



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

Estigma na doença mental e assertividade: estudo de diagnóstico e recomendações para a intervenção psicossocial

Vanessa Filipa Ferreira Silvestre

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Ph.D. Sibila Fernandes Magalhães Marques, Professora Auxiliar, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

novembro 2022

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Estigma na doença mental e assertividade: estudo de diagnóstico e recomendações para a intervenção psicossocial

Vanessa Filipa Ferreira Silvestre

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Ph.D. Sibila Fernandes Magalhães Marques, Professora Auxiliar, ISCTE – Instituto  
Universitário de Lisboa

novembro, 2022





*“The stigma of mental illness is first and foremost a social justice issue”*

Patrick Corrigan



## Agradecimento

Um trabalho de mestrado inclui uma trajetória agraciada por muitos desafios, tristezas, incertezas, alegrias e resiliência. Foi um caminho com muitos momentos solitários, mas que hoje reconheço que foram necessários. Ultrapassar esta etapa só foi possível pelo contributo de algumas pessoas que me acompanharam de perto e me levantaram cada vez que tive vontade de abandonar o barco.

Posto isto, não poderia deixar de agradecer à Professora Sibila Marques por todas as vezes que desmistificou os meus medos e incertezas. Usufruir de uma visão crítica que contribuiu para enriquecer este trabalho foi, sem dúvida, um privilégio; Ao GAC, onde estagiei, que me premiou com tantos momentos e me fez sentir parte daquela Instituição; A todos os Utentes, sem o seu contributo não seria possível, partilharam comigo as suas histórias de vida que me tornaram muito mais rica. Dr.<sup>a</sup> Sandra Rascão, a minha orientadora na Instituição, muito obrigada. Penso que já transmiti o quanto foi e será importante para mim. Dr.<sup>a</sup> Beatriz obrigada por me permitir estar convosco e me tratar como parte da equipa, Dr.<sup>a</sup> Madalena, Dr.<sup>a</sup> Diana foram sempre incansáveis comigo, obrigada por todas as partilhas. Ao Dr. ° Tomaz e aos restantes técnicos, obrigada pelo acolhimento.

Aos companheiros de todas as longas reuniões, Sérgio e Mariana, que foram parte deste caminho e sempre que mencionar este trabalho não é possível não os referir. A paciência e motivação que me ofereceram foi imprescindível, obrigada.

Alexandra, um dia saberá o quão importante foste, obrigada por leres e releres todas as linhas e principalmente pelo carinho que me ofereceste num dia tão difícil.

Rita Dantas, obrigada por me ofereceres os teus conhecimentos e a tua paciência.

Aos meus filhos, por todas as horas que não consegui estar presente, pela paciência que me faltou em alguns momentos, obrigada, são a minha motivação de todos os dias. A minha namorada Luíza, que preencheu os momentos que não consegui estar, que foi a minha inspiração, que me dedicou tanto do seu pouco tempo e horas de sono, obrigada. Sei que os momentos por vezes foram péssimos, mas foi o pilar de tudo. A minha avó que será eternamente um amor para a vida. Ao meu pai, onde quer que esteja, sei que terá orgulho.

Por fim, não menos importante, obrigada a todas as pessoas que estiveram comigo, docentes, que tive oportunidade de receber conhecimento e a todos os colegas que conheci nestes cinco anos, em especial a Beatriz e a Rita.





## Resumo

O objetivo deste estudo foi explorar, junto de uma população com diagnóstico no âmbito da doença mental, qual a percepção relativamente ao estigma associado à sua doença, e que influência esse estigma exerce na sua competência de assertividade. Em particular, neste estudo, procurámos ainda explorar os fatores de risco e proteção que determinam a existência desta relação e o interesse potencial de participação num programa de intervenção nesta área.

Foi realizado um estudo qualitativo, através da aplicação de 22 entrevistas semiestruturadas, e as respostas foram analisadas de acordo com a metodologia de análise temática. Com base no modelo teórico de processo construído a partir da revisão de literatura e das entrevistas foi possível identificar os fatores que deverão estar presentes numa intervenção neste domínio. Os resultados revelaram a percepção de atitudes estigmatizantes relativamente à doença mental, com influência na competência de assertividade. Estes resultados são discutidos à luz da literatura neste domínio.

**Palavras-chave:** *Doença Mental; Estigma; Assertividade*

Códigos PsycINFO:

3000 Psicologia Social

3040 Percepção Social e Cognição



## **Abstract**

This study aimed to explore, among a population diagnosed with mental illness, their perception of the stigma associated with it and what influence this stigma has on their assertiveness competence. We also sought to explore the risk and protection factors that determine the existence of this relationship and the potential interest in participating in an intervention program in this area.

