é um problema comum e persistente entre pessoas com esquizofrenia e perturbações do humor. Em particular, a associação entre a internalização do estigma e a insatisfação com as relações sociais e os indicadores sociodemográficos parece constituir-se um factor de risco para o isolamento social na esquizofrenia, situação que pode agravar o curso da perturbação. Os resultados do presente estudo sugerem a importância de se desenvolverem intervenções estruturadas com vista à redução do estigma internalizado e exclusão social daqueles que sofrem perdas ao nível dos seus papéis e redes de suporte social.

Palavras-chave: perfis clínicos, diagnóstico, estigma internalizado, relações sociais, auto-estima, análise de correspondências múltiplas, análise de *clusters*.

1. INTRODUÇÃO

A evidência tem demonstrado que determinadas doenças mentais (e.g. esquizofrenia) e certos contextos de tratamento (e.g. hospitais psiquiátricos) podem ser extremamente estigmatizantes.

Se, por um lado, o estigma face à doença mental reflecte estereótipos negativos geralmente adoptados pelo público acerca de pessoas com perturbações psiquiátricas, o estigma internalizado (ou auto-estigma) constitui, por sua vez, uma desaprovação interna que se refere à aceitação e aplicação dos estereótipos face a si próprio (Ritsher & Phelan, 2004). Trata-se de um processo no qual a pessoa tende a sentir-se alienada e a afastar-se dos outros. Em particular, o estigma internalizado parece influenciar negativamente domínios da qualidade de vida relacionados com a satisfação com a família e com as relações sociais (Park, Bennett, Couture & Blanchard 2013). Esta experiência parece também ser exacerbada pelo diagnóstico clínico dado que alguns sinais que permitem identificar determinada doença mental podem funcionar como um rótulo, desempenhando um papel determinante no processo de estigmatização (Corrigan, 2007; Schumacher, Corrigan & Dejong, 2003). A acrescer ao sofrimento causado pela intensidade dos sintomas (e.g. alucinações), as pessoas com doenças mentais crónicas sofrem daquilo a que podemos chamar de uma ‘segunda doença’, isto é, o estigma da doença mental (Finzen, 1996).

De acordo com a teoria da rotulagem modificada da doença mental (*labeling theory on mental illness*, Link, 1982; Link et al., 1989), as pessoas formulam concepções acerca da doença mental muito antes de desenvolverem um problema psiquiátrico. Tais concepções adquirem uma nova relevância quando um indivíduo inicia um tratamento psiquiátrico, devido ao estigma associado. Ainda segundo esta linha de reflexão, as crenças do próprio acerca da desvalorização são transformadas numa expectativa pessoal de rejeição como empregado, vizinho, amigo ou parceiro íntimo através do mecanismo de internalização do estigma, condicionando muitas vezes as circunstâncias da sua vida.

As pessoas com doenças mentais crónicas que interiorizam atitudes sociais negativas tendem a antecipar a discriminação por parte dos outros e a desenvolver estratégias de evitamento tais como afastarem-se das interacções sociais (Yanos et al., 2008). A tendência para recorrer a tais estratégias para lidar com os sintomas e com os

efeitos do estigma parecem potenciar o risco de isolamento social, a falta adesão ou descontinuidades no tratamento. Parece ainda influenciar negativamente o processo de reabilitação dado representar um esforço para evitar o estatuto de 'doente mental' ou de ser confrontado com o estigma associado à condição de saúde.

Os efeitos da estigmatização têm sido relatados em diversos estudos. Por exemplo, num estudo longitudinal com participantes com duplo diagnóstico de doença mental e abuso de substâncias (N = 84), os autores verificaram que os efeitos do estigma permaneceram relativamente inalterados apesar de se ter verificado uma resposta favorável ao tratamento e especificamente, terem ocorrido melhorias na sintomatologia e funcionalidade um ano após os participantes terem iniciado o tratamento (Link et al., 1997)

Tal como em relação ao estigma, o interesse em torno do fenómeno da internalização do estigma na doença mental tem vindo a aumentar até pela evidência do sofrimento associado. Por exemplo, num estudo sobre estigma internalizado desenvolvido por Yanos et al. (2008) com uma amostra de pessoas com diagnósticos do espectro da esquizofrenia (N = 102) ficou demonstrado que o estigma internalizado produz efeitos negativos na auto-estima e esperança destas pessoas, conduzindo a piores resultados em termos do seu processo de *recovery*. Para além deste, outros estudos têm demonstrado as consequências negativas da internalização do estigma. Designadamente, os resultados das investigações têm sido consistentes quanto à associação positiva entre estigma internalizado e desmoralização, falta de suporte social, pior qualidade de vida e dificuldade na obtenção de habitação e emprego (e.g. Link, 1982; Page 1995; Ritsher & Phelan, 2004; Lysaker et al., 2007; Mashlach-Eizenberg, 2013). Outros dados envolvendo 27 países demonstraram que indivíduos com esquizofrenia referem sentir-se discriminados ao nível das relações interpessoais e familiares e em relacionamentos íntimos ou sexuais (Thornicroft et al., 2009). O estigma internalizado tem também sido associado a auto-estima diminuída (Lysaker et al., 2008; Yanos et al, 2008; Corrigan et al, 2006) e perda de qualidade de vida daqueles que são rotulados como "doentes mentais" (Link & Phelan, 2001; Markowitz, 1998; Rosenfield, 1997). Em geral, estes dados são concordantes com os resultados relatados por Livingston & Boyd (2010) numa revisão sistemática e meta-análise sobre estigma internalizado, o qual confirmou os seus efeitos negativos em diversas variáveis psicossociais, incluindo auto-estima, qualidade de vida e apoio social.

Porém estes autores verificaram que enquanto que na maioria dos estudos o estigma internalizado se encontrava positivamente associado com a gravidade dos sintomas, os resultados em relação a outras variáveis psiquiátricas tais como o diagnóstico clínico e contexto de tratamento têm produzido resultados menos consistentes. Por exemplo, num estudo com participantes com perturbações depressivas e esquizofrenia verificou-se que estes últimos referiram sentir-se mais auto-estigmatizados, constata-se que o acesso aos diversos papéis sociais constituía um aspecto particularmente difícil para estes indivíduos (Holzinger, Beck, Munk, I., Weithaas & Angermeyer, 2003). Estes resultados estão em consonância com outros estudos que sugerem que as experiências de rejeição foram mais prevalentes entre pessoas com perturbações psicóticas (Lundberg, Hansson, Wentz & Bjorkman, 2008). Num outro estudo concluiu-se ainda que as pessoas com esquizofrenia reportaram maior insatisfação com as relações sociais comparativamente com aqueles com perturbações depressivas (Ritsner et al., 2000).

Ainda assim, pouco se sabe sobre se determinadas dimensões do estigma internalizado podem estar negativamente associadas à auto-estima e satisfação com as relações sociais (i.e. relações pessoais, apoio social e actividade sexual); pelo que, apesar da relevância deste tópico, esta mantém-se, porém, uma área pouco explorada.

O presente estudo visa contribuir para colmatar a lacuna em relação à *"falta de informação sobre os efeitos que o estigma pode ter em pessoas com diferentes perturbações mentais"* (Rüsch, et al, 2005, p. 536) e, se possível, para melhorar as estratégias de tratamento dirigidas a pessoas com doença mental. Pretende tornar evidente os potenciais efeitos negativos associados ao diagnóstico (Link et al., 1989) tendo em conta o estigma associado, ao mesmo tempo sustentado pela necessidade de investigar o estigma internalizado em diversos contextos de tratamento (West et al, 2011). Para o efeito, propõe-se explorar perfis clínicos analisando, na perspectiva de pessoas com esquizofrenia e perturbações do humor, eventuais variações ao nível da internalização do estigma, auto-estima e satisfação com as relações sociais. Concretamente, o presente estudo tem como objectivo identificar, entre pessoas com esquizofrenia e perturbações do humor: 1) perfis clínicos caracterizados por diagnósticos que se encontrem mais fortemente associados a determinados contextos de tratamento, bem como associados ao estigma internalizado, auto-estima e satisfação

com as relações sociais e 2) associações entre os perfis clínicos e indicadores sócio-demográficos específicos.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

Após aprovação por parte das entidades que aceitaram colaborar neste estudo, os participantes que preenchiam os critérios de inclusão e que manifestaram disponibilidade para colaborar foram encaminhados pelo psiquiatra assistente. Os objectivos do estudo foram explicados e todos os participantes assinaram consentimento informado.

Foi seleccionada uma amostra constituída por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (n=147), perturbações depressivas (n=81) e perturbações bipolares (n=33). Todos os participantes encontravam-se clinicamente acompanhados por serviços de saúde mental de base hospitalar (consultas externas, internamento de curta duração e internamento de longa duração) e em serviços de base comunitária. Da amostra seleccionada, 147 indivíduos tinham diagnóstico de esquizofrenia (56.3%) e 114 estavam diagnosticados como tendo uma perturbação do humor (43.7%). Cento e quarenta e cinco eram homens (55.6%), sendo a média de idades de 45.79 ($SD = 12.21$; 20-79); mais de metade dos participantes estavam solteiros (59.4%) e 24.9% casados ou a viver em união de facto; 20.3% haviam completado 4 anos de escolaridade, 38.3% terminaram o 9º ano, 22.6% concluíram o secundário e 16% frequentaram estudos universitários e pós-graduados.

2.2. Medidas

2.2.1. Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental - ISMI

A versão portuguesa do ISMI é uma medida composta por 28 itens (Oliveira et al., 2015) adaptada da versão original (Ritsher et al., 2003) e destina-se a avaliar a experiência subjectiva da internalização do estigma associado à doença mental. O ISMI é cotado segundo uma escala de *Likert* com quatro opções possíveis: 1 = Discordo

plenamente, 2 = Discordo, 3 = Concordo, 4 = Concordo plenamente, com valores mais elevados a indicarem níveis mais elevados de estigma internalizado. No presente estudo, a análise das pontuações foi baseada no método de 4 categorias proposto por Lysaker e colaboradores (2007): 1.00-2.00: mínimo estigma internalizado; 2.01-2.50: baixo estigma internalizado; 2.51-3.00: moderado estigma internalizado; 3.01-4.00: elevado estigma internalizado.

Os coeficientes de alfa de *Cronbach* para as quatro subescalas nesta amostra foram: .73 para a Adesão aos Estereótipos, .85 para a Experiência de Discriminação, .83 para o Afastamento Social e .86 para a Alienação.

2.2.2. Escala de Auto-Estima de Rosenberg – RSES

A auto-estima foi avaliada através da versão portuguesa da RSES (Santos & Maia, 2003), que inclui 10 itens organizados segundo uma escala de *Likert* (1 = Concordo fortemente 2 = Concordo, 3 = Discordo, 4 = Discordo fortemente). Valores mais altos indicam níveis mais elevados de auto-estima. A variável compósita que resultou da soma dos itens foi categorizada da seguinte forma: 1.00-2.00: mínima auto-estima; 2.01-2.50: baixa auto-estima; 2.51-3.00: moderada auto-estima; 3.01-4.00: elevada auto-estima. Nesta amostra, o coeficiente de alfa de *Cronbach* para a RSES foi .88.

2.2.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Forma Abreviada (WHOQOL-Bref).

Neste estudo foi utilizado o domínio relações sociais (relações pessoais, suporte social e actividade sexual) da versão portuguesa do WHOQOL-Bref, um instrumento composto por 26 itens que avaliam a qualidade de vida (Vaz Serra et al., 2006). As questões são organizadas segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos, com valores mais elevados a indicarem melhor qualidade de vida. Em linha com os objectivos do presente estudo, as facetas do domínio relações sociais foram categorizadas da seguinte forma: 1.00-2.99: Insatisfeito; 3.00-3.99: Nem satisfeito nem insatisfeito; 4.00-5.00: Satisfeito. O coeficiente de alfa de *Cronbach* encontrado para o domínio relações sociais nesta amostra foi .79.

2.3. Análise dos dados

A fim de identificar perfis clínicos foi realizada uma análise de correspondências múltiplas (ACM) sobre as variáveis categorizadas associadas aos diagnósticos clínicos, contexto de tratamento, estigma internalizado, auto-estima e relações sociais (variáveis activas).

A ACM é um método de análise multivariada de dados usada para analisar as interrelações entre múltiplas variáveis categorizadas (Carvalho, 2008; Greenacre, 2007). Com base na projecção das categorias das múltiplas variáveis, tomados como pontos num espaço dimensional, nomeadamente, através de gráficos bi-dimensionais, a ACM disponibiliza a representação gráfica das associações que se estabelecem entre as categorias, permitindo identificar a configuração multivariada de, neste caso, perfis clínicos. Posteriormente, foi realizada uma análise de *clusters* (Hair et al., 2010) de forma a agrupar os indivíduos de acordo com o seu perfil clínico. Os *scores* factoriais decorrentes da solução ACM – e que sustentam a configuração dos diferentes perfis – foram usados como variáveis de *input* na análise de clusters. Foi implementado um algoritmo de optimização (k-médias) (Bernardes, Silva, Carvalho, Costa & Pereira, 2014; Dumais et al, 2011; Ramos & Carvalho, 2011). As análises estatísticas foram elaboradas através do SPSS versão 20.0.

3. RESULTADOS

Os resultados da ACM revelaram duas dimensões distintas que estruturam a configuração multidimensional dos perfis clínicos. A tabela 16 apresenta as medidas de discriminação e contribuições das variáveis activas para as duas dimensões. A dimensão 1 discrimina entre as diferentes subescalas do estigma internalizado, auto-estima e satisfação com as relações sociais. Por sua vez, a dimensão 2 diferencia entre os diagnósticos clínicos e contextos de tratamento associados. A variável relações pessoais apresenta uma contribuição mais elevada na dimensão 2, contudo teoricamente se deva associar à dimensão 1.

Tabela 16

Medidas de discriminação e contribuição das variáveis activas

Variáveis Activas	Dimensão 1		Dimensão 2	
	Discriminação	Contribuição (%)	Discriminação	Contribuição (%)
Contexto Tratamento	0.028	0.90	0.667	28.04
Diagnóstico Clínico	0.070	2.22	0.586	24.64
Alienação	0.606	19.25	0.113	4.76
Adesão Estereótipos	0.457	14.51	0.001	0.03
Experiência Discriminação	0.521	16.57	0.045	1.90
Afastamento Social	0.594	18.87	0.131	5.52
Relações Pessoais	0.120	3.80	0.363	15.27
Actividade Sexual	0.198	6.30	0.217	9.14
Suporte Social	0.246	7.83	0.059	2.47
Auto-Estima	0.307	9.75	0.196	8.23
Total Activas	3.147	100.00	2.378	100.00
Inércia	0.315		0.238	

Nota: Assinaladas a negrito as variáveis com medida de discriminação superior à inércia em cada dimensão

Os resultados da configuração topológica (sustentada pela intersecção das duas dimensões) permitiram identificar quatro perfis clínicos distintos que agruparam os participantes em quatro grupos (Figura 7). Para a descrição de cada perfil foram consideradas as categorias com maior contribuição para explicar a inércia de cada dimensão.

O perfil do *cluster 1* está privilegiadamente associado às seguintes categorias: perturbações do humor (i.e., perturbações depressivas e perturbações bipolares), a receber tratamento em consultas externas, satisfação com as suas relações pessoais e actividade sexual. Neste perfil o estigma internalizado não demonstrou tratar-se de uma experiência predominante.

O perfil do *cluster 2* encontra-se associado às mesmas características clínicas e acompanhadas no mesmo contexto de tratamento do *cluster 1*. Pode ainda observar-se a presença da categoria relativa ao atendimento em contexto de internamento de curta duração, apesar de se tratar de uma categoria residual (Tabela 17). Neste perfil predominam níveis mínimos a baixos de auto-estima e níveis elevados de: alienação, experiência de discriminação e afastamento social.

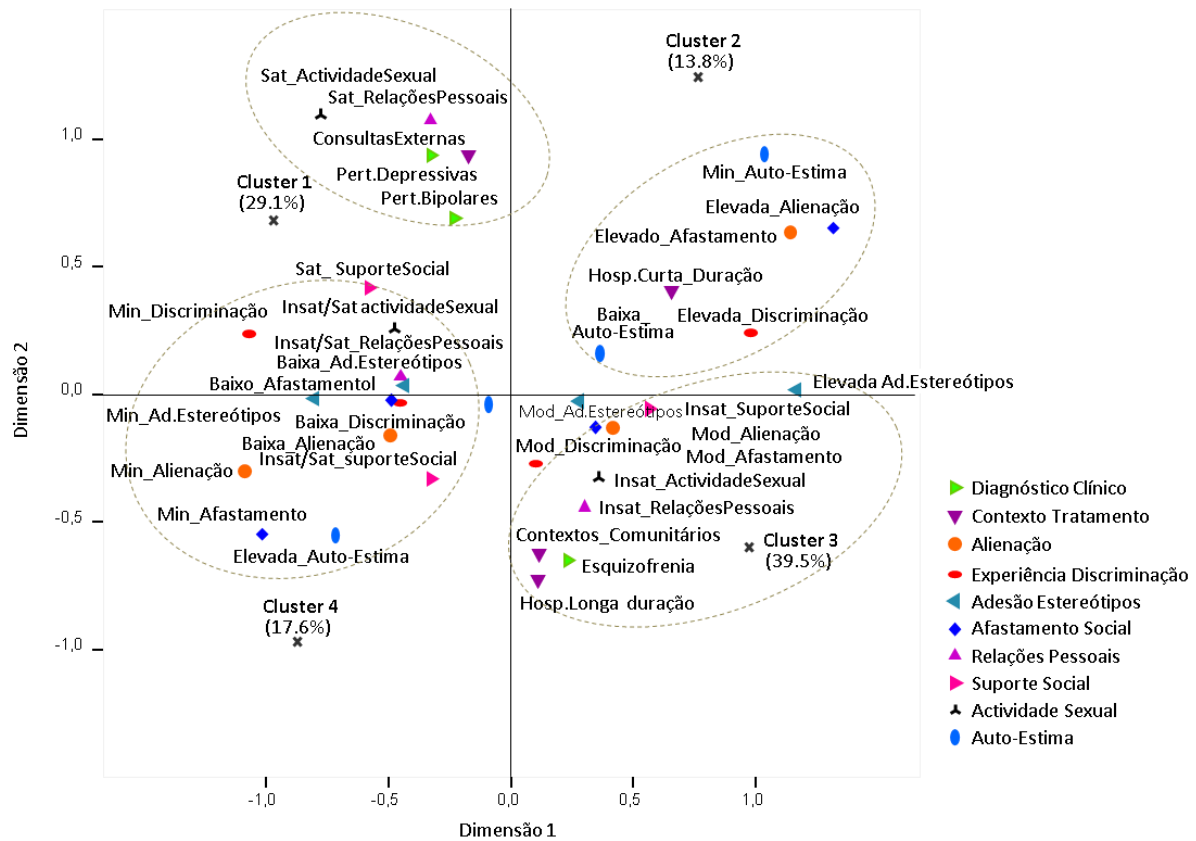


Figura 7. Configuração topológica dos perfis clínicos e tipologia (*clusters*) dos participantes

Por sua vez, o perfil do *cluster 3* encontra-se associado a participantes com esquizofrenia, tendencialmente seguidos em contextos de base hospitalar de longa duração mas também em contextos comunitários. Este perfil está associado a níveis de insatisfação com as relações sociais (relações pessoais, suporte social e actividade sexual); níveis moderados de: alienação, experiência de discriminação e afastamento social; e ainda níveis moderados a elevados de adesão aos estereótipos. Finalmente, o perfil do *cluster 4* está também associado à esquizofrenia e contextos de tratamentos caracterizados por institucionalização de longa duração e respostas na comunidade. Este perfil encontra-se associado a níveis mais elevados de auto-estima, níveis mínimos a baixos de: alienação, experiência de discriminação, afastamento social e adesão aos estereótipos. No que diz respeito às relações sociais este perfil tende a apresentar níveis intermédios.

Tabela 17

Características dos clusters: diagnóstico clínico, contexto de tratamento, estigma internalizado, relações sociais e auto-estima

Variáveis	Categorias	Cluster 1 (n=76, 29.1 %)		Cluster 2 (n=36, 13.8%)		Cluster 3 (n=103, 39.5) %		Cluster 4 (n=46, 17.6 %)		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Diagnóstico clínico	Esquizofrenia	9	11.8	3	8.3	94	91.3	41	89.1	
	Perturbações depressivas	50	65.8	25	69.4	5	4.9	1	2.2	
	Perturbações bipolares	17	22.4	8	22.2	4	3.9	4	8.7	
	Total	76	100.0	36	100.0	103	100.0	46	100.0	
Contexto tratamento	Consultas externas	64	84.2	35	97.2	12	11.7	1	2.2	
	Hospitalização curta duração	1	1.3	1	2.8	3	2.9	0	0.0	
	Hospitalização longa duração	2	2.6	0	0.0	46	44.7	21	45.7	
	Contexto comunitário	9	11.8	0	0.0	42	40.8	24	52.2	
Total	76	100.0	36	100.0	103	100.0	46	100.0		
Estigma internalizado	Alienação	Mín. Alienação	28	36.8	0	.0	3	2.9	29	63.0
		Baixa Alienação	28	36.8	1	2.8	18	17.5	15	32.6
		Mod. Alienação	20	26.3	8	22.2	54	52.4	2	4.3
		Elevada Alienação	0	0.0	27	75.0	28	27.2	0	0.0
	Total	76	100.0	36	100.0	103	100.0	46	100.0	
	Experiência discriminação	Mín. Discriminação	28	36.8	3	8.3	1	1.0	15	32.6
		Baixa Discriminação	25	32.9	3	8.3	14	13.6	16	34.8
		Mod. Discriminação	18	23.7	11	30.6	47	45.6	15	32.6
		Elevada Discriminação	5	6.6	19	52.8	41	39.8	0	0.0
	Total	76	100.0	36	100.0	103	100.0	46	100.0	
	Adesão estereótipos	Mín. Estereótipos	31	40.8	3	8.3	5	4.9	19	41.3
		Baixo Estereótipos	30	39.5	7	19.4	14	13.6	19	41.3
		Mod. Estereótipos	13	17.1	18	50.0	48	46.6	8	17.4
		Elevado Estereótipos	2	2.6	8	22.2	36	35.0	0	0.0
	Total	76	100.0	36	100.0	103	100.0	46	100.0	
	Afastamento social	Mín. Afastamento	16	21.1	0	0.0	3	2.9	21	45.7
Baixo Afastamento		45	59.2	5	13.9	27	26.2	24	52.2	
Mod. Afastamento		13	17.1	9	25.0	47	45.6	1	2.2	
Elevado Afastamento		2	2.6	22	61.1	26	25.2	0	0.0	
Total	76	100.0	36	100.0	103	100.0	46	100.0		
Relações sociais	Relações pessoais	Insat. Relações pessoais	26	34.2	11	30.6	81	78.6	29	63.0
		Insat/Sat. Relações pessoais	20	26.3	7	19.4	14	13.6	16	34.8
		Sat. Relações pessoais	30	39.5	18	50.0	8	7.8	1	2.2
	Total	76	100.0	36	100.0	103	100.0	46	100.0	
	Suporte social	Insat. Suporte social	23	30.3	21	58.3	67	65.0	15	32.6
		Insat/Sat. Suporte social	15	19.7	6	16.7	20	19.4	16	34.8
		Sat. Suporte social	38	50.0	9	25.0	16	15.5	15	32.6
	Total	76	100.0	36	100.0	103	100.0	46	100.0	
	Actividade sexual	Insat. Actividade sexual	26	34.2	17	47.2	87	84.5	27	58.7
		Insat/Sat. Actividade sexual	29	38.2	15	41.7	14	13.6	17	37.0
		Sat. Actividade sexual	21	27.6	4	11.1	2	1.9	2	4.3
	Total	76	100.0	36	100.0	103	100.0	46	100.0	
Auto-estima	Mín. Auto-estima	4	5.3	19	52.8	12	11.7	0	0.0	
	Baixa Auto-estima	20	26.3	10	27.8	30	29.1	3	6.5	
	Mod. Auto-estima	32	42.1	5	13.9	46	44.7	12	26.1	
	Elevada Auto-estima	20	26.3	2	5.6	15	14.6	31	67.4	
Total	76	100.0	36	100.0	103	100.0	46	100.0		

O segundo objectivo deste estudo foi o de explorar as associações entre os perfis clínicos e indicadores sociodemográficos específicos (Figura 8).

O perfil do *cluster 1*, caracterizado pelas perturbações do humor surge associado às seguintes características: sexo feminino, não solteiro, níveis mais baixos de escolaridade, estar empregado e, estar reformado por idade. Por outro lado, o perfil do *cluster 3*, marcado pela esquizofrenia está associado às categorias: sexo masculino, mais jovem, estar solteiro, níveis de escolaridade mais elevados e, estar reformado por invalidez.

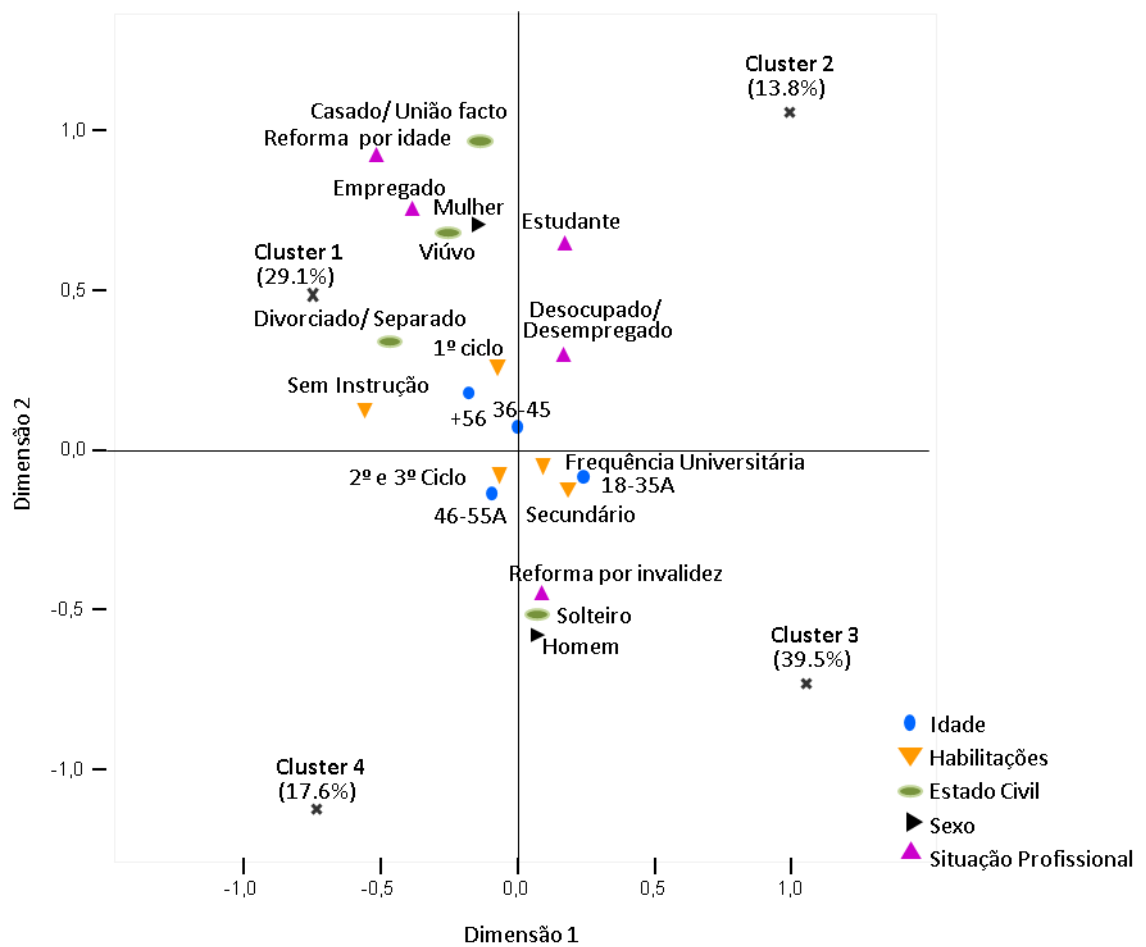


Figura 8. Associação entre as características sociodemográficas e grupos de indivíduos (*clusters*) com diferentes perfis clínicos

4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objectivo identificar perfis clínicos caracterizados por diagnósticos clínicos mais fortemente associados a determinados contextos de tratamento de saúde mental; assim como em relação ao estigma internalizado, auto-estima e satisfação com as relações sociais.

Os resultados do estudo demonstraram a existência de quatro perfis clínicos distintos e que permitiram diferenciar níveis de: auto-estigmatização, auto-estima e satisfação com as relações sociais.

Dois perfis clínicos encontraram-se associados a perturbações do humor (perturbações depressivas e bipolares) e nos quais os participantes estavam a ser seguidos em consultas externas de psiquiatria (*cluster 1* e *cluster 2*). O perfil do *cluster 2* apresentou maior tendência para a internalização do estigma em todas as subescalas que o compõem e menor auto-estima. Por sua vez, os perfis clínicos associados à esquizofrenia estavam tendencialmente acompanhados em contextos de hospitalização longa duração e na comunidade (*cluster 3* e *cluster 4*). No entanto, verificou-se uma diferenciação sobretudo no que diz respeito aos níveis de estigma internalizado e satisfação com as relações sociais apresentados. De ressaltar que, enquanto o perfil do *cluster 3* se encontrava associado a níveis moderados de estigma internalizado e insatisfação com as relações sociais, o perfil do *cluster 4* revelou os níveis mais baixos de estigma internalizado, níveis intermédios de satisfação com as relações sociais e ainda, níveis mais elevados de auto-estima.

Os resultados do presente estudo são suportados pela literatura que sugere que o estigma internalizado e a auto-estima se influenciam mutuamente (Corrigan et al., 2006; Link et al., 2001). Estes resultados são também consistentes com estudos prévios que demonstraram os efeitos negativos que o estigma internalizado pode exercer em particular face às pessoas com esquizofrenia, revelando “*o impacto destrutivo nas relações sociais daqueles que têm o estatuto de doentes mentais*” (Ritsher et al., 2003, p. 47).

O facto dos participantes com esquizofrenia reportarem resultados tão desanimadores pode ter várias explicações. Em primeiro lugar, as pessoas com esquizofrenia parecem estar mais expostas a reacções negativas por parte dos outros, em parte, devido à severidade e dos sintomas da doença. Neste sentido, o estigma associado

à doença mental parece ser particularmente insidioso em relação àqueles que apresentam sintomas mais severos e piores competências sociais evidenciando o impacto do diagnóstico na identidade social destas pessoas. Consequentemente, a identidade de se ‘ser doente mental’ pode tornar-se dominante na vida de alguns indivíduos, situação especialmente problemática para aqueles com esquizofrenia (Yanos, Roe & Lysaker, 2010). Os resultados deste estudo dão suporte às conclusões de estudos anteriores que destacaram a ocorrência do estigma internalizado em pessoas com esquizofrenia e perturbações do humor na Europa (Brohan et al., 2010; Brohan et al., 2011).

Em segundo lugar, a associação entre o estigma internalizado e o contexto de tratamento permanece uma questão relativamente inconsistente. Por exemplo, num estudo decorrido há quase três décadas Angermeyer e colegas (1987) compararam as percepções de estigma em pacientes acompanhados num hospital universitário integrado na comunidade com as de pacientes institucionalizados num hospital psiquiátrico isolado, prevendo que estes últimos reportassem maior estigma. No entanto, e contrariamente à previsão dos autores, aqueles que se encontravam institucionalizados reportaram menos expectativas de rejeição. Chee et al., (2005) também demonstraram que indivíduos com esquizofrenia, atendidos em ambulatório em hospitais gerais, reportaram maiores níveis de estigmatização comparativamente aos que estavam a ser tratados em serviços de internamento em hospitais psiquiátricos. Estes autores apuraram, contudo, que situação inversa se verificou em relação aos participantes com outras doenças mentais (neste caso, os que estavam internados em hospitais psiquiátricos demonstraram sentir-se mais estigmatizados do que os seus pares atendidos nos hospitais gerais), sugerindo que o diagnóstico clínico pode, de facto, ter um papel determinante na experiência de estigmatização.

Num outro estudo que procurou comparar as experiências de estigmatização em diferentes serviços de saúde mental, Verhaeghe et al. (2007) observaram que os indivíduos com doenças mentais crónicas seguidos em hospitais psiquiátricos reportaram maior rejeição social em comparação com aqueles em atendimento em hospitais gerais. De destacar que os autores também verificaram que os participantes que apresentaram mais sintomas da doença, para além de demonstrarem maior desvalorização e discriminação antecipada, reportavam maior rejeição e apresentavam níveis mais elevados de auto-rejeição. Estes resultados estão em linha com outras

investigações que sugerem que a severidade da doença parece ser um preditor importante do estigma (Pyne et al., 2004). De facto, o estigma desencadeado por um diagnóstico psiquiátrico pode tornar a aceitação do diagnóstico clínico numa tarefa particularmente difícil e stressante (Hasson-Ohayon et al., 2006).

Enquanto a maioria da investigação tem como propósito explicar a relação entre as variáveis numa base de causa-efeito, o presente estudo procurou, antes, analisar relações de interdependência no sentido de procurar contribuir para uma melhor compreensão da complexidade das relações entre as variáveis que podem influenciar cada perfil clínico. A este nível e que tenhamos conhecimento, nenhum outro estudo explorou se determinados diagnósticos clínicos podem estar mais fortemente associados a certos contextos de tratamento, assim como quanto à diferenciação entre níveis de estigma internalizado, auto-estima e satisfação com as relações sociais.

Os resultados deste estudo podem trazer implicações para o delinear de intervenções que tenham como objectivo a redução do estigma internalizado.

Por um lado, este estudo sugere que apesar dos hospitais psiquiátricos e as grandes instituições poderem ser severamente estigmatizantes, as respostas na comunidade não são ainda uma garantia de que as pessoas com doenças mentais crónicas experienciem menos discriminação e consigam alcançar melhor qualidade de vida (Angermeyer et al., 1987), e em particular no domínio das suas relações sociais.

Além disso, este estudo enfatiza a necessidade dos serviços de saúde mental modernos terem em consideração a redução do estigma internalizado com um objectivo fulcral do processo reabilitação psicossocial e um factor de risco modificável.

Intervenções terapêuticas foram recentemente desenvolvidas com o intuito de reduzir a experiência de internalização do estigma em pessoas com doenças mentais crónicas (e.g. Knight, Wykes & Hayward, 2006). A *Narrative Enhancement and Cognitive Therapy* (NECT), por exemplo, é uma proposta de intervenção inovadora que visa promover a redução do estigma internalizado e aumentar a auto-estima, esperança e qualidade de vida subjectiva (Roe et al., 2014). A NECT é uma abordagem que combina psicoeducação, reestruturação cognitiva e terapia narrativa, propondo-se promover uma experiência terapêutica orientada para o *recovery*, na qual a pessoa tem oportunidade de modificar as crenças negativas interiorizadas acerca da doença mental em geral, mas igualmente criar a possibilidade de construir uma nova narrativa acerca de si próprio. Esta intervenção representa um esforço importante para ajudar as pessoas com doenças

mentais crónicas a recuperar dos efeitos negativos resultantes de experiências de auto-estigmatização, através da promoção de mudanças positivas na forma como se vê a si próprio e vive a sua vida (Yanos et al., 2011).

Além de diminuir o auto-estigma, esforços adicionais deverão ser desenvolvidos com vista a melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças mentais crónicas, independentemente da ocorrência dos sintomas.