A qualitative study was carried out through the application of 22 semi-structured interviews, that were analyzed through a thematic analysis methodology. Based on the theoretical process model built from the literature review and interviews, it was possible to identify the factors that must be present in an intervention in this domain. The results revealed the perception of stigmatizing attitudes towards mental illness, influencing assertiveness competence. These results are discussed in light of the literature in this area.

**Keywords:** *Mental Health; Stigma; Assertiveness*

PsycINFO Codes:

3000 Social Psychology

3040 Social Perception and Cognition



## Índice

Agradecimento	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Introdução	1
Capítulo 1. Revisão de Literatura	5
1.1. A definição de assertividade e a Doença Mental	5
1.2. Visão da sociedade sobre a doença mental: a noção de estigma	7
1.3. Do estigma ao autoestigma	8
1.4. Da internalização do estigma à assertividade: o papel do autoestigma, autoestima e autoeficácia	10
Capítulo 2. Método	13
2.1. Amostra	13
2.2. Instrumentos	13
2.3. Procedimentos	13
2.4. Qualidade	15
Capítulo 3. Resultados	17
Capítulo 4. Discussão	27
4.1. Implicações dos resultados e recomendações para a intervenção	30
4.2. Estudos futuros	31
Capítulo 5. Conclusão	33
Referências Bibliográficas	35
Anexos	41
A) Guião das Entrevistas	41

## Índice de Figuras

Figura 1.1 Modelo teórico de processo	11
Figura 3.2 Modelo temático com descrição de subtemas	18
Figura 3.3 Modelo temático	19



## Introdução

A assertividade é tida como uma competência social importante e manifesta-se por um tipo de comportamento assertivo. Vários autores abordam-na em termos de respeito pelo próprio e por terceiros. Para ser assertivo é necessário saber expressar sentimentos e pensamentos, e defender aquilo em que se acredita, de forma direta e respeitosa sem atingir ou ferir os outros (Jardim & Pereira, 2006; Vagos & Pereira, 2013).

A assertividade auxilia na capacitação da autoafirmação, na interação social, expressão de opiniões e defesa dos próprios direitos sem desrespeitar os dos outros. Não sendo uma competência inata, a assertividade pode ser treinada e proporcionar bem-estar a todos os interlocutores (Jardim & Pereira, 2006).

Este trabalho tem como principal objetivo identificar de que forma os utentes de uma instituição de intervenção comunitária, na área da doença mental, percecionam os seus níveis de competência social de assertividade e se reconhecem a existência de estigma relativamente ao seu diagnóstico.

A Organização Mundial de Saúde (2001) define doença mental como uma condição que fragiliza o sistema emocional, comportamental e cognitivo do doente. Promovendo assim a alteração na sua forma de estar, interagir e pensar, no funcionamento psicossocial e emocional, aspetos que podem ser fruto de origem biológica, social ou psicológica. Os problemas psicológicos impedem o individuo de ter uma vida quotidiana facilitada, mas a este facto junta-se a existência de estigma na sociedade relativamente à Doença Mental (Corrigan & Bink, 2016).

Com base num estudo publicado em 2013, integrado na *World Mental Health Survey Initiative* constatou-se que Portugal é um país de prevalência elevada da doença mental, comparativamente aos outros países da Europa (Caldas et al., 2013)

O Programa Nacional para a Saúde Mental (2017) salienta a necessidade de reduzir o impacto destas perturbações na população portuguesa. Nesse sentido, um dos principais objetivos descrito no programa foi a promoção da saúde mental e combater o estigma. Salientam a emergência em priorizar a mudança de paradigma, tanto ao nível das políticas e serviços de saúde mental, como ao nível dos cuidados. Reconhece ainda a necessidade de investir em programas psicoeducativos direcionados para a promoção do bem-estar e da saúde mental do universo populacional, dando ênfase à necessidade de reabilitar e tratar as pessoas portadoras de doença mental.

Para a maioria das pessoas com doença mental, existe a necessidade de ultrapassar a discriminação para ganhar acesso a áreas de participação. É necessário combater o isolamento e ultrapassar barreiras que as colocam em desvantagem na sociedade, de forma a alcançar a confiança de quem as rodeia. É importante trabalhar as competências sociais e de comunicação junto desta população, capacitando-as para a tomada de decisão, poder de escolha, pensamento crítico e assertividade. Melhorar estas capacidades melhora a autoimagem, combate o estigma e conduz ao aumento da capacidade de gerir a sua própria vida, o que resulta num melhoramento da própria imagem pessoal (Fisher, 2006).

### *Instituição onde decorreu o presente trabalho*

A instituição onde foi realizado o presente estudo foca-se na intervenção comunitária. Tem como objetivo proporcionar às pessoas com diagnóstico no âmbito da doença mental, a aceitação a nível pessoal, fazer face às dificuldades do dia a dia e integrá-las na sociedade. Realizam atividades terapêuticas, de recuperação, lúdicas e/ou recreativas. Em todas as atividades, com exceção do grupo de ajuda mútua, está presente um técnico ou professor.

A finalidade da instituição passa pelo auxílio na conquista da independência, promover a estabilidade emocional para que seja possível a integração social, profissional e familiar.

Dispõem de uma Unidade de Vida Protegida (UPRO), uma estrutura residencial que trabalha a autonomia fora do ambiente familiar, investe no desenvolvimento de atividades de treino de competências sociais e pessoais e organização de diferentes tarefas que fazem parte da vida na comunidade, sempre com a intenção de integrar estas pessoas na vida social ativa.

Foi também constituído, por familiares de pessoas com doença mental, um grupo de família, onde são partilhadas vivências, proporcionando assim maior proximidade, momentos de lazer e discussão.

No seguimento das atividades desenvolvidas no estágio curricular, realizado pela autora do estudo nessa instituição, e da discussão com as orientadoras do mesmo, procurou-se observar se o estigma (relativo ao seu diagnóstico) tem impacto na assertividade dos utentes da associação, identificar fatores que expliquem essa relação e, por fim, avaliar de que forma os participantes veem a possibilidade de integrar um programa de promoção desta competência.

Neste sentido, o estudo enquadra-se na área das competências sociais, dando ênfase ao domínio da assertividade na população diagnosticada com doença mental.

Para a recolha dos dados para este estudo, elegeu-se o método qualitativo, com recurso a entrevistas semiestruturadas, considerando o objetivo de recolher dados sobre as experiências individuais de cada entrevistado.



O estudo inicia por fundamentar teoricamente a importância da assertividade na vida das pessoas com diagnóstico no âmbito da doença mental e a visão da sociedade sobre a doença mental, relacionando o estigma, a assertividade e os determinantes que influenciam esta relação, nomeadamente os fatores de risco e de proteção.

Posteriormente, procede-se à análise de conteúdo das entrevistas e interpretação dos resultados.

Por fim, no capítulo de discussão, são apresentadas as implicações dos resultados, recomendações para a intervenção, limitações do estudo e outros elementos considerados relevantes para estudos futuros.



## CAPÍTULO 1

# Revisão de Literatura

O desenho de um programa de intervenção deve seguir alguns passos importantes. Partindo da revisão de literatura, é possível identificar os principais conceitos e estabelecer as relações entre eles, desenhando um modelo teórico de processo. Por sua vez, a realização de um diagnóstico de necessidades, que deve ter como base a revisão de literatura realizada, permite explorar as características da população-alvo da intervenção. A revisão de literatura em psicologia social permite alcançar uma visão mais ampla e diminuir erros na definição do problema. A realização de entrevistas permite obter uma compreensão intuitiva, possibilitando assim uma melhor visão sobre como os participantes vivenciam o problema (Buunk & Vugt, 2008).

Assim, o modelo teórico estabelece a relação entre o conceito de estigma e assertividade e serve de base ao diagnóstico de necessidades realizado junto da amostra em estudo no presente trabalho. Nesta revisão abordam-se os seguintes temas: i) a definição de assertividade e a sua conceptualização no âmbito do contexto da doença mental; ii) a definição de estigma e sua relação com a competência de assertividade; iii) exploração dos principais fatores de risco e proteção que explicam a relação entre o estigma e a competência de assertividade; e iv) apresentação do modelo teórico de processo.

### 1.1 A definição de assertividade e a doença mental

O psicólogo e psicoterapeuta Andrew Salter foi dos primeiros a referir-se ao conceito de assertividade. Este autor verificou que indivíduos com doença mental eram incapazes de mencionar sentimentos, desejos e necessidades de forma aberta e espontânea, constatando limitações na sua autorrealização e dificuldades na interação social (Gambrill, 2002).

No decorrer dos anos 60, o psiquiatra Joseph Wolpe, aluno e seguidor de Salter, usou algumas das suas ideias, nos seus trabalhos de pesquisa, tendo sido também ele quem estabeleceu os primeiros conceitos do treino assertivo e menciona que a principal característica de personalidades positivas é a capacidade de expressão livre e espontânea dos sentimentos (Del Prette & Del Prette, 2003).