Relativamente à associação entre os perfis clínicos e os indicadores sociodemográficos, os nossos resultados revelaram que os perfis associados à esquizofrenia encontraram-se relacionados com as seguintes categorias: jovens, homens, indivíduos solteiros, pessoas a receber uma pensão por invalidez e, com níveis mais elevados de habilitações literárias, porquanto os perfis associados às perturbações do humor se encontravam relacionados com as seguintes categorias: mulheres, pessoas que não estão solteiras, empregadas ou a receber uma reforma por idade e, com níveis mais baixos de escolarização. Mais uma vez, estes resultados parecem sugerir que a experiência de internalização do estigma por parte daqueles que apresentam formas mais severas de doença mental, tal como esquizofrenia, pode traduzir-se numa perda de oportunidades sociais, colocando estas pessoas numa situação de maior vulnerabilidade face ao emprego, à possibilidade de constituir uma família e limitando a suas redes de suporte social (Sayce, 2001).

Algumas limitações devem ser consideradas neste estudo. Atendendo ao facto de se tratar de uma amostra para a qual não foi possível garantir critérios de representatividade, os resultados aqui apresentados não podem ser generalizados a toda a população com doença mental. Por exemplo, pessoas que actualmente não estejam a ser seguidas em serviços de saúde mental não se encontram representadas neste estudo. Ainda, devido a tratar-se de um estudo de natureza correlacional, os resultados carecem de replicação através de estudos longitudinais no sentido de melhor se compreenderem as associações entre as variáveis ao longo do tempo. Outra potencial limitação decorre do facto de se verificarem poucos casos na categoria de internamento de curta duração. Neste sentido, os resultados desta categoria específica deverão ser interpretados com especial cautela dada a sua sub-representação na amostra. Seria, portanto, muito importante que esta investigação pudesse ser disseminada a outros contextos de tratamento e com amostras representativas. Ainda, o facto da severidade dos sintomas

não ter sido controlada, através de instrumentos específicos, pode ser encarada como uma possível limitação desta investigação.

Apesar destas limitações, os nossos resultados reforçam a hipótese de que no geral, contextos de desinstitucionalização podem não ser sinónimo de redução da internalização do estigma, em particular para as pessoas que sofrem de perturbações graves como a esquizofrenia (McReynolds, Ward & Singer, 2002; Schulze & Angermeyer, 2003). Trata-se de uma situação especialmente importante para estas pessoas uma vez que estes indivíduos tendem a experienciar maior discriminação no estabelecimento e manutenção de relações sociais com amigos, familiares e parceiros íntimos (Thornicroft et al., 2009).

Uma vez que o estigma internalizado parece ser comum entre pessoas com doenças mentais independentemente do contexto de tratamento, os programas de reabilitação psicossocial deverão, para além de ajudar os indivíduos a lidar com os sintomas da doença, desafiar o estigma internalizado e direccionar-se no sentido de dar resposta às necessidades pessoais e sociais destas pessoas.

Em conclusão, melhorar a atenção social e clínica em relação a grupos particularmente vulneráveis, em risco de auto-estigmatização e de isolamento social, constitui um passo crucial para o desenvolvimento de intervenções focadas na promoção da inclusão social das pessoas com doença mental nas suas comunidades.

DISCUSSÃO GERAL

1. PRINCIPAIS CONCLUSÕES

O objectivo geral da presente tese foi o de contribuir para uma melhor compreensão do papel do estigma internalizado e a sua relação com a auto-estima e qualidade de vida na doença mental.

O estigma internalizado exerce um impacto negativo na auto-estima (e.g. Corrigan & Wassel 2008) e na qualidade de vida de pessoas com perturbações mentais (e.g. Kondrat & Early, 2011). Os resultados dos estudos desenvolvidos no âmbito desta tese sustentaram também estas conclusões suportando a hipótese de que a auto-estima actua como mediadora na relação entre estigma internalizado e domínios da qualidade de vida. Concretamente, o *modelo de mediação* construído e testado evidenciou que esta relação foi parcialmente mediada que nos domínios psicológico, ambiente e nível de independência, ocorrendo mediação total nos domínios físico e das relações sociais, domínios em que acção da auto-estima demonstrou ser particularmente saliente (Oliveira, Carvalho & Esteves, 2016). Estes resultados potenciaram um avanço face a investigações anteriores que não tiveram em conta a natureza multidimensional do constructo qualidade de vida (Mashiach-Eizenberg et al., 2013), porquanto a qualidade de vida implica uma “*valiosa interacção entre múltiplas dimensões ou domínios percebidos como importantes e não um fenómeno unidimensional*” (Skevington, 2002, p.136). No que se refere ao domínio físico, os resultados encontrados atestam a noção de que auto-estima exerce um papel de protecção na saúde física (i.e., energia; mobilidade; dor e desconforto; sono e descanso; dependência da medicação ou do tratamento). Da mesma forma, a auto-estima contribuiu para extinguir os efeitos negativos do estigma internalizado nas relações sociais (i.e. relações pessoais, apoio social e actividade sexual).

A evidência da auto-estima como factor de protecção face à internalização do estigma na doença mental e suas repercussões na qualidade de vida pode assumir um papel determinante para a investigação e prática clínica. Ainda assim, os resultados dos estudos desenvolvidos indicam que *ter* um determinado diagnóstico clínico e *estar* num contexto de tratamento específico não é indiferente para a experiência de internalização do estigma, a auto-estima e qualidade de vida.

As pessoas afectadas por uma doença mental não ignoram o impacto da sua perturbação nem dos contextos de tratamento (e.g. “*No café dizem: não fale com ele*”).

porque ele é maluco. Têm preconceitos porque sou esquizofrénico”; “Estar aqui é estar num manicómio”)¹⁴. Os resultados dos nossos estudos corroboram esta ideia, concretamente no que se refere à adesão aos estereótipos. Globalmente, os resultados da ocorrência do *estigma internalizado* segundo *indicadores clínicos* revelaram uma maior tendência para a adesão aos estereótipos nos participantes com diagnóstico de esquizofrenia e perturbações psicóticas tendo esta tendência sido menor nos indivíduos com perturbações depressivas e perturbações da ansiedade. Estes resultados sugerem que o ciclo da internalização do estigma parece seguir o curso do processo de estigmatização (Corrigan & Wassel, 2008). Senão vejamos: a visibilidade dos sinais que denunciam perturbações mentais graves (e.g. esquizofrenia) contribui para que *os outros*, ‘os normais’ adiram aos estereótipos negativos amplamente disseminados em relação a *eles*, ‘os doentes mentais’. Assim, e uma vez que o diagnóstico clínico contribui para exacerbar o estigma da doença mental (Corrigan 2007; Ben-Zeev, Young, & Corrigan, 2010) a internalização do estigma actua como um *efeito espelho* da rejeição social, em particular para aqueles que apresentam patologias mais severas (Oliveira et al., 2015). A identidade social real passa a ser substituída pela identidade social virtual, isto é, a identidade de ‘doente mental’ (Goffman, 1963). Neste caso, a ‘identidade da doença’ (i.e. conjunto de papéis sociais e atitudes que uma pessoa desenvolve acerca de si própria em relação ao entendimento que tem de doença mental, Yanos et al., 2010) integra o conjunto de experiências e significados que cada um atribui à sua perturbação e respectivo diagnóstico. Esta definição assenta no princípio de que, tal como os que as rodeiam e a sociedade em geral, as pessoas diagnosticadas com uma perturbação mental grave não se limitam a experienciar os sintomas da doença mas igualmente fazem atribuições e elaboram interpretações acerca dessa experiência. Ou seja, porque aderem aos estereótipos da doença mental, muitas pessoas que têm esquizofrenia sentem que *são* ‘esquizofrénicos’. Não se pretendendo especular sobre, por exemplo, se os sintomas de uma perturbação psicótica sejam causados pela internalização do estigma, argumentamos que esta experiência constituirá sempre um factor de risco e de agravamento da situação clínica e um obstáculo ao *recovery*.

A par com indicadores de diagnóstico, os *indicadores sociodemográficos e de contexto* contribuem para alcançar uma leitura mais abrangente do processo de internalização do estigma. No geral, não têm sido encontradas associações fortes entre

¹⁴ Testemunhos de participantes do estudo.

estigma internalizado e variáveis sociodemográficas incluindo o sexo, da mesma forma que as associações com o contexto têm apontado para resultados inconclusivos (Livingston & Boyd, 2010). Contudo, nesta amostra, a adesão aos estereótipos foi mais elevada nos homens e nos participantes institucionalizados em contextos de curta e longa duração. Os resultados para o contexto sugerem que a institucionalização coloca as pessoas numa situação de maior vulnerabilidade para a internalização de estereótipos negativos face à doença mental (e.g. “*As pessoas conseguem ver que tenho uma doença mental pela aparência que tenho*”; “*Devido à minha doença mental preciso que os outros tomem a maioria das decisões por mim*”, ISMI, Ritsher [Boyd] et al., 2003).

Ainda em relação à associação entre adesão aos estereótipos e auto-estima seria teoricamente coerente (e a literatura aponta nesse sentido) que as pessoas com níveis mais elevados nesta dimensão do estigma internalizado reportassem níveis mais baixos de auto-estima e vice-versa. A este respeito, os nossos resultados indicaram que, no geral, esta tendência se verifica nas diversas perturbações estudadas, excepto em relação aos participantes com esquizofrenia. Estes resultados paradoxais e, em certa medida, inesperados, evidenciaram que apesar dos participantes com esquizofrenia terem demonstrado maior adesão aos estereótipos, reportaram uma auto-estima tendencialmente moderada. Estes dados não deixam de ser intrigantes e redireccionam a atenção para a complexidade que parece envolver a auto-estima em particular neste diagnóstico clínico. De facto, apesar da correlação negativa estabelecida entre estigma internalizado e auto-estima (e.g. Link et al., 2001), a auto-estima na esquizofrenia tem sido descrita como um *puzzle* difícil de decifrar. Por exemplo, os indivíduos com esta perturbação parecem revelar simultaneamente pontuações elevadas tanto em subescalas de auto-estima positiva como negativa (Barrowclough et al., 2003), tornando mais difícil a interpretação dos resultados neste grupo (Lecomte, Corbière & Laisné, 2006), até pelas diferentes medidas usadas nos estudos. Não obstante estas variações e as diferenças na auto-estima entre diferentes diagnósticos clínicos, diversos estudos têm evidenciado que as pessoas com perturbações psiquiátricas tendem a apresentar uma auto-estima mais baixa do que a população geral (e.g. Rizwan & Ahmad, 2015).

As pessoas procuram alcançar, manter e proteger a sua auto-estima (Baumeister, 1998), um denominador comum que abrange qualquer pessoa independentemente de pertencer a um grupo estigmatizado ou não. Esta formulação remete para a discussão em torno dos eventuais significados de se ter uma baixa ou elevada auto-estima,

significados esses que encerram inúmeros desafios para o debate científico. Por exemplo Kernis (2003) refere que, apesar da aparente simplicidade, a dicotomia de que globalmente as pessoas sentem que têm valor e são merecedoras de respeito (i.e. revelam elevada auto-estima) *versus* sentem que no geral não têm valor (i.e. revelam baixa auto-estima), a mesma pode revelar-se ilusória. Este autor defende, pois, que uma auto-estima elevada pode ser instável, frágil e vulnerável e representar uma *pseudo* auto-estima elevada ou uma auto-estima defensiva. Nesta medida, uma auto-estima defensiva poderá constituir sobretudo uma manifestação de uma auto-estima frágil e parece funcionar como um artifício porque eventualmente activada por mecanismos defensivos contra potenciais ameaças. Tal pode ser o caso de pessoas que se sintam mais ameaçadas devido à internalização do estigma social, constituindo esta uma oportunidade futura de investigação.

Em relação aos resultados da *auto-estima nos contextos de tratamento*, verificou-se que os participantes que se encontravam em acompanhamento em contexto de internamento de curta duração reportaram níveis mais baixos de auto-estima em comparação com os participantes acompanhados em regime de ambulatório, na comunidade e aos que estavam em situação de internamento de longa duração. Estes resultados evidenciaram que as pessoas em fase mais aguda da doença tendem a reportar níveis mais baixos de auto-estima (Wittorf, Wiedemann, Buchkremer & Klingberg, 2010). Contudo, outras explicações podem ser avançadas. Por exemplo, a experiência de uma doença mental não se pode dissociar do papel social de ‘estar/ser’ doente (*sickness*, Boyd, 2000). Esta experiência é moldada pelas interacções sociais e envolve múltiplas formas como cada um se percebe e comporta em determinado contexto; influenciando, por sua vez, expectativas quanto ao desempenho de diversos papéis enquanto actor social (e.g. ter um emprego, casar e constituir família, fazer amigos). Tais expectativas parecem ser ‘abruptamente’ interrompidas para aqueles que vivem episódios de agudização de doença crónica que os levou a confrontarem-se com a necessidade de internamento (de curta duração) em unidade psiquiátrica ou de reabilitação. Esta situação para além de reactivar as limitações impostas pela perturbação poderá produzir efeitos negativos na auto-estima, até pelo significado que uma recaída poderá ter na vida de uma pessoa.

Derivando ainda da associação com o contexto de tratamento, é hoje relativamente bem aceite que a auto-estima se constrói com base em características pessoais, representações colectivas mas também na situação (Crocker & Quinn, 2000). Assim, atendendo à permeabilidade do *self* às respostas sociais, a relação que cada indivíduo tem consigo próprio é socialmente construída na relação com os outros, nomeadamente por via de mecanismos de identificação social (Tajfel & Turner, 1986) e comparação social (Festinger, 1954). Assim, se por um lado será expectável que uma pessoa não institucionalizada tenha como grupo de referência as pessoas da comunidade (por exemplo, com e sem perturbações) no caso de uma pessoa institucionalizada num hospital psiquiátrico a tendência será a de se comparar com os seus pares e neste caso, tendo como referencial um grupo mais próximo e com características similares (i.e. com perturbações). Contudo, será razoável admitir também que esta realidade se aplique àqueles que se encontrem institucionalizados há vários anos mas não aos que foram recentemente institucionalizados (internamento de curta duração), o que pode contribuir para explicar as diferenças encontradas na auto-estima entre estes dois grupos. Estas reflexões podem ser enquadradas nos estudos de Harter (1986) que demonstrou a importância do grupo de referência na auto-estima em grupos de crianças com deficiência intelectual e problemas de aprendizagem integradas em contexto educativo regular. Este seu trabalho evidenciou que apesar das crianças com deficiência intelectual se compararem com as crianças do seu grupo reportavam, no geral, valores semelhantes aos descritos pelos grupos de crianças sem deficiência no domínio de competência escolar. Paradoxalmente, o grupo das crianças com problemas de aprendizagem comparou-se com o grupo das crianças sem deficiência mas auto-percepcionavam-se como menos competentes do que estas.

A identificação com o grupo tem sido considerada um mecanismo de protecção e favorecimento da auto-estima (Watson et al., 2007). A esse respeito se por um lado o ‘custo’ de um indivíduo se identificar com um grupo estigmatizado pode reflectir-se sob a forma de internalização do estigma, por outro lado, pode trazer-lhe pelo menos o ‘benefício’ de favorecer as interacções com membros desse grupo (Watson & Larson, 2006). As interacções com membros do seu grupo poderão ainda ser favoráveis à auto-estima caso o indivíduo se compare com elementos por ele percebidos como estando numa posição inferior, neste caso pessoas que apresentem maiores limitações (comparação social descendente, Crocker & Park, 2003), nomeadamente, em domínios

que considere relevantes para o *self* (e.g. competência, aparência, Crocker & Wolfe, 2001).

Por fim, os resultados indicaram que os participantes com perturbações de abuso de álcool e com perturbações depressivas revelaram pior auto-estima comparativamente a outros diagnósticos (Silverstone & Salsali, 2003). Estes dados são particularmente preocupantes se tivermos em consideração que a depressão e o abuso do álcool estão entre os principais factores de risco para o suicídio na Europa (Bernal et al., 2007). Apesar da natureza da relação entre depressão e auto-estima se manter difícil de descodificar, a depressão tem sido caracterizada por uma constelação de sintomas e sinais entre os quais a baixa auto-estima (Baumeister et al., 2003). Da mesma forma, sentimentos de desvalorização característicos da baixa auto-estima são factores que podem influenciar o curso e tratamento de diversas perturbações que apresentem sintomatologia depressiva (Shahar & Davidson, 2003).

Relativamente aos *domínios da qualidade de vida* os resultados mostraram diferenças em função dos diagnósticos. Em concreto, os participantes com perturbações depressivas reportaram maior insatisfação no *domínio físico*. Não tendo sido previstos, estes resultados não são inesperados, devido à demonstrada associação entre sintomas físicos e episódios depressivos (e.g. alterações sono, energia, dor, DSM-IV, 1994). Também tem sido descrito que ambas as condições, dor e depressão, partilham expressões semelhantes, frequentemente co-ocorrem e influenciam-se mutuamente (anedonia, i.e. perda de prazer pelas actividades quotidianas; humor depressivo; fadiga; Li, 2015). A relação entre dor e depressão assume-se como bastante complexa, para a qual concorrem múltiplos factores incluindo aspectos neurobiológicos (e.g. a evidência mostra que algumas regiões do cérebro estão mais frequentemente associadas à dor física e psicológica como o córtex insular anterior, córtex pré-frontal, tálamo), e factores psicológicos (e.g. catastrofização, i.e., sobreavaliações negativas quanto a aspectos e consequências de determinada experiência, Goesling, Clauw & Hassett, 2013).