Em 1966, numa parceria entre Wolpe e o psicólogo Arnold Lazarus, resultou uma publicação científica e a criação do primeiro questionário que objetivava estudar e mensurar a assertividade: o Questionário de Assertividade de Wolpe e Lazarus, idealizado especificamente

para a prática clínica. Em 1971, Lazarus, criticou algumas práticas terapêuticas utilizadas por Wolpe. Definiu o comportamento assertivo como sendo uma "competência social" e mencionou que a carência dessa competência deriva da falta de estratégias comportamentais. Na mesma década, nos EUA, alguns psicólogos começaram a demonstrar interesse na proteção dos direitos individuais, como meios de autoafirmação, e como uma das particularidades do comportamento assertivo. Já na década de 80, verificou-se um aumento de interesse, por parte dos psicólogos, em relação ao tema assertividade como método de autorrealização e auto-aprovação. Foram feitas diversas publicações no intuito de auxiliar os psicólogos na prática profissional, mas também direcionadas para o público em geral, onde eram descritas técnicas e procedimentos terapêuticos com a finalidade de desenvolver o comportamento assertivo (Peneva & Mavrodiev, 2013).

A assertividade é mencionada como uma “habilidade para procurar, manter ou aumentar o reforço numa situação interpessoal por meio da expressão de sentimentos ou desejos, quando tal expressão envolve riscos de perda, de reforço ou até de punição” (Rich & Schroeder, 1976, p. 1082). É possível de ser adquirida através da aprendizagem e adapta-se de acordo com a situação, variando tanto a nível interpessoal como intrapessoal. Os indivíduos não demonstram assertividade de igual forma e a mesma pessoa pode conseguir ser assertiva numa situação e não conseguir ser noutra (Detry e Castro, 1999).

Encontra-se inserida nas competências sociais para a construção de uma adaptação social favorável (Bandeira et al., 2005).

Ao referir o desenvolvimento de competências sociais e pessoais, outros autores salientam a importância da assertividade na relação com os outros (Freitas et al., 2011). São referidos benefícios relativamente ao comportamento assertivo, nomeadamente: a promoção da dignidade pessoal, a expressão de sentimentos, não sentir culpa por erro cometidos por outros, dizer não sem sentimento de culpa, pedir explicações antes de dar resposta, criticar sem sentir culpa ou mau estar, ser respeitado e aprender a gerir o seu tempo disponível sem sentir pressão (Pereira et al., 2018).

É necessário explicar o comportamento assertivo, treinar e aplicar em situações reais, através do reforço positivo. A assertividade é colocada entre a submissão e a agressividade, visto que o indivíduo submisso não zela pelos seus direitos, demonstra ausência de decisão, evita conflitos e acaba por seguir as vontades dos outros. Já o indivíduo agressivo não deixa espaço para negociar e é hostil. Tratam-se de comportamentos sociais contrários que espalham dificuldades no relacionamento interpessoal (Vaz Serra, 1986).

Outro autor diz que a assertividade se refere à capacidade de expressar sentimentos, opiniões e vontades. Relaciona a ausência de comportamento assertivo com baixa autoestima, originando por diversas vezes queixas somáticas. Realça que ser assertivo auxilia as pessoas a serem mais confiantes nas suas relações com terceiros e diminui a ocorrência de mau estar consigo próprio (De Matos,2012). É descrita uma associação direta com a inteligência emocional e relações positivas (Klem e Connel, 2004).

Vagos e Pereira (2013) descreve a assertividade com base em três perspectivas:

- A capacidade de controlar e gerir as próprias emoções na expressão pessoal, de modo que não afetem negativamente o desempenho social;
- A capacidade de realizar uma análise adequada das exigências da situação, para responder-lhe da forma mais apropriada;
- O pôr ou não em prática determinados comportamentos que se definem como assertivos.

O mesmo autor menciona a assertividade como uma competência de autoexpressão e define-a como uma atitude de consideração, respeito e defesa de si mesmo e do outro, que se relacionam de forma construtiva e significativa e manifesta-se em comportamentos assertivos, sendo esta manifestação o foco para uma avaliação do constructo de assertividade. Refere também que a assertividade diz respeito a uma resposta comportamental de autoexpressão empática.

As pessoas com diagnóstico no âmbito da doença mental necessitam ainda mais de auxílio para implementar esta forma de comunicar e de interagir, tendo em conta as suas particularidades, realçando o défice de capacidades cognitivo-comportamentais e as características da sua personalidade, o que prejudica de forma acentuada as suas relações interpessoais (Townsend, 2013). Pereira e colaboradores (2018) mencionam a relevância da competência social de assertividade, como elemento importante na recuperação desta população e na promoção das relações interpessoais. A ideia de existir relação entre a doença mental e a falta de assertividade, em pessoas com doença mental, suscitou interesse dos terapeutas e impulsionou a investigação nesta área (Peneva & Mavrodiev, 2013).

## **1.2 Visão da sociedade sobre a doença mental: a noção de estigma**

Alguns estudos mencionam que as inúmeras representações e referências nos meios de comunicação social, relativamente às doenças mentais, são maioritariamente negativas. Quanto se trata de encenar uma personagem com doença mental salientam-se os traços de

agressividade, normalmente são dignos de pena por parte do restante elenco e raramente se aborda o acompanhamento feito por profissionais (Wahl, 2003). Talvez advindo deste facto, a descrição feita pela população relativamente às pessoas com doença mental, está normalmente ligada a défice de competências sociais, aparência física e a rótulos pré-concebidos (Corrigan & Wassel, 2008).

O acesso às oportunidades de vida e a possibilidade de uma vida independente é limitado pelo estigma, preconceitos e discriminação existente para com as pessoas com doença mental (Corrigan et al., 2000).

As pessoas com doença mental são muitas vezes temidas pela perigosidade, e como resultado desse facto, afastadas da inserção na comunidade e mantidas em instituições. São vistas como infantis e conseqüentemente necessitadas de proteção dos familiares, amigos e da comunidade na sua generalidade. Estas atitudes são classificadas como negativas, promotoras de concepções erradas, que se traduzem em comportamentos inadequados (Corrigan, 2019). A comunidade responde não ao que observa do comportamento das pessoas com doença mental, nem às suas ações ou emoções demonstradas, mas sim aos estereótipos, expectativas e imagens que a que têm acesso através dos *media* e de diversas fontes de influência (Wahl, 2003).

### **1.3 Do estigma ao autoestigma**

O estigma da doença mental é visto no mundo como a causa maior para que os cuidados de saúde mental se distanciem de forma abismal do sucesso do tratamento de outras doenças crónicas (Chisholm, 2015).

O estigma trata-se de uma identificação feita por determinado grupo social em relação a uma pessoa ou grupo de pessoas, tendo em conta determinada incapacidade física, comportamental ou social, vista de forma negativa e diferente em comparação com o que consideram normal. Uma pessoa estigmatizada é descredibilizada pelos outros devido à desvalorização da sua identidade social (Goffman, 2009).

O processo de estigmatização é decomposto em quatro componentes: indícios, estereótipos, preconceito e discriminação. Os “indícios” são indicadores que podem assinalar a presença de doença mental, embora possa ser muitas vezes falível. Os estereótipos são considerados enquanto “estruturas de conhecimento” relativamente a um determinado grupo social. Por sua vez, o preconceito abrange as respostas afetivas negativas, que conduzem a um comportamento real de exclusão, repulsa ou evitamento, que corresponde à discriminação (Corrigan, 2004, p. 614).

O estigma é também descrito como um conjunto de componentes inter-relacionados, da atribuição de um “rótulo” às diferenças individuais tidas como socialmente relevantes. Associam esse “rótulo” a características indesejáveis de acordo com estereótipos negativos utilizados culturalmente, como a distinção entre o “nós” e “eles”, a perda de estatuto e a discriminação que leva à perda de oportunidades dos estigmatizados (Link & Phelan, 2001).

Rüsch e colaboradores (2005), referem-se ao termo estigma como uma desvalorização social, levando os indivíduos a sentirem que as suas características pessoais podem ser denominadas como falhas e que justificam a exclusão social sentida. Os autores mencionam que o estigma com a doença mental tem posteriormente influência negativa nas ligações comunitárias, nas oportunidades de recuperação e no suporte social destas pessoas.

O estigma trata-se de uma resposta da comunidade a fatores de incapacidade das pessoas que reconhecem tê-las. Os portadores de doença mental não devem ser vistos como únicos quando se refere aos efeitos negativos do estigma, mas também as suas famílias e cuidadores (Corrigan & Wassel, 2008). É uma expressão social do "*disempowerment*" por promover a expectativa na população em geral e nos próprios, com doença mental, de que estes não possuem capacidade de assumir responsabilidades comuns e de viver de forma independente (Corrigan & Nieweglowski, 2019). O estigma constitui um fator de risco no que diz respeito à doença mental (Drapalski et al., 2013).

A procura de ajuda na população diagnosticada com doença mental passa por diferentes etapas: consciencialização do problema e de como esta o impacta; perceção da capacidade de expressar os seus sentimentos através da linguagem; crença de que um profissional valoriza e entende o que expressa; analisar as fontes disponíveis de ajuda que podem auxiliar na resolução do problema; decisão para a ação e procura de ajuda (Loureiro, 2011).