Por sua vez, no *domínio relações sociais* os resultados deste estudo mostraram que os participantes com esquizofrenia e os que estavam acompanhados em contextos de internamento de longa duração reportaram maior insatisfação. Tais resultados não são imprevistos uma vez que os indivíduos com estas perturbações tendem a ter uma rede de apoio mais reduzida e menos suporte social. Sentir-se diferente dos outros poderá levar a muitas destas pessoas a uma estratégia de afastamento denotando

embaraço e dificultando as suas tentativas para interagir com pessoas fora do *sistema psiquiátrico* (McCann, 2010). As pessoas com esquizofrenia experienciam com frequência sentimentos de solidão associados, por sua vez, a experiências de rejeição e de internalização do estigma (Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs & Romem, 2013). Estabelecer e manter relações interpessoais e íntimas pode ser particularmente difícil para aqueles que apresentem perturbações mais graves que por si só manifestam maiores comprometimentos em termos de funcionalidade como as pessoas com esquizofrenia; em particular para aqueles que se encontram em contextos de tratamento mais restritivos, isto é, em situação de internamento. Ou seja, para além de factores inevitavelmente associados à natureza e severidade dos sintomas e, efeitos da medicação, a perda dos papéis sociais (e.g. redes de suporte social, emprego) podem ter implicações negativas para pessoas com esquizofrenia em situação de internamento de longa duração, as quais são seguramente agravadas pela experiência de auto-estigmatização.

A complexidade da interacção entre indicadores clínicos, de contexto e sociodemográficos poderá ser melhor compreendida se analisada a sua relação numa base de interdependência.

Os resultados do estudo de identificação de *perfis clínicos* mais fortemente associados a determinados contextos de tratamento e, ao estigma internalizado, auto-estima e satisfação com as relações sociais em pessoas com esquizofrenia e perturbações do humor permitiram responder a algumas questões, não antes exploradas na literatura (Oliveira, Esteves & Carvalho, 2015). Neste estudo foram identificados quatro perfis clínicos distintos que diferenciaram entre níveis de estigma internalizado, auto-estima e satisfação com as relações sociais: dois perfis clínicos associados a perturbações do humor, tendencialmente seguidos em consultas externas de psiquiatria (*cluster 1* e *cluster 2*) e dois perfis clínicos associados à esquizofrenia, tendencialmente acompanhados em contextos da comunidade e hospitalização de longa duração (*cluster 3* e *cluster 4*). O perfil do *cluster 1* e *cluster 2* diferenciaram-se sobretudo pela maior tendência deste último para internalização do estigma e menor auto-estima. Já nos perfis do *cluster 3* e *cluster 4* verificou-se uma diferenciação sobretudo no que diz respeito aos níveis de estigma internalizado e satisfação com as relações sociais. Concretamente, enquanto o perfil do *cluster 3* se encontrava associado a níveis moderados de estigma internalizado e insatisfação com as relações sociais, o perfil do *cluster 4* revelou uma

menor tendência para a internalização do estigma, maior auto-estima e menor insatisfação com as relações sociais.

No que se refere às associações entre os perfis clínicos e indicadores sociodemográficos detectou-se que os perfis associados à esquizofrenia se encontraram relacionados com as categorias: jovens, homens, indivíduos solteiros, pessoas a receber uma pensão por invalidez e, níveis mais elevados de habilitações literárias. Por sua vez os perfis associados às perturbações do humor encontraram-se sobretudo relacionados com as categorias: mulheres, pessoas não solteiras, empregados ou a receber uma reforma por idade e, níveis mais baixos de escolarização. Estes resultados indicaram que os obstáculos colocados pelas perturbações e internalização do estigma equivalem em muitos casos à perda de oportunidades sociais no acesso e, da preservação dos papéis sociais; colocando estas pessoas, por exemplo, numa situação de maior fragilidade face ao emprego, em dificuldades em constituir família, em manter relações positivas, em obter apoio por parte de elementos familiares e, ter amigos (Sayce, 2001; Harley, Boardman & Craig, 2012; Thornicroft et al., 2009).

Uma última referência ao estudo da dimensionalidade das medidas utilizadas nos estudos empíricos. Não sendo consensual que os estudos de medida tenham que testar a estrutura factorial dos instrumentos na (nova) amostra em estudo, apesar de ser frequentemente recomendado (Osborne & Fitzpatrick, 2012), tal opção metodológica pretendeu aprofundar a análise dos dados tendo em consideração as características da amostra em estudo, aspecto particularmente importante quando estamos perante uma amostra clínica e em concreto, de natureza psiquiátrica. Para além de que, os instrumentos serão tanto mais fiáveis quanto mais a sua estrutura factorial se demonstrar replicável o que concederá aos investigadores uma maior segurança na leitura dos seus dados e na reprodução da matriz factorial. Por consequência e aliada a esta segurança o investigador não poderá perder de vista o propósito para o qual os instrumentos são desenvolvidos, isto é, a sua aplicabilidade.

O ISMI (Boyd, Adler, Otilingam & Peters, 2014), RSES (Schmitt & Allik, 2005) e WHOQOL-Bref (Skevington et al., 2004) têm dado provas da sua validade a uma variedade de contextos e culturas. Os resultados do estudo das propriedades psicométricas das versões portuguesas do ISMI, RSES e WHOQOL-Bref validaram a adequabilidade em pessoas com diversos diagnósticos clínicos e seguidas em diferentes contextos de tratamento. No que se refere ao ISMI, concluímos da distinção conceptual

entre a subescala resistência ao estigma e o constructo estigma internalizado (Lysaker et al., 2007; Ritsher [Boyd] et al., 2003; Sibitz et al., 2009), composto pelas subescalas adesão aos estereótipos, afastamento social, alienação e experiência de discriminação. Não deixando de ser um conceito promissor na avaliação da capacidade para lidar com o estigma e fundamental para o processo de *recovery*, a resistência ao estigma indica uma atitude positiva distinta de auto-estima, *empowerment* e qualidade de vida (Sibitz et al., 2009) reflectindo a capacidade do próprio para enfrentar as adversidades, apesar da sua doença mental. Daí a sua potencial mais-valia para ser utilizada em pessoas que estejam em processo de *recovery* (e.g. “*Viver com uma doença mental tem feito de mim um/a lutador/a sobrevivente*”, ISMI; Ritsher [Boyd] et al., 2003).

Em relação ao RSES, os resultados apontaram para uma estrutura factorial semelhante à versão original e versão portuguesa (Santos & Maia, 2003). Ou seja, do ponto de vista conceptual, podemos aceitar que estamos perante uma medida de avaliação global da auto-estima (com itens de orientação positiva e itens de orientação negativa) e não propriamente uma auto-estima positiva e auto-estima negativa (Corwyn, 2000; Greenberger et al., 2003; Marsh, 1996; Tomas & Olivier, 1999; Santos & Maia, 2003; Vasconcelos-Raposo et al., 2012). Dito de outro modo, o constructo auto-estima global, tal como definido por Rosenberg, reflecte uma atitude global face a si próprio (e.g. “*Globalmente estou satisfeito comigo próprio*”; “*Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um falhado*”, RSES; Santos & Maia, 2003). O RSES não só demonstrou ser uma medida adequada para avaliar a auto-estima global em pessoas com doença mental, cujos itens parecem organizar-se num contínuo de níveis desde baixa auto-estima a elevada auto-estima, como os participantes com diferentes diagnósticos clínicos demonstram capacidade para se auto-avaliarem em comparação “*com a maioria das pessoas*”. Estes resultados abrem caminho a novas questões acerca dos processos envolvidos na atitude que as pessoas com doença mental apresentam face a si próprias.

Quanto à factorização da estrutura do WHOQOL-Bref, a mesma revelou cinco domínios, quatro dos quais consistentes com a estrutura factorial proposta pelo WHOQOL-Bref (psicológico, físico, relações sociais, ambiente) e um quinto domínio, nível de independência. Os resultados aqui apresentados confirmam que o domínio nível de independência justifica uma atenção clínica particular e assume uma relevância central na avaliação da qualidade de vida (O’Connell & Skevington, 2012) para além de apresentar boa capacidade de discriminação (Canavarro et al., 2009). Esta situação

sugere a necessidade de serem tidos em consideração aspectos não só culturais como características específicas de determinadas amostras (e.g. condições clínicas), mesmo na versão abreviada.

A independência assume-se como um aspecto fulcral para a intervenção em saúde mental. Numa revisão sistemática de estudos qualitativos que pretendia avaliar qual o significado de qualidade de vida para pessoas com doença mental, Connell, O'Cathain & Brazier (2014) verificaram que enquanto alguns indivíduos reconheciam os benefícios de se sentirem socialmente activos, aqueles que reportavam formas mais severas de doença mental referiam sentir falta das actividades nas quais haviam estado envolvidos e de que gostavam. Simultaneamente, enquanto alguns indivíduos afirmavam ter necessidade de independência, outros admitiram que durante períodos da doença em que não se sentiam capazes para realizar as actividades da sua vida diária e para trabalhar, o suporte social foi sentido como verdadeiramente necessário. O modelo de cinco domínios aqui proposto constitui uma alternativa válida, sugerindo a adopção de uma conceptualização mais abrangente da qualidade de vida, tal como proposta pelo WHOQOL-Group para o WHOQOL-100. Neste âmbito parece-nos conceptualmente mais defensável que os instrumentos desenvolvidos pela OMS, ainda que abreviados, possam espelhar a sua própria definição de qualidade de vida, situação que não ocorre se não tivermos em linha de conta o domínio nível de independência. Para além deste aspecto, os domínios que constituem esta medida representam aspectos particulares da qualidade de vida que por sua vez, se afiguram muito relevantes para o processo de *recovery* independentemente do diagnóstico e contexto de tratamento em que as pessoas se encontrem a ser assistidas. Como tal, devendo fazer parte dos seus planos de tratamento. A avaliação da qualidade de vida no contexto da saúde mental poderá ainda cumprir a função muito importante de ajudar os profissionais a melhorarem a sua compreensão face às determinantes psicossociais que envolvem uma perturbação mental. Nomeadamente pelo reconhecimento de domínios mais salientes que envolvem a qualidade de vida das pessoas que assistem, fundamental para a definição e monitorização do seu plano terapêutico e sobretudo pelo relevar da perspectiva do próprio face a aspectos importantes da sua vida. Por estes motivos argumentamos que a disponibilização de uma medida que permita atender à natureza multidimensional da qualidade de vida (e.g. WHOQOL-Bref), aplicável a pessoas com diferentes diagnósticos clínicos e sensível a diferentes contextos de tratamento torna-se, portanto,

um elemento essencial para a avaliação da satisfação que as pessoas detêm acerca da qualidade das sua vida. Ainda, a utilização de questionários em contextos de saúde mental poderá ser tanto mais potenciada se os profissionais tiverem ao seu alcance instrumentos adaptados e validados, testados em amostras psiquiátricas e onde a brevidade da aplicação poderá ser um factor determinante para a sua selecção e continuidade de aplicação. Para além da importância para aqueles que são atendidos em ambulatório e no âmbito de respostas comunitárias, a disponibilização de instrumentos destinados a serem aplicados a pessoas com doenças mentais assume enorme utilidade no processo de desinstitucionalização. Por exemplo, permitindo avaliar os resultados da transição de pessoas dos hospitais psiquiátricos para a comunidade ao longo do tempo.

Apesar dos resultados da presente tese, que consideramos trazerem contributos inovadores para a investigação e prática clínica, os estudos desenvolvidos apresentam limitações que carecem de ser obviadas em investigações futuras. No essencial, as limitações foram já elencadas nos capítulos relativos a cada um dos estudos mas faremos uma nova sistematização. Em primeiro lugar, a natureza dos estudos de âmbito correlacional e para a qual não foi possível garantir critérios de representatividade. Apesar de inicialmente previsto não foi possível desenvolver um estudo longitudinal incidindo sobre os potenciais efeitos da desinstitucionalização e que pretendia avaliar participantes transferidos para respostas na comunidade. Tal deveu-se a motivos alheios ao estudo e que relacionam com o atraso na implementação dos Cuidados Continuados e Integrados de Saúde Mental.

Da listagem disponibilizada de pessoas que estavam previstas transitarem para a comunidade, as mesmas foram entrevistadas mas ainda em contexto hospitalar, não tendo as mesmas sido transferidas para estruturas residenciais. As 24 pessoas que transitaram para uma residência, após encerramento de um hospital psiquiátrico, não reuniam os critérios de inclusão necessários para a avaliação.

Ainda assim, a disponibilização destes instrumentos e os resultados dos estudos apresentados abre caminho a possíveis linhas de investigação futuras que, permitam explorar longitudinalmente a relação entre as variáveis consideradas na presente investigação e, ainda, perspectivar outras análises para além das que aqui foram desenvolvidas. Estudos futuros deverão ainda avaliar se os resultados encontrados se replicam em amostras psiquiátricas mais alargadas, abrangendo uma maior diversidade clínica, de contexto e sociodemográfica (e.g. outros/as: diagnósticos clínicos, contextos

de tratamento, regiões do país, etnias, incluindo pessoas que não se encontrem em acompanhamento) e como tal, representativas da população portuguesa. Ressalvamos, no entanto, que no que se refere aos diagnósticos clínicos, a distribuição da amostra vai ao encontro resultados do 3º Censo Psiquiátrico realizado em Portugal (DGS, 2004). Em segundo lugar, a metodologia de recolha de dados, conduzida presencialmente pelo investigador, não poderá garantir que as respostas não sejam influenciadas pelo factor de desejabilidade social, uma limitação que igualmente decorre do uso de medidas de avaliação explícitas, usadas na presente investigação. A este nível, incentiva-se que investigações futuras recorram ao uso de medidas implícitas, o que poderá contribuir para melhor esclarecer os resultados encontrados e assim controlar o potencial efeito de viés de resposta. Contudo, no intuito de melhor garantir o grau de compreensibilidade dos participantes e atenuar esse potencial efeito de enviesamento, os itens dos questionários foram lidos um a um em voz alta. Outra potencial limitação decorre do facto de se verificarem poucos casos na categoria de internamento de curta duração, encontrando-se sub-representada na amostra. Tal situação decorreu do facto de, nestes casos, e devido a este tipo de internamento ser despoletado por situações agudas, muitas das pessoas que se encontravam neste contexto não estavam suficientemente estabilizadas para que pudessem reunir critérios de participação. Ainda assim, o facto da severidade dos sintomas não ter sido controlada através de instrumentos específicos, constitui uma limitação desta investigação. No entanto estudos nesta área que controlaram a sintomatologia depressiva concluíram que os efeitos do estigma se mantiveram robustos, diminuindo a suspeita de que os efeitos de tal sintomatologia produzem um artefacto na associação entre estigma e auto-estima (Link et al., 2001). Para o efeito, será necessário no futuro o recurso medidas estandardizadas de avaliação implícita através de estudos experimentais (e.g. controlando variáveis potencialmente confundentes como *insight*, sintomatologia, desejabilidade social) e qualitativos (e.g. análise de conteúdo) que permitam sustentar os resultados aqui reportados, contribuindo assim para uma mais ampla compreensão dos fenómenos abordados na presente tese.

2. IMPLICAÇÕES, RECOMENDAÇÕES E DIRECÇÕES FUTURAS

2.1. Implicações

Em Portugal, assiste-se ainda a uma reduzida produção científica na área da saúde mental e resposta limitada às necessidades de grupos vulneráveis, para além da escassa participação dos utilizadores e familiares (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007). Consideramos que a presente investigação contribuiu, em certa medida, para colmatar algumas lacunas identificadas e que apesar de constituir um pequeno passo inaugura um caminho ainda pouco percorrido na investigação em saúde mental, fornecendo também pistas para a intervenção.

Numa perspectiva que privilegiou a percepção dos próprios, no geral os resultados dos estudos concluíram: da adequabilidade das medidas ISMI, RSES e WHOQOL-Bref para serem utilizadas em diversos diagnósticos clínicos e diferentes contextos de tratamento (i.e. de base hospitalar e comunitária), bem como da validação de um modelo de mediação em que o estigma internalizado teve um efeito preditor negativo nos domínios da qualidade de vida; donde se destacou o efeito de protecção da auto-estima. Tais resultados propõem relevantes implicações para a teoria e prática clínica.

Do ponto de vista teórico, alguns dos resultados produzidos no âmbito da presente tese podem ser enquadrados essencialmente a dois níveis: a um nível mais global, por se centrar numa perspectiva integradora do *estigma internalizado na doença mental* enquanto fenómeno psicossocial, alertando para a necessidade de se desconstruir uma imagem biologizante e intra-psíquica dos problemas de saúde mental. Nessa medida, importa compreender que as pessoas que se deparam com uma doença mental tentam recuperar “*não só da doença mas também dos efeitos de serem rotulados de doentes mentais*” (Deegan, 1993, p. 10). A um nível mais específico, o contributo desta tese permite suportar modelos que salientaram as consequências negativas da internalização do estigma na auto-estima e, na qualidade de vida, ampliando o nível de análise de propostas anteriores (e.g. Mashiach-Eizenberg et al., 2013) uma vez que para além de evidenciar as potencialidades da auto-estima foi possível identificar domínios que se afiguram importantes para a qualidade de vida de pessoas com doença mental.

Do ponto de vista da prática clínica, os resultados aqui apresentados permitem apontar direcções para a implementação de estratégias de intervenção e programas dirigidos a pessoas que demonstrem internalizar o estigma da doença mental e apresentem auto-estima diminuída, independentemente da severidade da sua patologia e contexto de tratamento em que se encontrem a ser assistidos.

O estigma internalizado não é inconsequente para a vida das pessoas com doença mental. Assume-se como um factor de risco para a manutenção de sintomas e recaída (Link & Phelan, 2013), porém um factor de risco modificável. Neste sentido, a implementação de programas dirigidos a grupos-alvo específicos poderá focar-se em acções combinadas de métodos (e.g. medicação e: Terapias Cognitivo-Comportamentais; TCC, Wright, Turkington, Kingdon & Basco, 2010; *Narrative Enhancement and Cognitive Therapy*; NECT, Roe et al., 2010, 2014) e que promovam a redução do estigma internalizado e o fortalecimento da auto-estima. Existe hoje uma diversidade de propostas de intervenção no âmbito das TCC. A identificação das necessidades identificadas mas também o reconhecimento do seu impacto na vida da pessoa derivam do “*interesse genuíno pelos detalhes das lutas diárias*”, por parte do clínico (Wright et al., 2010, p. 30), pelo que abordar com o próprio o estigma de que se sente alvo pode revelar-se essencial (Kingdon & Turkington, 2005) para o sucesso do tratamento; num olhar integrado e integrador dos determinantes psicossociais que interagem de forma complexa com indicadores clínicos, de contexto e sociodemográficos.