Corrigan e Rao (2012), descrevem um modelo que explica o caminho entre estigma e autoestigma e referem consequências que advém deste percurso. Descrevem a primeira fase do modelo por "*Awareness*", onde a pessoa reconhece o estigma advindo da sociedade associado à sua doença mental, seguidamente decorre o processo de "*Agreement*", em que a pessoa concorda com os estereótipos negativos. Em consequência desse processo, inicia-se uma etapa onde o indivíduo os aplica a si próprio ("*Application*"), que pode posteriormente refletir-se em diminuição da autoeficácia e da autoestima ("*Harm*").

As pessoas diagnosticadas com doença mental, têm como uma das consequências do autoestigma a diminuição de capacidade de se autoafirmar, o que tem impacto negativo na sua autoestima, decréscimo do empoderamento e de autoeficácia. De acordo com o autor, o processo de autoestigma inicia no momento em que a pessoa com diagnóstico de doença mental

adere ao pensamento da sociedade, de que por exemplo, todas as pessoas com o mesmo diagnóstico são incompetentes. A seguir, dá-se a associação “se eu tenho este diagnóstico também sou incompetente”. E ao internalizar este pensamento questiona as suas capacidades e sucede-se a aceitação das incapacidades que lhes atribuem (Corrigan, 2004). Estas consequências negativas podem também levar ao agravamento da doença e à diminuição da procura de cuidados necessários (Boyd et al., 2014).

#### **1.4 Da internalização do estigma à assertividade: o papel do autoestigma, autoestima e autoeficácia**

O estigma trata-se de uma desaprovação social sobre comportamentos ou características que se encontram desajustadas segundo determinadas normas sociais ou culturais (Corbière et al., 2012). Do estigma pode advir o autoestigma, um processo subjetivo que se caracteriza por sentimentos negativos sobre o próprio, distorção da sua identidade ou mesmo suposições de reações sociais negativas sobre a sua doença (Livingston & Boyd, 2010).

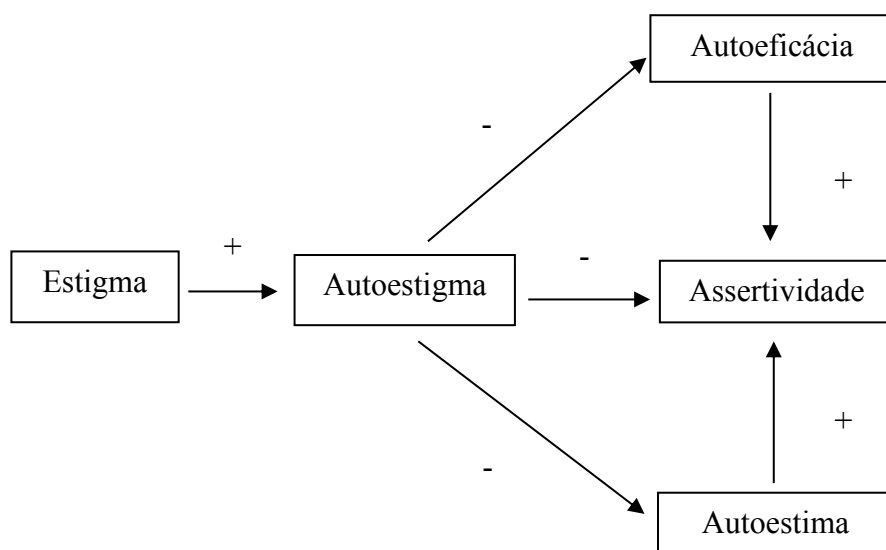
Quando alcançada a internalização do estigma a autoestima e a autoeficácia diminuem (Corrigan & Watson, 2002; Livingston & Boyd, 2010). Ao diminuir a autoestima obtém-se como consequência o aumento de atribuições negativas a si próprio, promovendo a internalização do estigma e tornando-se assim num ciclo (Fung et al., 2007).

A baixa autoestima e a baixa autoeficácia são dos fatores que mais contribuem para que a doença mental seja incapacitante, tendo em conta que dificultam a obtenção de objetivos (Corrigan & Watson, 2002).

A autoestima atua como um dos fatores protetores da assertividade, e quando se encontra em níveis reduzidos, interfere desde as atividades de lazer a atividades laborais (Diblasio & Belcher, 1993). A autoeficácia atua de maneira semelhante, promove estratégias de *coping* para lidar com as situações diversas do dia-a-dia e auxilia no desempenho de tarefas específicas com sucesso. Pessoas com maior perceção de autoeficácia focam-se mais no seu próprio sucesso em vez de persistirem nos obstáculos (Bandura & Walters, 1977). Unidas, estas competências equilibram a gestão emocional e promovem consequentemente a assertividade (Freitas et al., 2011).