A identificação de perfis clínicos contribuiu para *situarmos* o estigma internalizado como um processo que dificilmente poderá estar dissociado do *diagnóstico atribuído* e do *contexto de tratamento* abrindo, em parte, caminho para responder a questões deixadas em aberto pela investigação (e.g. Link et al., 1989) e fornecendo pistas para estudos futuros acerca da necessidade de se explorarem os significados atribuídos pelo individuo à experiência de *ter* uma doença mental face a *ser* um doente mental.

Os resultados aqui presentes tornaram *visível* que o estigma internalizado em pessoas com doença mental é uma realidade partilhada por aqueles que apresentam condições clínicas distintas e se encontram em situações de tratamento diversas. E portanto, permitem-nos concluir que a internalização do estigma da doença mental se mantém um fenómeno relativamente disseminado entre pessoas com diversos diagnósticos clínicos e que co-ocorre em diferentes contextos de tratamento. Como tal,

apesar de *relativamente invisível* esta realidade revela, ainda assim, que apesar dos hospitais psiquiátricos poderem ser *lugares* auto-estigmatizantes, os contextos da comunidade não são ainda *locais* em que as pessoas com doenças mentais crónicas possam sentir menor auto-estigma, situação evidenciada, em particular, por pessoas com esquizofrenia.

Numa altura em que mais de cinco décadas de desenvolvimento e aperfeiçoamento de psicofármacos permitiram a estabilização e melhoria de sintomas associados às doenças mentais graves e a redução drástica do recurso a tratamentos coercivos e restritivos nos hospitais psiquiátricos, bem como o impulsionar do movimento de desinstitucionalização em diversos países e a ocorrer actualmente em Portugal, assiste-se, paradoxalmente, a uma elevada prevalência das perturbações mentais e elevado consumo de medicação psicofarmacológica mantendo-se simultaneamente iniquidades nos acessos, não procura de ajuda, baixa adesão e descontinuação dos tratamentos em saúde mental. Apesar destas questões não serem objecto desta tese, importa referir que o *estigma e a vergonha da doença* representarão sempre um sério obstáculo ao tratamento e que subtrair o psicossocial ao biológico resultará numa equação cujos resultados não contribuirão para melhorar a saúde física e mental das populações.

Se ter em consideração indicadores clínicos, de contexto e sociodemográficos se afigura primordial para a compreensão do estigma internalizado, investigações futuras poderão contribuir para acrescentar novos *insights* quanto à forma como estes e outros factores interagem neste processo, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de prevenção e redução deste fenómeno que afecta toda uma sociedade.

2.2. Recomendações e direcções futuras

Esta tese não incluiu nenhuma medida de avaliação de papel de género face à doença mental nem pessoas que não estavam em tratamento pelo que seria muito importante que estudos futuros se debruçassem sobre as implicações destes factores que se constituem verdadeiramente desafiantes. Da mesma forma e ainda, investigações recorrendo a diferentes metodologias daquelas utilizadas nos estudos apresentados poderão trazer avanços a esta área. Por exemplo, através da validação de instrumentos

para português (e.g. Conformity to Masculinity Norms Inventory, CMNI-22; Mahalik et al., 2003), ou recorrendo a metodologias qualitativas (e.g. grounded theory) ou experimentais (e.g. uso de medidas implícitas).

Será suficiente analisar diferenças entre sexo na experiência de internalização do estigma ou, na relação entre atitudes face à doença mental e procura de ajuda? A evidência mostra que este nível de análise poderá ser insuficiente e que as respostas a esta questão estão longe de ser lineares. Por exemplo, se por um lado estudos sugerem que as mulheres tendem a reportar atitudes mais favoráveis face à doença mental (Angermeyer et al., 1998; Crisp, Gelder, Goddard & Meltzer, 2005) outros apontam resultados inversos (Lauber, Nordt, Falcato & Rössler, 2004). Outras investigações sugerem ainda que, para além de os homens demonstrarem ser particularmente vulneráveis à internalização do estigma (Vogel et al., 2006), tal vulnerabilidade parece influenciar negativamente a procura de ajuda neste grupo (Vogel, Wade & Hackler, 2007). Muitos homens que experienciam problemas de natureza emocional e psicológica não recorrem a tratamento (Andrews, Issakidis & Carter, 2001; Caldas de Almeida & Xavier, 2013; Padeski & Hammen, 1981).

Uma vez que os atributos tipicamente masculinos tendem a diferir entre contextos culturais e sociais (Iwamoto, Liao & Liu, 2010), é possível que uma variedade de ideologias ligadas a expectativas de papel de género e masculinidade (e.g. os homens devem ser estóicos, controlados e auto-suficientes) possam contribuir para desencorajar a procura de ajuda profissional para os problemas de saúde por parte daqueles que tenham estas normas mais interiorizadas (Mahalik et al., 2003; Vogel, Heimerdinger-Edwards, Hammer & Hubbard, 2011). A investigação parece apontar nesse sentido ao indicar que a internalização do estigma tende a ser particularmente relevante para os homens que assumem papéis de género tradicionalmente masculinos (e.g. os homens devem ser capazes de controlar as suas emoções; procurar ajuda equivale a assumir que falharam enquanto homens, Magovcevic & Addis, 2005; Hammer & Vogel, 2010).

Desde cedo rapazes e raparigas ouvem dizer que “*os homens não choram*” (Vogel et al., 2011, p. 369). As formas de socialização de género desenvolvem-se com base em expectativas sobre como homens e mulheres devem pensar, sentir e se ‘com-portar’ face a si próprios e aos outros. Isto é, para além das diferenças genéticas entre sexos é esperado, na maioria das sociedades, que homens e mulheres se comportem de forma diferente e assumam papéis distintos (Nogueira & Saavedra, 2007). A esta questão,

estereótipos de género (i.e., “*as crenças associadas à pertença sexual e à diferenciação sexual*”, Barberá, 2005¹⁵, cit in Nogueira & Saavedra, 2007, p. 11), associam-se outras questões verdadeiramente importantes, como a prevalência de perturbações mentais que no futuro importaria explorar. Desde logo, o facto da sintomatologia de determinadas doenças mentais estar “*estereotipicamente e epidemiologicamente*” mais associada a homens do que a mulheres enquanto outras perturbações se encontram mais associadas a mulheres do que a homens (Wirth & Bodenhausen, 2009). Por exemplo dados epidemiológicos revelam que as mulheres apresentam uma elevada prevalência e risco aumentado de sofrer de perturbações depressivas em comparação com os homens, o mesmo acontecendo nos homens em relação às perturbações relacionadas com o consumo de álcool (Kessler et al., 1994). Outros dados indicam que os homens tendem a ‘mascarar’ a depressão através de comportamentos de externalização (e.g. abuso de substâncias, agressividade, maior afastamento da família e amigos Magovcevic, & Addis, 2008). De referir ainda que as perturbações depressivas se mantêm subdiagnosticadas nos homens porquanto o auto-estigma associado influencia negativamente a procura de ajuda (Hammer & Vogel, 2010).

Apesar de a depressão constituir o maior factor de risco para tentativas de suicídio na Europa, e a ideação suicida ser predominantemente encontrada em mulheres (Bernal et al., 2007), a taxa de mortalidade por suicídio em Portugal é de 4 a 6 vezes superior no sexo masculino (DGS, 2014). Estes dados devem ser encarados com bastante preocupação, necessitam de ser alvo de atenção por parte da investigação e clínica e cuja relação com o estigma internalizado importa aprofundar uma vez que “*o estigma representa um importante problema de saúde pública por se revelar uma barreira para a procura de ajuda ou à continuidade do tratamento*” (Corrigan, 2004, p. 619).

Em suma, estudos futuros devem focar-se na complexidade que envolve a internalização do estigma, indo para além da análise das diferenças entre sexo (marcador biológico tipicamente usado para categorizar homens e mulheres baseado em características físicas tais como cromossomas, hormonas, órgãos genitais externos e caracteres sexuais secundários, Bernardes, Keogh & Lima, 2008; e.g. sexo masculino e sexo feminino, Unger & Crawford, 1993). Neste caso, investigações que contribuam para uma compreensão das implicações do papel de género (construção sócio-cultural

¹⁵ Barberá, E. (2005). “Perspectiva sócio-cognitiva: esterotipos y esquemas de género”. In E. Barberá e I. Martinez (Coord.), *Psicología y género* (pp. 55-80). Madrid: PEARSON/Prentice-Hall.

acerca dos significados de se ser e agir como homem ou mulher, Bernardes et al., 2008; e.g. masculinidade e feminilidade, Unger & Crawford, 1993), na atribuição de um diagnóstico, procura de ajuda e internalização do estigma, certamente trarão novos e importantes contributos para a investigação e para a intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde.

Podemos pois concluir dizendo que a presente tese procurou deter um olhar compreensivo sobre o fenómeno do estigma internalizado em pessoas com doença mental, um fenómeno tão complexo quanto desafiante que se mantém relativamente invisível, em Portugal. Isto é, contribuímos com um pequeno avanço no imenso percurso iniciado por outros e que, tal como este trabalho, deixa em aberto outros caminhos para percorrer. E fizemo-lo arriscando que este será um dos caminhos que nos poderá levar a interromper o ciclo ‘nós *versus* eles’.

Esperamos que a este pequeno avanço se somem outros que visem contribuir para promover mudanças de atitudes face à doença mental, em Portugal. Tais mudanças serão determinantes para a melhoria da prestação de cuidados de saúde mental e para o acesso às oportunidades sociais para aqueles que vivem a experiência de uma qualquer perturbação mental.

REFERÊNCIAS

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., ... Takeda F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J., & Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper and Row.
- Aigner, M., Spitzl, S., Freidl, M., Prause, W., Friedmann, A., & Lenz, G. (2007). Transcultural comparison of quality of life in somatoform pain patients. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 2, 57–62.
- Alarcón, R. D. (2009). Culture, Cultural Factors and Psychiatric Diagnosis: Review and Projections. *World Psychiatry*, 8, 131–139.
- Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Altemeyer, B.(1981). *Right-wing authoritarianism*. Manitoba, Canada: University Press.
- Alves, F., & Silva, L. F. (2004). Psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão. In Actas dos Ateliers do V Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas. Reflexividade e Acção - Atelier Saúde, Braga, Associação Portuguesa de Sociologia.
- Amador, X., Strauss, D., Yale S, & Gorman, J.M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 113- 32.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.).Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).Washington, DC: Author.

-
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, J., Dayson, D., Wills, W., Gooch, C., Margolius, O., O'Driscoll, C., & Leff, J. (1993). The TAPS Project. 13: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *British Journal of Psychiatry*, *162*, 45–56.
- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 417–425.
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., & Holzinger, A. (2004). The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, *50*, 153–162.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *British Journal of Psychiatry*, *199*, 367–72.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Kilian, R., & Matschinger, H. (2001). Quality of life-as defined by schizophrenic patients and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, *47*, 34–42.

- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *European Psychiatry, 24*, 225–32.
- Angermeyer, M.C. & Kilian, R. (2006). Theoretical models of quality of life for mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. (pp. 21-31) Chichester: Wiley.
- Angermeyer, M. C., Link, B. G., & Majcher-Angermeyer, A. (1987). Stigma perceived by patients attending modern treatment settings: Some unanticipated effects of community psychiatry reforms. *Journal of Nervous and Mental Disease 175*, 4-11.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 68–73.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. & Holzinger, A. (1998). Gender and attitudes toward people with schizophrenia. Results of a representative survey in the Federal Republic of Germany. *International Journal of Social Psychiatry, 44*, 107–116.
- Arboleda-Flórez, J. (2008). The rights of a powerless legion. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius, n. (Eds.). *Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions*. (pp. 1-17). Chichester: John Wiley & Sons.
- Augoustinos, M., & Rosewarne, D. L. (2001). Stereotype knowledge and prejudice in children. *British Journal of Developmental Psychology, 19*, 143–156.
- Arbuckle, J. L. (2011). IBM SPSS Amos 20 User's Guide Amos Development Corporation SPSS Inc.

- Austin, J. K., MacLeod, J., Dunn, W. W., Shen, J., & Perkins, S. M. (2004). Measuring stigma in children with epilepsy and their parents: instrument development and testing. *Epilepsy & Behavior, 5*, 472-482.
- Bagley, C., Bolitho, F., & Bertrand, L. (1997). Norms and construct validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Canadian high school populations. *Canadian Journal of Counseling, 31*, 82-92.
- Baker, G. A. (2002). The psychosocial burden of epilepsy. *Epilepsia, 43*, 26–30.
- Baker, F. & Intagliata, J. (1982) Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Programme Planning, 5*, 69-79
- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2008). Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest, 9*, 67-103.
- Baldwin, M. L., & Marcus, S. C., (2006). Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatric Services, 57*, 388-392.
- Barahona-Fernandes, H. (1998). *Antropociências da psiquiatria e da saúde mental - O homem perturbado* (Vol. I). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Barofsky, I. (2003). Patients' rights, quality of life, and health care system performance. *Quality of Life Research 12*, 473–484.
- Barrowclough C., Tarrier N., Humphreys L., Ward J., Gregg L., & Andrews B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 92–99.
- Barry, M. M., & Crosby, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry, 168*, 210– 216.

- Barton, R. (1976) *Institutional neurosis*. (3rd edition) Bristol: John Wright.
- Baumeister, R. F. (1998). The self. In *The handbook of social psychology*. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), 4th ed. (pp. 680–740). New York: Oxford University Press.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497- 529.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York:Macmillan.
- Becker, M., & Diamond, R. (2006). Quality of life measurement in persons with schizophrenia: are we measuring what's important? In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. (pp. 111-126) Chichester: Wiley.
- Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (1999). Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *European Psychiatry*, 14, 256-263.
- Bennett, L., Thirlaway, K., & Murray, A. J. (2008). The stigmatising implications of presenting schizophrenia as a genetic disease. *Journal of Genetic Counseling*, 17, 550–559.

- Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health, 19*, 318-327.
- Berlim, M. T., Pargendler, J., Caldieraro, M. A., Almeida, E. A., Fleck, M. P. & Joiner, T. E. (2004). Quality of Life in Unipolar and Bipolar Depression: Are There Significant Differences? *Journal of Nervous and Mental Disorders, 192*, 792-795.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... the ESEMED/MHEDEA Investigators (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders 101*, 27-34.
- Bernardes, S. F., Keogh, E., & Lima, M. L. (2008). Bridging the gap between pain and gender research: A selective literature review. *European Journal of Pain, 12*, 427-440.
- Bernardes, S. F., Silva, S. A., Carvalho, H., Costa, & M., Pereira, S. (2014). Is it a (fe)male pain? Portuguese nurses' and lay people's gendered representations of common pains. *European Journal of Pain, 18*, 530-539.
- Boardman, J. B. (2006). Health access and integration for adults with serious and persistent mental illness. *Families Systems & Health, 24*, 3-18.
- Bobes, J., & Garcia-Portilla, M. P. (2006). Quality of life in schizophrenia. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds), *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. (pp. 153-168) Chichester: Wiley.
- Bodenhausen, G. V., & Richeson, J. A. (2010). Prejudice, stereotyping, and discrimination. In R. F. Baumeister & E. J. Finkel (Eds.), *Advanced social Psychology* (pp. 341-383). Oxford University Press.
- Bonticatto, S. C., Dew, M. A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. & Pecina, P. (2001). Adult outpatient with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social Science and Medicine, 52*, 911-919.

- Bosseur, C. (1974). *Antipsiquiatria*. Lisboa. Publicações D. Quixote.
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N. & Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry*, 24, 307-316.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*. 55, 221-31.
- Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*, 26, 9–17.
- Bradshaw, W., & Brekke, J. (1999). Subjective experience in schizophrenia: factors influencing self-esteem, satisfaction with life, and subjective distress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 254–260.
- Brewer, M. B. (1991). The social self: On being the same and different at the same time. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 475-482.
- Brewer, M. B. (1999). The psychology of prejudice: Ingroup love or outgroup hate? *Journal of Social Issues*, 55, 429-444.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122, 232–238.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Journal of Affective Disorders*, 129, 56-63.

- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. In M. Kernis (Ed), *Self-esteem: Issues and answers* (pp. 4-9). New York: Psychology Press.
- Burton, L. J., & Mazerolle, S. M. (2011). Survey Instrument Validity Part I: Principles of Survey Instrument Development and Validation in Athletic Training Education Research. *Athletic Training Education Journal* 6, 27-35.
- Buss, D. M. (2005). *The handbook of evolutionary psychology*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Byrne, P. (2000) Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.
- Byrne, P. (2001) Psychiatric stigma. *British Journal of Psychiatry*, 178, 281 -284.
- Cabrera-Nguyen, P. (2010). Author guidelines for reporting scale development and validation results in the Journal of the Society for Social Work and Research. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1, 99-103.
- Caldas de Almeida (2008). Apresentação da Edição Portuguesa. In J. Leff & R. Warner (Eds). *Inclusão social de pessoas com doenças mentais* (pp. 7-14). Almedina.
- Caldas de Almeida (2009). Portuguese National Mental Health Plan (2007–2016) Executive Summary. *Mental Health in Family Medicine*, 6, 233–44.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Calman KC. Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *J Med Ethics*. 1984 Sep;10(3):124–127.