Partindo da revisão de literatura realizada é possível assim estabelecer o modelo teórico que determina as variáveis que influenciam a relação entre o estigma e a competência de assertividade (Fig. 1.1).





**Figura 1.1:** Modelo Teórico de Processo

No modelo apresentado estão presentes os fatores de proteção (autoestima, autoeficácia) e de risco (estigma e autoestigma) associados à assertividade.

Os determinantes mencionados, são referidos na literatura como apresentando impacto quer na redução da assertividade, quer no aumento da autoestima assim como na confiança relativamente a esta transição, protegendo os entrevistados do estigma social associado ao seu diagnóstico. Ao atuar nestes fatores de risco e de proteção, espera-se um aumento da assertividade.

Este modelo teórico é fundamental porque estabelece a base para o estudo de diagnóstico de necessidades realizado no âmbito do presente trabalho.

Este trabalho consiste num diagnóstico de necessidades, realizado junto de uma população de indivíduos diagnosticados com doença mental, no sentido de promover o desenvolvimento posterior de um projeto de intervenção que vise o combate ao estigma e promoção da competência de assertividade junto deste público.

Assim, o objetivo foi verificar a relação entre estigma e assertividade, numa população com diagnóstico no âmbito da doença mental, e determinar fatores de risco e proteção no sentido de reunir recomendações para promover a esta competência.

Neste sentido, este estudo teve como principais questões de investigação as seguintes: i) Como percebem os participantes os seus níveis de assertividade? ii) Os participantes percebem a existência de estigma em relação ao seu diagnóstico? iii) O estigma tem um impacto sobre a assertividade? iv) Que fatores (de risco e de proteção) podem explicar esta relação? v) Como

veem os participantes a possibilidade de participar num programa de promoção da assertividade?

## CAPÍTULO 2

### **Método**

Este estudo seguiu uma metodologia qualitativa, realizado através de entrevistas semiestruturadas realizadas a participantes inseridos num programa de intervenção comunitária para pessoas com diagnóstico de doença mental.

#### **2.1 Amostra**

Foram inquiridos 22 participantes, com média de idades de 50 anos ( $DP = 9.97$ , Min. = 26 e Máx. = 62), da amostra constaram 4 mulheres e 18 homens, apenas 2 dos entrevistados se encontram na instituição há menos de 2 meses (VP6 e VP24), todos os outros se encontram inseridos há mais de um ano.

#### **2.2 Instrumentos**

Procurou-se construir um guião de entrevista semiestruturado (Anexo A). A criação do guião foi inspirada pelo modelo teórico de processo desenvolvido com base na revisão de literatura realizada (Fig. 3.1).

Pretendeu-se compreender quais as crenças que os entrevistados demonstram ter sobre as suas capacidades, de que forma descrevem a própria assertividade e se existiram situações em que não conseguiram colocá-la em prática. Pretendeu-se também verificar se os entrevistados reconhecem a existência de estigma relativamente ao seu diagnóstico e ainda se demonstram características que sugerem a internalização do estigma experienciado, assim como o quanto essa vivência gera impacto na sua autoestima e na sua perceção de autoeficácia.

Por fim, procurou-se perceber se os participantes vêm relevância em frequentar um programa psicossocial de combate ao estigma e promoção de assertividade.

#### **2.3 Procedimento**

O presente estudo teve a autorização da Comissão de Ética do Iscte-IUL. As entrevistas foram realizadas de forma individual, nas imediações do centro comunitário, e tiveram uma duração média de 30 minutos. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados resultantes das entrevistas foram posteriormente exportados para o *software* de análise qualitativa NVIVO (QRS *International*).

A análise dos dados recorreu a uma análise temática combinada, dedutiva e indutiva. Por um lado, tendo como base o modelo teórico de processo desenvolvido, de forma também dedutiva, procurou-se criar códigos a partir da literatura existente. Por outro lado, partindo-se de uma abordagem indutiva, desenvolveram-se códigos a partir dos dados provenientes dos relatos feitos pelos participantes nas entrevistas. Desta forma, procurou-se perceber até que ponto o diagnóstico reflete as variáveis identificadas na literatura e que novos fatores poderiam eventualmente surgir nesta amostra de participantes em específico.

A abordagem indutiva permite uma interpretação mais credível através do material empírico (Gioia et al. 2013), já a análise dedutiva auxilia a focar a codificação nas teorias descritas na literatura existente (Eisenhardt, 1989; Rowley, 2002). A escolha da análise temática indutiva e dedutiva, foi feita tendo em conta que a abordagem indutiva garante mais proximidade dos dados recolhidos, mantendo-se assim mais fiel aos relatos e a abordagem dedutiva garante estrutura na análise (Alvesson & Kärreman, 2007).