- Camp, D. L., Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine*, 55, 823-834.
- Campbell, J. D., & Lavalley, L. E. (1993). Who am I? The role of self concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. In R. E. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 3-20). New York: Plenum.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... Paredes, T. (2009). Development and psychometric properties of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100) in Portugal. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 116-124.
- Carvalho, H. (2008). *Análise Multivariada de Dados Qualitativos: Utilização de Análises de Correspondências Múltiplas com o SPSS*, Sílabo, Lisboa.
- Castillo, R. J. (1997). *Culture and mental illness: A client centered approach*. Pacific Grove, CA: Brooks Cole.
- Castro, M. M. L. D., Hökerberg, Y. H. M., & Passos, S. L. (2013). Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-Bref aplicado a trabalhadores de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1357-1369.
- Centers for Disease Control and Prevention (2000). *Measuring Healthy Days*. Atlanta, Georgia.

- Chee, C. Y. I., Ng, T. P., & Kua, E. H. (2005). Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital - a Singapore study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 648–653.
- Chen, W. C., Wang, J. D., Hwang, J. S., Chen, C. C., Wu, C. H., & Yao, G. (2009). Can the web-form WHOQOL- BREF be an alternative to the paper-form? *Social Indicators Research*, 94, 97-114.
- Cherubini, K. G. (2006). Modelos históricos de compreensão da loucura. Da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel Retirado de <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/.../12432-12433-1-PB.pdf>.
- Chung, W. S., Lan, Y. L., & Yang, M. C. (2012). Psychometric testing of the short version of the world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire among pulmonary tuberculosis patients in Taiwan. *BMC Public Health*, 12, 630.
- Clower, W. T., & Finger, S. (2001) Discovering trepanation: The Contribution of Paul Broca. *Neurosurgery*, 49, 1417- 1425.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de www.min-saude.pt/portal/conteudos/.../saude+mental.htm.
- Comrey, A. L. & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis*. Hillsdale, NJ:Erlbaum.
- Connell, J., O'Cathain, A., & Brazier, J. (2014). Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions? *Health and Quality of Life Outcomes*, 120, 12-20.

- Cooney, G., Jahoda, A., Gumley, A. & Knott, F. (2006). Young people with learning disabilities attending mainstream and segregated schooling: perceived stigma, social comparisons and future aspirations. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 432-445.
- Cooper, A. E., Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2003). Mental illness stigma and care seeking. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 339-341.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Retirado de <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>.
- Corwyn, R. F. (2000). The factor structure of global self-esteem among adolescents and adults. *Journal of Research in Personality, 34*, 357-379.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*, 202-222.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology, 7*, 48-67.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*, 614-625.
- Corrigan, P. W. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W. (2006). Erase the stigma: make rehabilitation better fit people with disabilities. *Rehabilitation Education, 20*, 225-234.

- Corrigan, P. W. (2007) How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work*, 52, 31-39.
- Corrigan, P. W. (2011). Strategic Stigma Change (SSC): Five Principles for Social Marketing Campaigns to Reduce Stigma. *Psychiatric Services*, 62, 824–826.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L.(2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*. 27, 219-225.
- Corrigan, P.W., & Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P.W Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness: Implications for Research and Social Change*. Washington: The American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rusch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75-81.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A., (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 481-491.
- Corrigan, P. & Penn, D. L. (1999) Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765 -776.
- Corrigan, P.W., Rafacz, J., & Rusch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189, 339-343.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., ... Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 293-310.

- Corrigan, P. W., & Watson, A. (2002a). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 35-53.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. (2002b). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*, 16-20.
- Corrigan, P. W. & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing, 46*, 42-48.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 875-884.
- Cosmides, L., & Tooby, J. (2005). Neurocognitive Adaptations Designed for Social Exchange. In D. M. Buss (Ed.). *The handbook of evolutionary psychology*. (pp. 584–627). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Costello, A. B. & Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation, 10*, 1-9.
- Crandall, C. S., Eshleman, A., & O'Brien, L. (2002). Social Norms and the Expression and Suppression of Prejudice: The Struggle for Internalization. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 359–378.
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry, 4*, 106-113.
- Crocker, J. (2000). The costs of seeking self-esteem. *Journal of Social Issues, 58*, 597-615.

- Crocker, J., Cornwell, B., & Major, B. (1993). The stigma of overweight: Affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 60-70.
- Crocker, J., & Quinn, D. M. (2000). Social stigma and the self: Meanings, situations, and self-esteem. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.) *Stigma: Social psychological perspectives* (pp. 153-183). New York: Guilford.
- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma. *Psychological Review, 96*, 608-630.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2003). Seeking self-esteem: Construction, maintenance, and protection of self-worth. In M. Leary & J. Tangney (Eds.), *Handbook of Self and Identity* (pp. 291-313). New York: Guilford Press.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), 4th ed. *Handbook of social psychology*, Vol. 2 (pp. 504-553) Boston: McGraw-Hill.
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review, 108*, 593-623.
- Damásio, A. R. (1994). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro*. Mem Martins, Publicações Europa-América.
- Davis, L., Kurzban, S., & Brekke, J. (2012). Self-esteem as a mediator of the relationship between role functioning and symptoms for individuals with severe mental illness: A prospective analysis of Modified Labeling theory. *Schizophrenia Research, 137*, 185-189.
- Decreto-Lei n.º 46102, de 28 de Dezembro de 1964. Diário da República n.º 299/64 - I Série. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa. Retirado de www.legislacao.org/diario-primeira-serie/1964-12-03/20.

Decreto-Lei n.º 127/92. de 3 de Julho. Diário da República n.º 151/92 - I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa. Retirado de publicos.pt/documento/id288074/decreto-lei-127/92.

Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro. Diário da República n.º 30/99 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa. Retirado de www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=4885&m=Pdf.

Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de Outubro. Diário da República n.º 205/09 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa. Retirado de www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/...3DAD.../DL304_09Novo35.pdf.

Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro Diário da República n.º 19/10 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa. Retirado de adeb.pt/ficheiros/uploads/f9c07368984c8cae08ec9d3e0c9ca030.pdf

Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de Fevereiro. Diário da República n.º 29/11- I Série. Ministério da Saúde. Lisboa. Retirado de www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=4884&m=PDF

Deegan, P. E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 31, 7–11.

Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

Depla, M., de Graaf, R., van Weeghel, J., & Heeren, T. J. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 146-153.

Despacho 11411/2006, de 25 de Maio. Diário da República n.º 101/06- II Série. Ministério da Saúde. Lisboa. Retirado de diario.vlex.pt › *Diário da República* › 25 de Maio de 2006.

- Despacho n.º 8677/2011, de 28 de Junho. Diário da República n.º 122 - II Série. Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Lisboa. Retirado de www.portaldasaude.pt/portal/.../a.../despacho_8677_2011.htm.
- Despacho Conjunto 407/98, de 18 de Junho. Diário da República n.º 138/98 - II Série. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa. Retirado de www4.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98.
- De Tilio, R. (2007). "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia*, 37, 195-206.
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 348-354.
- Dietrich, S., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). The relationship between biogenetic causal explanations and social distance toward people with mental disorders: results from a population survey in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 166-74.
- Direccao-Geral da Saúde (2004). *Rede de referenciação de psiquiatria e saúde mental*. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal: Saúde Mental em Números 2013*. Ministério da Saúde. retirado de <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal: Saúde Mental em Números 2014*. Ministério da Saúde retirado de <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx>.

- DiStefano, C., & Motl, R. W. (2006): Further Investigating Method Effects Associated With Negatively Worded Items on Self-Report Surveys, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 13, 440-464.
- DiStefano, C., & Motl, R. W. (2009). Self-esteem and method effects associated with negatively worded items: Investigating factorial invariance by sex. *Structural Equation Modeling*, 16, 134–146.
- Dovidio, J. F. (2001). On the nature of contemporary prejudice: The third wave. *Journal of Social Issues*, 57, 829–849.
- Dovidio, J., Hewstone, M., Glick, P., & Esses, V. (2010). Prejudice, stereotyping and discrimination: Theoretical and empirical overview. In J. Dovidio, M. Hewstone, P. Glick, & V. Esses (Eds.), *The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination* (pp. 3-29). London: SAGE Publications Ltd.
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1–29). New York: Guilford Press.
- Dumais, A., Potvin, S., Joyal, C., Allaire, J-F., Stip, E., Lesage, A.,... Côté, G., (2011). Schizophrenia and serious violence: A clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders. *Schizophrenia Research*, 130, 234-237.
- Ehrlich Ben-Or, S., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Lysaker, P. H. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 195-200.
- Elliott, G. C., Ziegler, H. L., Altman, B. M. & Scott, D. R. (1982). Understanding stigma: dimensions of deviance and coping. *Deviant Behavior*, 3, 275-300.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

-
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, *137*, 535-544.
- Ertugrul, A., & Ulug, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 73-77.
- European Commission (2009). *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Brussels: European Communities. Retirado de <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3992&langId=en>.
- Evans, S., Banerjee, S., Leese, M., & Huxley, P. (2007). The impact of mental illness on quality of life: a comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Quality of Life Research*, *16*, 17-29.
- Fabrigar, L. R., & Petty, R. E. (1999). The role of the affective and cognitive bases of attitudes in susceptibility to affectively and cognitively based persuasion. *Personality and Psychology Bulletin*, *25*, 363-381.
- Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007) Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, *6*, 313-316.
- Fan, F., & Fu, J. (2001). Self-concept and mental health of college students. *Chinese Mental Health Journal*, *15*, 76-77.
- Faulkner, J., Schaller, M., Park, J. H., & Duncan, L. A. (2004). Evolved disease-avoidance mechanisms and contemporary xenophobic attitudes. *Group Processes and Intergroup Behavior*, *7*, 333-353.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1985). Quality of Life Index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, *8*, 15-24.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, *7*, 117-140.

- Fife, B. L., & Wright, E. R. (2000). The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 50–68.
- Finzen, A., 1996. Der Verwaltungsrat ist schizophren. Die Krankheit und das Stigma. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds), *The Handbook of Social Psychology* (4th ed.), Vol. 2, pp. 357–411). New York: McGraw-Hill.
- Fiske, S. T. & Taylor, S. E. (1984). *Social Cognition*. New York: Random House.
- Fitzgerald, P. B., Williams, C. L., Corteling, N., Filia, S. L, Brewer, K., ..., Kulkami, J. (2001). Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 387-392.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon L. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-BREF. *Revista de Saúde Pública*, 34, 178 - 283.
- Follette, W. C., & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: a case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1120–1132.
- Foucault, M., (1973). *Madness and Civilization in the Age of Reason*, Richard Howard (trad.). New York: Vintage Books.
- Frances, A. (2012). DSM-5 is a guide, not a bible: Simply ignore its 10 worst changes. Retirado de http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm-5_b_2227626.html.

-
- Frances, A. (2013). *Essentials of psychiatric diagnosis: Responding to the challenge of DSM-5*. New York, NY: Guilford.
- Françoia, C. R. (2005). Ensaio sobre a loucura. *Psicologia Argumento*, 43, 45-51.
- Freeman, H. (2006). Standard of living and environmental factors as a component of quality of life in mental disorders. In Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. (pp. 57-67). Chichester UK: JohnWiley & Sons Ltd.
- Gerber, G. J, Coleman, G. E, Johnston, L., & Lafave, H. G. (1994). Quality of life of people with psychiatric disabilities 1 and 3 years after discharge from hospital. *Quality of Life Research*, 3, 379-383.
- Goesling, J., Clauw, D. J., Hassett, A. L. (2013). Pain and depression: an integrative review of neurobiological and psychological factors. *Current Psychiatry Reports*, 15, 421. doi: 10.1007/s11920-013-0421-0.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Doubleday Anchor, New York.
- Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*. Penguin Books. Londres.
- Goodall, J. (1986). Social rejection, exclusion, and shunning among the Gombe chimpanzees. *Ethology and Sociobiology*, 7, 227–236.
- Górna, K., Jaracz, K, & Rybakowski, F. (2005). Objective and Subjective quality of life in schizophrenic patients after a first hospitalization. *Roczniki Akademii Medycznej Białymstoku Journal*, 50, 225-227.
- Gove, W. R. (1970). Societal reaction as an explanation of mental illness: an evaluation. *American Sociological Review*, 35(5):873–84.

- Grant, M. M., Padilla, G. V., Ferrell, B. R., & Rhiner, M. (1990). Assessment of quality of life with a single instrument. *Seminars in Oncology Nursing*, 6, 260-70.
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and social behavior: Empirical assessments and conceptual refinements. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 61–139). New York: Academic Press.
- Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., & Farruggia, S. P. (2003). Item- wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Do they matter? *Personality and Individual Differences*, 35, 1241–1254.
- Greenacre, M., (2007). *Correspondence Analysis in Practice*. 2nd ed., Chapman & Hall/CRC, London.
- Guindon, M. H. (2002). Toward Accountability in the Use of the Self-Esteem Construct. *Journal of Counseling and Development*, 80, 204-214.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis*. 7th ed., Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, NJ, USA.
- Hammer, J. H., & Vogel, D. L. (2010). Men's help seeking for depression: The efficacy of a male-sensitive brochure about therapy. *The Counseling Psychologist*, 38, 296-313.
- Harley EW, Boardman J, Craig T. Friendship in people with schizophrenia: A survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012;47(8):1291–1299
- Harmon-Jones, E., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & McGregor, H. (1997). Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduces mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 24 – 36.

- Harter, S. (1986). Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the selfconcept in children. In J. Suls & A.G. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self* (pp. 137–181). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Harter, S., & Marold, D. B. (1991). A model of the determinants and mediational role of self-worth: Implications for adolescent depression and suicidal ideation. In J. Strauss & G. Goethals (Eds.), *The self: Interdisciplinary approaches*. New York: Springer-Verlag.
- Hasson-Ohayon, I., Ehrlich-Ben Or, S., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Roe, D. (2012). Insight into mental illness and self-stigma: The mediating role of shame proneness. *Psychiatry Research*, 200, 802-806.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Roe, D., David, A.S., & Weiser, M. (2006). Insight into psychosis and quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 265–269.
- Henson, R. K., & Roberts, J. K. (2006). Use of exploratory factor analysis in published research. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 393-416.
- Herek, G. M. (1991). Stigma, prejudice, and violence against lesbians and gay men. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 60-80). Newbury Park, CA: Sage.
- Herek, G.M., & McLemore, K. A. (2013). Sexual prejudice. *Annual Review of Psychology*, 64, 309-333.
- Herrman, H. (2000). Editoriali: Assessing quality of life in people living with psychosis *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9, 1-6.

- Hewstone, M., Rubin, M., & Willis, H. (2002). Intergroup bias. *Annual Review of Psychology*, *53*, 575–604.
- Hilton, J. L., & Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, *47*, 237-271.
- Hinshaw, S. P. (2007). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. New York: Oxford University Press.
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *4*, 367–393.
- Hogg, M. A. (2000). Subjective uncertainty reduction through self-categorization: A motivational theory of social identity processes. *European Review of Social Psychology*, *11*, 223-255.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *25*, 447-456.
- Holzinger, A., Beck, M., Munk, I., Weithaas, S., & Angermeyer, M. C., 2003. Stigma as perceived by schizophrenics and depressives. *Psychiatrische Praxis* *30*, 395-401.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, *6*, 53-60.
- Howarth, C. (2002) 'So, you're from Brixton?': the struggle for recognition and esteem in a multicultural community. *Ethnicities*, *2*, 237-260.
- Howarth, C. (2006). Race as stigma: positioning the stigmatized as agents, not objects. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, *16*, 442-451.

- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cut off criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1–55.
- Iacobucci, D. (2010). Structural equation modeling: Fit indices, sample size, and advanced topics. *Journal of Consumer Psychology, 20*, 90-98.
- Instituto Nacional de Reabilitação. (2010) Relatório anual 2009 sobre a prática de atos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde. Instituto Nacional de Reabilitação, Lisboa, Retirado de <http://www.inr.pt/content/1/1185/leida-nao-discriminacao>.
- Instituto Nacional de Reabilitação (2011). Relatório anual 2010 sobre a prática de atos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde. Instituto Nacional de Reabilitação, Lisboa, Retirado de <http://www.inr.pt/content/1/1185/leida-nao-discriminacao>.
- Instituto Nacional de Reabilitação (2012). Relatório anual 2011 sobre a prática de atos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde. Instituto Nacional de Reabilitação, Lisboa, Retirado de <http://www.inr.pt/content/1/1185/leida-nao-discriminacao>.
- Instituto Nacional de Reabilitação (2013). Relatório anual 2012 sobre a prática de atos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde. Instituto Nacional de Reabilitação, Lisboa, Retirado de <http://www.inr.pt/content/1/1185/leida-nao-discriminacao>.
- Instituto Nacional de Reabilitação (2014). Relatório anual 2013 sobre a prática de atos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde. Instituto Nacional de Reabilitação, Lisboa, Retirado de <http://www.inr.pt/content/1/1185/leida-nao-discriminacao>.

- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, *10*, 86–92
- Iwamoto, D. K., Liao, L., & Liu, W. M. (2010). Masculine norms, avoidant coping and depressive symptoms among Asian American men. *Psychology of Men and Masculinity*, *11*, 15-24.
- Jablensky, A., & Kendell, R. E. (2002) Criteria for assessing a classification in psychiatry. In M. Maj, W. Gaebel, J. J. Lopez-Ibor and N. Sartorius (Eds.) *Psychiatric Diagnosis and Classification* (pp. 1– 24). John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK. doi: 10.1002/047084647X.ch1.
- Jara, J. M. (2007). Separata: Contribuição para um Livro Branco da Psiquiatria e da Saúde Mental em Portugal. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*.
- Jaracz, K., Kalfoss, M., Gorna, K., & Baczyk, G. (2006). Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *20*, 251-60.
- Jewell, J. D., Hupp, S. D. A., & Pomerantz, A. M. (2008). Diagnostic classification systems. In J. L. Matson & F. Andrasik (Eds.), *Assessing Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities*. New York, NY: Springer.
- Jones, E. E., Brenner, K. J., & Knight, J. G. (1990). When failure elevates self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *16*, 200-219.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D. & Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, *67*, 231-243.

-
- Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2005). Belief in the harmfulness of antidepressants: Results from a national survey of the Australian public. *Journal of Affective Disorders, 88*, 47–53.
- Kahng, S. K., & Mowbray, C. T., (2005). What affects self-esteem of persons with psychiatric disabilities : the role of causal attributions of mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 28*, 354-361.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 407*, 33–37.
- Katschnig H. (2006a) How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. (pp. 3–17). Chichester: Wiley.
- Katschnig, H. (2006b). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry, 5*, 139-145.
- Kazeem, O., Adegun, T. (2011). Leprosy stigma: Ironing out the creases. *Leprosy Review, 82*, 103–108.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Psychological Inquiry, 14*, 1–26.
- Kelly, C., Jorm, A., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia, 187*, 26-29.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S.,...Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8–19.

- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2008). *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge University Press, New York.
- Kinderman, P., Read, J., Moncrieff, J., & Bentall, R. P. (2013). Drop the language of disorder. *Evidence Based Mental Health*, 16, 2-3.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Kirk, G., Raven, J. E., & Schofield, M. (1994). Os filósofos pré-socráticos, 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kline, R. B. (2013). Exploratory and confirmatory factor analysis. In Y. Petscher & C. Schatsschneider (Eds.), *Applied quantitative analysis in the social sciences* (pp. 171-207). New York: Routledge. (Chap. 6, print proof).
- Knight, M.T.D., Wykes, T., & Hayward, P. (2006). Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: A waiting list trial of efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 34, 305–318.
- Kondrat, D. C. & Early, T. J. (2011). Battling in the Trenches: Case Manager's Ability to Combat the Effects of Mental Illness Stigma on Consumers' Perceived Quality of Life. *Community Mental Health Journal*, 47, 390-398.
- Kress, V., Eriksen, K., Rayle, A., & Ford, S. (2005). The DSM-IV-TR and culture: Considerations for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 83, 97–104.
- Kunikata, H., Mino, Y., & Nakajima, K. (2005). Quality of life of schizophrenic patients living in the community: The relationship with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 59, 163-169.

- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, *127*, 187–208.
- Kurzban, R., & Neuberg, S. L. (2005). Managing ingroup and outgroup relationships. In D. M. Buss (Ed). *The handbook of evolutionary psychology*. (pp. 653–675). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Lacasse, J. R. (2014). After DSM-5: A critical mental health research agenda for the 21st century. *Research on Social Work Practice*, *24*, 105–110.
- Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada.
- Lamb, H. R., & Bachrach, L. L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, *52*, 1039–45.
- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the Self-Esteem Rating Scale - Short Form. *Psychiatry Research*, *143*, 99–108.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, *40*, 369–373.
- Lehman, A. F. (1996) Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. In Mental Health Outcome Measures. In G. Thornicroft & M. Tansella (Eds.), *Mental health outcome measures*. (pp. 75-92). Berlin: Springer.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 51–59.

- Lauber, C., Nordt, C., Falcató, L., & Rössler W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community of Mental Health Journal*, 40, 265–274.
- Leary, M. R. (2004). The function of self-esteem in Terror Management Theory and Sociometer Theory: Comment on Pyszczynski et al. (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 478 – 482.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 518–530.
- Leff, J., & Trieman, N. (2000) Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *British Journal of Psychiatry*, 176, 217 -223.
- Leff, J., Trieman, N., Knapp, M., & Hallam, A. (2000). The TAPS Project: a report on 13 years of research, 1985–1998, *Psychiatric Bulletin*, 24, 165–8.
- Leff, J., & Warner, R. (2008). *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. Lisboa: Almedina.
- Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963. Promulgação das bases para a promoção da Saúde mental. Diário do Governo n.º 79 – I Série. Presidência da República. Lisboa. Retirado de <http://www.dre.pt/pdf1s/1963/04/07900/03270332.pdf>.
- Lei n.º 36/98, de 24 de Julho. Lei da Saúde Mental. Diário da República n.º 169 - I Série A. Assembleia da República. Lisboa. Retirado de www.legislacao.org/diario-primeira-serie/1998-07-04/40.
- Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto. Diário da República N.º 165/06 - I Série. Assembleia da República. Lisboa. Retirado de www.inr.pt/bibliopac/diplomas/lei_46_2006.htm

-
- Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 3-7.
- Lerner, M. J. (1987). Integrating Societal and Psychological Rules of Entitlement: The Basic Task of Each Social Actor and Fundamental Problem for the Social Sciences. *Social Justice Research*, 1, 107-125.
- Levine, J. M., & Moreland, R. L. (2006). Small groups: An overview. In J. M. Levine & R. L. Moreland (Eds.), *Small groups* (pp. 1-10). New York: Psychology Press.
- Li, JX. (2015). Pain and depression comorbidity: A preclinical perspective. *Behavioural Brain Research*, 276, 92–98.
- Lincoln, T. M., Arens, E., Berger, C., & Rief, W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 984-994.
- Lindwall, M., Barkoukis, V., Grano, C., Lucidi, F., Raudsepp, L., Liukkonen, J., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2012): Method Effects: The Problem With Negatively Versus Positively Keyed Items, *Journal of Personality Assessment*, 94, 196-204.
- Link, B. G. (1982). Mental patient status, work, and income: An examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review*, 47, 202–215.
- Link, B. G., Castille, D. M., & Stuber, J. (2008), Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses, *Social Science and Medicine*, 67, 409.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, *92*, 1461-1500.
- Link, B. G., Elmer, L., Struening, E., Rahav, M., & Phelan, J. C., Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with a dual diagnosis of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior* *38*, 177-190.
- Link, B. G., Lawrence, H. Y., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, *30*, 511-541.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2013). "Labeling and Stigma." In C. S. Aneshensel, J.C. Phelan & A. Bierman (Eds.). *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 525-541). New York: Springer,
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A., (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*. *89*(9), 1328-1333.
- Link, B., G., Struening, E., Dohrenwend, B., P., Cullen, F., T., & Shrout, P., E. (1989). A modified labelling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, *54*, 400-423.
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J.C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, *52*, 1621-1626.
- Livingston, J. D. (2013). Mental illness-related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion. Calgary, Alberta: Mental Health Commission of Canada. Retirado de www.mentalhealthcommission.ca.

- Livingston, J. D., & Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 7, 2150-2161.
- Lopes, L. M. M., & Rodrigues, M. A. (2009). Documento *ad usum et beneficium*. Os Alienados em Portugal – História e Estatística. *Revista Referência*, 11, 135-140.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D.T., & Murray, C. J. L. (2006). Measuring the Global Burden of Disease and Risk Factors, 1990–2001. In A. D., Lopez, C. D. Mathers, M. Ezzati, C. J. L. Murray & D. T. Jamison (Eds.). *Global Burden of Disease and Risk Factors* (pp. 1-13). New York: Oxford University Press.
- Lopez, A. D., & Murray, C. J. L. (1998). The global burden of disease, 1990 - 2020. *Nature Medicine*, 4, 1241-1243.
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., & Bjorkman T. (2008). Stigma, discrimination, empowerment and social networks: a preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample. *International Journal of Social Psychiatry* 54, 47–55.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin* 33, 192–199.
- MacDonald, G. (2007). Self-esteem: A human elaboration of prehuman belongingness motivation. In C. Sedikides & S. Spencer (Eds.). *The self in social psychology* (pp. 412 - 456). New York: Psychology Press.
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131, 202–223.

- MacDonald, G., Saltzman, J. L., & Leary, M. R. (2003). Social approval and trait self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 37, 23-40.
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H. , Demer, M. A., Scott, R. P., ... Freitas, G. (2003). Development of the conformity to masculine norms inventory. *Psychology of Men and Masculinity*, 4, 3-25.
- Major, B., Kaiser, C., & McCoy, S. K. (2003). It's not my fault: When and why attributions to prejudice protect self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 772-781.
- Major, B., & O'Brien L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
- Magovcevic, M., & Addis, M. E. (2005). Linking gender-role conflict to nonnormative and self-stigmatizing perceptions of alcohol abuse and depression. *Psychology of Men & Masculinity*, 6, 127-136.
- Mann, M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372.
- Manuel, J., Hinterland, K., Conover, S., & Herman, D. (2012) "I hope I can make it out there." Perceptions of women with severe mental illness on the transition from hospital to community. *Community Mental Health Journal*, 48, 302-308.
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais – Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-48.

- Marsh, H. W. (1996). Positive and negative global self-esteem: A substantively meaningful distinction or artifactors? *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 810–819.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine, 3*: e442.
- Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J., & Lalucat-Jo, L. (2011). The World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version: a validation study in patients with schizophrenia. *Quality of Life Research, 20*, 1079–1089.
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research, 208*, 15–20.
- Mayes, R., & Horwitz, A. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 3*, 249-267.
- McCann, E. (2010). The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: Quantitative findings of a UK study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*, 295-303.
- McDaid D. (2008). Countering the Stigmatisation and Discrimination of People with Mental Health Problems in Europe. Research Paper for European Commission. Retirado de http://www.ec-mental-health-process.net/pdf/stigma_paper_en.pdf.
- McInerney, S. J, Finnerty, S., Avalos, G., & Walsh, E. (2010). Better off in the community? A 5-year follow up study of long-term psychiatric patients discharged into the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*, 469-473.
- McManus, F., Waite, P., & Shafran, R. (2009). Cognitive-Behavior Therapy for Low Self-Esteem: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 266-275.

- McReynolds, C. J., Ward, D. M., & Singer, O. (2002). Stigma, discrimination, and invisibility: factors affecting successful integration of individuals diagnosed with schizophrenia. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 33*, 32-39.
- Mehta, S., & Farina, A. (1997). Is being "sick" really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology, 16*, 405-419.
- Mercier, C. (1994). Improving the quality of life of people with severe mental disorders. *Social Indicators Research, 33*, 165–192.
- Merton, R. K. (1954). The Self-Fulfilling Prophecy. *The Antioch Review, 8*, 193-210.
- Moriyama, I. M., Loy, R. M., & Robb-Smith, A. H. T. (2011). Development of the Classification of Diseases. In H. M. Rosenberg & D. L. Hoyert (Eds.) *History of the Statistical Classification of Diseases and Causes of Death* (pp. 19-22). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Murphy, H., & Murphy, E. K. (2006). Comparing quality of life using the World Health Organization Quality of Life measure (WHOQOL-100) in a clinical and non-clinical sample: Exploring the role of self-esteem self-efficacy and social functioning. *Journal of Mental Health, 15*, 289-300.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D., Editors (1996). *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Cambridge, Massachusetts.
- Narigão, M. (2012). Cuidados continuados em saúde mental: reflexão sobre respostas para pessoas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 8*, 58-62.

- Neuberg, S. L., Kenrick, D. T., & Schaller, M. (2010). Evolutionary social psychology. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology*, 5th Edition, (pp. 761-796). New York: John Wiley & Sons.
- Neuberg, S. L., Smith, D. M., & Asher, T. (2000). 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: Guilford Press.
- Newton, L., Rosen, A., Tennant, C., & Hobbs, C. (2001). Moving out and moving on: Some ethnographic observations of deinstitutionalization in an Australian community. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 152-162.
- Ngui, E. M., Khasakhala, L., Ndetei, D., & Roberts, L. W. (2010). Mental disorders, health inequalities and ethics: a global perspective. *International Review of Psychiatry*, 22, 235–244.
- Nogueira, C., & Saavedra, L. (2007). Estereótipos de género. Conhecer para os transformar. In *Cadernos Sacaufef: Igualdade de Género*, 11-30. Lisboa: Ministério da Educação. Acedido em erte.dge.mec.pt/files/@crie/1220024513_03_SACAUSEF_III_10a30.pdf.
- Oaten, M., Stevenson, R., & Case, T. (2011). Disease avoidance as a functional basis for stigmatization. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 366, 3433-3452.
- O'Brien, E. J. (1985). Global self-esteem scales: Unidimensional or multidimensional? *Psychological Reports*, 57, 383-389.
- O'Connell, K., & Skevington, S (2012). An international quality of life instrument to assess wellbeing in adults who are HIV-positive: a short form of the WHOQOL-HIV (31 items). *AIDS and Behavior*, 16, 452-460.

- Ohaeri, J. U., & Awadalla, A. W. (2009). The reliability and validity of the short version of the WHO Quality of Life Instrument in an Arab general population. *Annals of Saudi Medicine, 29*, 98-104.
- Ohaeri, J. U., Awadalla, A. W., Ghoulum, A., El-Abassi, A. M., & Jacob, A. (2007). Confirmatory factor analytical study of the WHOQOL-BREF: experience with Sudanese general population and psychiatric samples. *BMC Medical Research Methodology, 7*, 37.
- Ohaeri, J. U., Olusina, A. K., & Al-Abassi, A-H. M. (2004). Factor analytical study of the short version of the World Health Organization Quality of Life Instrument. *Psychopathology, 37*, 242-248
- Oliveira, S. [E. H.], Carolino, L., & Paiva, A. (2012). Programa saúde mental sem estigma: efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 8*, 30-37.
- Oliveira, S. E. H., Carvalho, H., & Esteves, F. (2016). Internalized stigma and quality of life domains in people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *Journal of Mental Health, 25*, 55-61.
- Oliveira, S. E. H., Esteves, F., & Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Research, 229*, 167-173.
- Oliveira, S. E. H., Esteves, F., Pereira, E. G., Carvalho, M., & Boyd [Ritsher], J. (2015). The Internalized Stigma of Mental Illness: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the ISMI Scale. *Community of Mental Health Journal, 51*, 606-612.
- Oliveira, W. V. (2011). A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 1*, 141-154. doi.org/10.1590/S0104-59702011000100009.

- Orley, J., Saxena, S., & Herrman, H. (1998). Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 291-293.
- Osborne, R. E. (1993). *Self: An eclectic approach*. Boston: Allyn & Bacon.
- Osborne, J., & Fitzpatrick, D. C. (2012). Replication Analysis in Exploratory Factor Analysis: What it is and why it makes your analysis better. *Journal of Practical Research, Assessment and Evaluation*, *17*, 1-8.
- Osswald, V. (2009). Uma reflexão ética sobre cuidados de saúde mental. Estudos de Direito da Bioética. Coimbra, *Almedina*, *3*, 161-170.
- Ottati, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P.W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 99–128). Washington, DC: American Psychological Association.
- Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). Self, self-concept, and identity. In M. Leary & J. Tangney (Eds.). *Handbook of self and identity*. 2nd ed. (pp. 69–104). New York: Guilford.
- Padesky, C. A., & Hammen, C. L. (1981). Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college students. *Sex Roles*, *7*, 309–320.
- Page, S. (1995). Effects of the mental illness label in 1993: Acceptance and rejection in the community. *Journal of Health and Social Policy*, *7*, 61–68.
- Park, S. G., Bennett, M. E., Couture, S. M., & Blanchard, J. J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research* *205*, 43-47.

- Park, J. H., Faulkner, J., & Schaller, M. (2003). Evolved disease-avoidance processes and contemporary anti-social behavior: Prejudicial attitudes and avoidance of people with disabilities. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27, 65-87.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine* 57, 13–24.
- Pasman, J. (2011). The Consequences of Labeling Mental Illnesses on the Self-concept: A Review of the Literature and Future Directions. *Social Cosmos*, 2, 122-127.
- Penn, D. L., Kohlmaier, J. R., & Corrigan, P. W. (2000). Interpersonal factors contributing to the stigma of mental illness: Social skills, perceived attractiveness, and psychiatric symptoms. *Schizophrenia Research*, 45, 37-45.
- Penn, D.L., Martin, J., 1998. The stigma of severe mental illness: some potential solutions to a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69, 235–247.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salahi, J., Struening, E.L., & Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52, 1627–1632.
- Pereira, M. E. C. (2004). Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 3, 113-116.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What is Mental Illness and Is It to be Feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 188-207.
- Pessotti, Isaias (1996). *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34.

- Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35, 271-280.
- Poole, M. S., Hollingshead, A. B., McGrath, J. E., Moreland, R. L., & Rohrbaugh, J. (2004). Interdisciplinary Perspectives on Small Groups. *Small Group Research*, 35, 3-16.
- Portaria 348-A/98, de 18 de Junho de 1998. Diário da República nº 138 – I Série B. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa. Retirado de publicos.pt/documento/id534620/portaria-348-A/98.
- Portaria n.º 149/2011 de 8 de Abril. Diário da República, N.º 70 - I série. Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Lisboa. Retirado de www.sppsm.org/wp-content/uploads/.../Portaria-n.º-149.2011-RNCCI.pdf.
- Portaria n.º 183/2011, de 5 de Maio. Diário da República, N.º 87 I. série — Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Lisboa. Retirado de www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Portaria183_2011.pdf.
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., ... Wiersma, D. (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: a comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 350, 123–26.
- Pinfold, V., Stuart, H., Thornicroft, G., & Arboleda-Flórez, J. (2005). Working with young people: the impact of mental health awareness programmes in schools in the UK and Canada. *World Psychiatry*, 4, 48-52.
- Pyne, J. M., Kuc, E. J., Schroeder, P. J., Fortney, J. C., Edlund, M. Sullivan, G. (2004). Relationship between perceived stigma and depression severity. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192, 278–283.

- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, *130*, 435-468.
- Quilty, L. C., Oakman, J. M., & Risko, E. (2006). Correlates of the Rosenberg self-esteem scale method effects. *Structural Equation Modeling*, *13*, 99-117.
- Ramos, M., & Carvalho, H. (2011). Perceptions of quantitative methods in higher education: mapping student profiles. *High Education*, *61*, 629-647.
- Rasinski, K. A., Woll, P., & Cooke, A. (2005). Stigma and substance disorders. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 219–236). Washington, DC: American Psychological Association.
- Read, J. (2007). Why promoting biological ideology increases prejudice against people labelled ‘‘schizophrenic’’. *Australian Psychologist*, *42*, 118-128.
- Read, J., & Law, A. (1999). The relationship between causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the ‘mentally ill’. *International Journal of Social Psychiatry*, *45*, 216 -229.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the ‘mental illness is an illness like any other’ approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*, 303 – 318.
- Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de Julho. Diário da República, n.º 146 - I Série. Assembleia da República. Lisboa. Retirado de www.inr.pt/download.php?...Assembleia...56_2009...
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Diário da República N.º 47/08 - I série. Assembleia da República. Lisboa. Retirado de www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/05855D5E-F660.../0139501409.pdf.

- Rezende, J. M. (2009). À sombra do plátano: crônicas de história da medicina Retirado de <http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635.pdf>.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. P., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, XIV, 67-77.
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.
- Ritsner, M., Kurs, R., Kostizky, H., Ponizovsky, A. & Modai, I. (2002). Subjective quality of life in severely mentally ill patients: a comparison of two instruments. *Quality of Life Research*, 11, 553–561.
- Ritsner, M., Modai, I., Endicott, J., Rivkin, O., Nechamkin, Y., Barak, P.,...Ponizovsky, A. (2000). Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 880-9.
- Rizwan, M., & Ahmad, R. (2015). Self-Esteem Deficits Among Psychiatric Patients. *Sage open*, 5, 1-6. doi:10.1177/2158244015581649.
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Self-esteem across the lifespan. *Psychology and Aging*, 17, 423–434.
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Derhy, O., Yanos, P. T., & Lysaker, P. H. (2010). Talking about life and finding solutions to different hardships: a qualitative study on the

- impact of Narrative Enhancement and Cognitive Therapy on persons with Serious Mental Illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 807–812.
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach–Eizenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P. H. & Yanos, P. T. (2014). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) effectiveness: A quasi-experimental study. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 303–312.
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para validação da Escala de Autoestima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 109-116.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling Mental Illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660–72.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., Rössler, W., & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Society Psychiatry Epidemiology*, 39, 686-694.
- Rusch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification and perceived legitimacy of discrimination as predictors of mental health service use. *British Journal of Psychiatry*, 195, 551-552.

- Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M., & Corrigan, P. W. (2006), Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness, *Psychiatric Services*, 57, 399-402.
- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., Olschewski, M., & Corrigan, P. W. (2010). Automatically activated Shame reactions and perceived legitimacy of discrimination: A longitudinal study among people with mental illness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 60-63.
- Sainfort, F., Becker, M., & Diamond, R. (1996). Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 497-502.
- Sanderson, K., Andrews, G. (2001). Mental disorders and burden of disease: How was disability estimated and is it valid? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 668-676.
- Santos, P. J., & Maia, J. (1999). Adaptação e análise factorial confirmatória da Rosenberg Self-Esteem Scale com uma amostra de adolescentes: Resultados preliminares. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Org.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 101-113). Braga: APPORT.
- Santos, P.J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Sarbin, T. R. (1997). On the futility of psychiatric diagnostic manuals (DSMs) and the return of personal agency. *Applied & Preventive Psychology* 6, 233-243.
- Sartorius, N. (2006). Quality of life and mental disorders: a global perspective. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. (pp. 321-327) Chichester: Wiley.

- Sartorius, N. (2010). Short-lived campaigns are not enough. *Nature*, *468*, 163-165.
- Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness*. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge University Press.
- Sayce, L. (2001). Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin*, *25*, 121 -123.
- Scheff, T. J. (1966). *Being Mentally: A Sociological Theory*. Aldine, Chicago.
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*, 623-642.
- Shahar, G., & Davidson, L. (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: A three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 890-900.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*, *99*, 323-338.
- Schulze, B., & Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenia patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science and Medicine*, *56*, 299-312.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on student's attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*, 142-150.
- Schumacher M., Corrigan, P. W., & Dejong, T. (2003). Examining cues that signal mental illness stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *22*, 467-476.

- Segalovich, J., Doron, A., Behrbalk, P., Kurs, R., & Romem, P. (2013). Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 231–234.
- Shahani, C , Dipboye, R., & Phillips, A. (1990). Global self-esteem as a correlate of work-related attitudes: a question of dimensionality. *Journal of Personality Assessment*, 54, 276-288.
- Sibitz, I., Provaznikova, K., Lipp, M., Lakeman, R., & Amering, M. (2013). The impact of recovery-oriented day clinic treatment on internalized stigma: Preliminary report. *Psychiatry Research*, 209, 326-332.
- Sibitz, I., Unger, A., Woopmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2009). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, doi: 10.1093/schbul/sbp048 [Epub ahead of print].
- Sidanius, J., & Pratto, F. (1999). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. New York: Cambridge University Press.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I - The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2:2. doi: 10.1186/1475-2832-2-2.
- Simon, B. (1992) Shame, stigma, and mental illness in Ancient Greece. In P.J. Fink & A. Tasman (Eds.) *Stigma and Mental Illness*. (pp. 29-39). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Simon, B., (2008). Mind and Madness in Classical Antiquity', in History of Psychiatry and Medical Psychology with an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation. In Edwin R. Wallace & John Gach (Eds.). *History of Psychiatry and Medical Psychology* (pp.175-193). New York: Springer,

- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 479–481.
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., May, P. R., & Corrigan P. W. (1992). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenia out-patients. *British Journal of Psychiatry*, *161*, 797 -801.
- Skevington SM (2002) Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *Qual Life Res* 11:135–144.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The world health organization's WHOQOL-Bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, *13*, 299-310.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M., & WHOQOL Group. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social Psychiatry Epidemiology*, *39*, 1-8.
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg self-esteem scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*, 623-642.
- Snapp, C. M., & Leary, M. R. (2001). Hurt feelings among new acquaintances: Moderating effects of interpersonal familiarity. *Journal of Social and Personal Relationships*, *18*, 315–326.
- Sourander, A., Multimäki, P., Santalahti, P., Parkkola K, Haavisto, A., Helenius, H., ... Almqvist, F. (2004). Mental health service use among 18-year-old adolescent boys:

- a prospective 10-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 1250-1258.
- Stafford, M. C., & Scott, R. R. (1986). Stigma deviance and social control: Some conceptual issues. In S. C. Ainsley, G. Becker & L. M. Coleman (Eds.). *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum.
- Staring, A. B. P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H. J., & Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders, *Schizophrenia Research*, 115, 363-369.
- Stevens, J. P. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (4th ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stier, A., & Hinshaw, S. P. (2007). Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Australian Psychologist*, 42, 106-117.
- Sullivan, G. S., Welles, K. B., & Leake, B. (1991). Quality of life of a seriously mentally ill persons in Mississippi. *Hospital and Community Psychiatry*, 4, 752-755.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Tafarodi, R. W., & Milne, A. B. (2002). Decomposing global self-esteem. *Journal of Personality*, 70, 443-483.
- Tajfel, H. (1982). *Grupos Humanos e Categorias Sociais*. Estudos em Psicologia Social. Volumes 1 e 2. Lisboa. Livros Horizonte.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations*. 2nd ed. (pp. 7-24). Chicago: Nelson-Hall.

- Talbott, J. A. (2004). Deinstitutionalization: avoiding the disasters of the past. *Psychiatric Services, 10*, 1112-1115.
- Thakker, J., & Ward, T. (1998). Culture and classification: The cross-cultural application of the DSM- IV. *Clinical Psychology Review, 18*, 501-529.
- Thoits P. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 52*, 145-161.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and application*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Bebbington, P., & Leff, J. (2005). Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatric Services 56*, 1416-1422.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., & The INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of anticipated and experienced discrimination against people with schizophrenia. *Lancet, 373*, 408–415.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry, 190*, 192-193.
- Tomaz, C., & Giugliano, L. G. (1997). A razão das emoções: um ensaio sobre “O erro de Descartes”. *Estudos de Psicologia, 2*, 407-411.
- Tomas, J. M., & Oliver, A. (1999). Rosenberg’s Self-Esteem Scale: Two factors or method effects. *Structural Equation Modeling, 6*, 84–98.

- Trauer, T., Duckman, R., & Chiu, E. (1998). A study of the quality of life of the severely mentally ill. *The International Journal of Social Psychiatry*, *44*, 79-92.
- Torrey, W. C., Mueser, K. T., McHugo, G. H., & Drake, R. E. (2000). Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, *51*, 229-233.
- Trivers, R. L. (1971). The evolution of reciprocal altruism. *Quarterly Review of Biology* *46*, 35–57.
- Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., Van Heck, G. L., Hodiament, P. P., & De Vries, J. (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, *14*, 151–160.
- Unger, R. K., & Crawford, M. (1993). Sex and gender: the troubled relationship between terms and concepts. *Psychological Science*, *4*, 122–124.
- Usefy, A., Ghassemi, G. R., Sarrafzadegan, N., Mallik, S., Baghaei, A., & Rabiei, K. (2010). Psychometric Properties of the WHOQOL-Bref in an Iranian Adult Sample. *Community Mental Health Journal*, *46*, 139-147.
- Ustun, T. B., Yuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 386–392.
- Vala, J. (1997). Representações sociais e percepções intergrupais. *Análise Social*, *1*, 7-31.
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., Teixeira, C M., & Bertelli, R. (2012). Factorial validity and invariance of the Rosenberg Self-Esteem Scale among Portuguese youngsters. *Social Indicator Research*, *105*, 483-498.

- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research* 150, 71-80.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006a). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 31-40.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006b). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 41-49.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2007). Stigmatization in different mental health services: a comparison of psychiatric and general hospitals. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 34, 186-197.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: The role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, 206–218.
- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., & Hubbard, A. (2011). “Boys don’t cry”: examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 368-382.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325-337.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: the mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 40-50.

- Von Steinbuchel, N., Lischetzke, T., Gurny, M., & Eid, M. (2006). Assessing quality of life in older people: Psychometric properties of the WHOQOL-Bref. *European Journal of Ageing, 3*, 116-122.
- Wakefield J., C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist, 47*, 373-388.
- Wakefield J. C. (2007). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry, 6*, 149-156.
- Wakefield, J. C. (2013). DSM-5: An overview of changes and controversies. *Clinical Social Work Journal, 41*, 139–154.
- Wahl, O. F., (1999). Mental health consumer's experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin, 25*, 467-478.
- Walker, I., & Read, J. (2002). The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward “mental illness.” *Psychiatry, 65*, 313–325.
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Girolamo, G.,... Üstün, T. B. (2009). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry, 6*, 177–185.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 33*, 1312-1318.
- Watson, A. C., & Larson, J., E. (2006). Personal responses to disability stigma: from self-stigma to empowerment. *Rehabilitation Education, 20*, 235-246.

- Watson, A. C., & River, L. P. (2005). A Social-Cognitive model of personal responses to stigma. In P.W. Corrigan (Ed.). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 145-164). Washington DC: American Psychological Association.
- Werner, P., Aviv, A., & Barak, Y. (2007). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, *20*, 174-187.
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, M. S, Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Research and Action* *1*, 3-10.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, *23*, 24-56.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, *10*, 1403–1409.
- WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science and Medicine*, *46*, 1569–1585.
- Wikman, A., Marklund, S., & Alexanderson, K. (2005). "Illness, disease, and sickness absence: and empirical test of differences between concepts of ill health", *Journal of Epidemiology and Community Health*, *59*, 450-454.
- Wirth, J. H., & Bodenhausen, G. V. (2009). The role of gender in mental illness stigma: A national experiment. *Psychological Science*, *20*, 169-173.
- Wittorf, A., Wiedemann, G., Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2010). Quality and correlates of specific self-esteem at the beginning stabilization phase of schizophrenia. *Psychiatry Research*, *179*, 130–138.

- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Scensson, M., Jönsson, ...Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996). Public education for community care. A new approach. *British Journal of Psychiatry*, 168, 441-447.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68-90.
- Wright, J., Turkington, D., Kingdon, D. G., & Basco, M. R. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para doenças mentais graves*. Porto Alegre: Artmed.
- Williams, C. C. (2008). Insight, Stigma, and Post–Diagnosis Identities in Schizophrenia. *Psychiatry*, 71, 246-256.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization. Basic documents*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (1948). *International statistical classification of diseases injuries, and causes of death* (6th revision). Geneva: Author.
- World Health Organization. (1977). *International classification of diseases, injuries, and causes of death* (9th revision) Geneva. Author.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6–12 September.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva, World Health Organization.

- World Health Organization. (1992). *International classification of diseases classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (10th revision). Geneva: Author.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understandings, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *Advocacy for mental health. (Mental health policy and service guidance package)*. Geneva. World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). The global burden of disease: 2004 update. http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
- World Health Organization. WHO-Europe (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, C. H. (2008). An examination of the wording effect in the Rosenberg Self-Esteem Scale among culturally Chinese people. *The Journal of Social Psychology*, 148, 535-551.
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhaes, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7. doi: 10.1186/1752-4458-7-19.

- Xia, P., Li, N., Hau, K. T., Liu, C., & Lu, Y. (2012). Quality of life of Chinese urban community residents: a psychometric study of the mainland Chinese version of the WHOQOL-Bref. *BMC Medicine Research Methodology*, *12*, 37.
- Yanos, P.T., Roe, D., & Lysaker, P.H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *13*, 73–93.
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, *61*, 577–595.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, *59*, 1437–1442.
- Yao, G., Wu, C. H., & Yang, C. T. (2008). Examining the content validity of the WHOQOL-Bref from respondents' perspective by quantitative methods. *Social Indicators Research*, *85*, 483-498.
- Yen, C-F., Chen, C-C., Lee, Y, Tang, T-C., Yen, J-Y., & Ko C-H., (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services*, *56*, 599-601.
- Yen, C-F., Chen, C-C., Lee, Y., Tang, T-C., Ko, C-H. & Yen, J-Y. (2009). Association between quality of life and self-stigma insight and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depression and Anxiety*, *26*, 1033-1039.

ANEXOS

ANEXO 1

VERSÕES PORTUGUESAS DAS MEDIDAS: ISMI, RSES E WHOQOL-BREF

ISMI - ESTIGMA INTERNALIZADO EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL VERSÃO PORTUGUESA¹

INSTRUÇÕES

Neste questionário será usada a expressão "doença mental", mas, por favor, interprete-a usando o termo que acha que melhor se aplica.

Assinale em cada questão se **Discorda Totalmente (1)**, **Discorda (2)**, **Concorda (3)** ou **Concorda Totalmente (4)**

		Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1.	Sinto-me deslocado/a no mundo porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
2.	As pessoas discriminam-me porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
3.	Procuo não me aproximar de pessoas que não têm uma doença mental de modo a evitar a rejeição.	1	2	3	4
4.	Sinto-me embaraçado/a ou envergonhado/a por ter uma doença mental.	1	2	3	4
5.	As pessoas com doença mental não devem casar.	1	2	3	4
6.	As pessoas com doenças mentais dão um contributo importante à sociedade.	1	2	3	4
7.	Sinto-me inferior àquelas pessoas que não têm uma doença mental.	1	2	3	4
8.	Não socializo tanto como anteriormente, por causa da minha doença mental, que pode fazer com que eu pareça ou reaja de forma "estranha".	1	2	3	4
9.	As pessoas com uma doença mental não conseguem viver uma vida boa e gratificante.	1	2	3	4
10.	Não falo muito de mim mesmo/a porque não quero sobrecarregar as outras pessoas com a minha doença mental.	1	2	3	4
11.	As ideias negativas ou estereótipos sobre as doenças mentais fazem com que me isole do mundo dito "normal".	1	2	3	4
12.	Estar com pessoas que não têm uma doença mental faz com que me sinta deslocado/a ou inadequado/a.	1	2	3	4
13.	Não me sinto à vontade ao ser visto/a em público com uma pessoa que tem manifestamente uma doença mental.	1	2	3	4
14.	As pessoas muitas vezes tratam-me com um ar condescendente ou tratam-me como uma criança só porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
15.	Estou desiludido/a comigo por ter uma doença mental.	1	2	3	4
16.	Ter uma doença mental estragou a minha vida.	1	2	3	4
17.	As pessoas conseguem ver que tenho uma doença mental pela aparência que tenho.	1	2	3	4
18.	Devido à minha doença mental preciso que os outros tomem a maioria das decisões por mim.	1	2	3	4

¹ Tradução, Adaptação Cultural e Validação a partir do original de Ritsher, Otilingam & Grajales (2003), efectuada por S. Oliveira, E. Pereira & M. Carvalho, 2010.

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

A reprodução e utilização deste questionário está dependente da autorização dos autores da versão portuguesa (sandraeholiveira@gmail.com)

		Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
19.	Evito situações sociais para proteger a minha família e amigos de embaraços.	1	2	3	4
20.	As pessoas que não têm uma doença mental não iriam conseguir compreender-me.	1	2	3	4
21.	As pessoas ignoram-me ou não me levam tão a sério só porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
22.	Não consigo contribuir em nada para a sociedade porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
23.	Viver com uma doença mental tem feito de mim um/a lutador/a sobrevivente.	1	2	3	4
24.	Ninguém iria querer aproximar-se de mim porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
25.	De um modo geral consigo viver a minha vida da maneira que eu quero.	1	2	3	4
26.	Não me sinto realizado/a ou satisfeito/a e bem com a vida, por causa da minha doença mental.	1	2	3	4
27.	As pessoas pensam que não consigo alcançar muita coisa na vida porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
28.	As ideias negativas ou estereótipos sobre as pessoas com doença mental aplicam-se a mim.	1	2	3	4

Obrigada pela sua Participação

RSES

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autoria original de Morris Rosenberg.

Tradução supervisionada por Paulo Jorge Santos. Utilização exclusiva para investigação.

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
	1º-4º anos	<input type="text"/>
	5º-6º anos	<input type="text"/>
	7º-9º anos	<input type="text"/>
	10º-12º anos	<input type="text"/>
	Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>	

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
	Casado(a)	<input type="text"/>
	União de facto	<input type="text"/>
	Separado(a)	<input type="text"/>
	Divorciado(a)	<input type="text"/>
	Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

Anexos

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