Segundo Braun e Clarke, citado por Filipe (2020) a análise teve por base 6 fases:

Fase 1: Familiarização com os dados que pressupõe contacto prévio com os mesmos e total envolvimento do investigador (recolha de dados, transcrição e revisão). Nesta fase, é fundamental iniciar anotações para a codificação e estar inteiramente familiarizado com os dados resultantes.

Fase 2: Iniciar a criação de códigos a partir dos dados estudados na fase anterior. Combinar os dados codificados originando assim uma lista de variados códigos identificados no banco de dados.

Fase 3: Procura de temas. Nesta fase trata-se de clarificar os códigos em temas potenciais começando a surgir relações entre os códigos e temas, o que por sua vez dá origem a subtemas e em algumas situações se prescinde de temas criados.

Fase 4: Revisão dos temas criados, permitindo assim a exclusão de temas sem dados suficientes e união de temas que se inter-relacionam criando um único, é nesta fase que surge um mapa temático com diretrizes mais rígidas.

Fase 5: Definição e nomenclatura de temas, começa já com um mapa temático de dados e os temas aparecem apresentados como resultado da análise e já se encontram identificados os pontos relevantes dos dados que contem cada tema.

Fase 6: Diz respeito à análise final e escrita do relatório sobre conclusões alcançadas. O processo foi feito por três investigadores, permitindo assim o acordo sobre os temas da análise das entrevistas realizadas (Bandeira et al., 2005).

#### **2.4 Qualidade**

Relativamente à qualidade da análise dos dados recolhidos, foi facultado o dicionário de codificação, criado a partir dos dados extraídos das entrevistas e da revisão de literatura, a dois investigadores. Foi discutido com os investigadores a categorização feita e dada a possibilidade de intervir, modificar ou acrescentar novos códigos até se chegar a códigos finais.

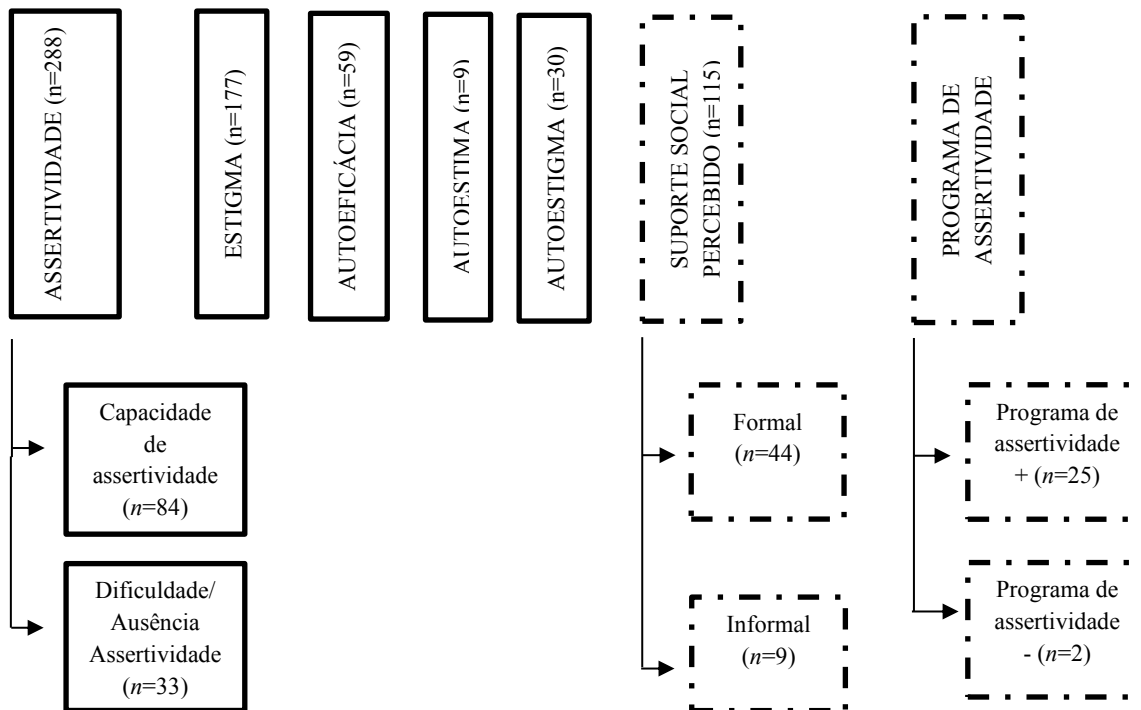


## CAPÍTULO 3

### **Resultados**

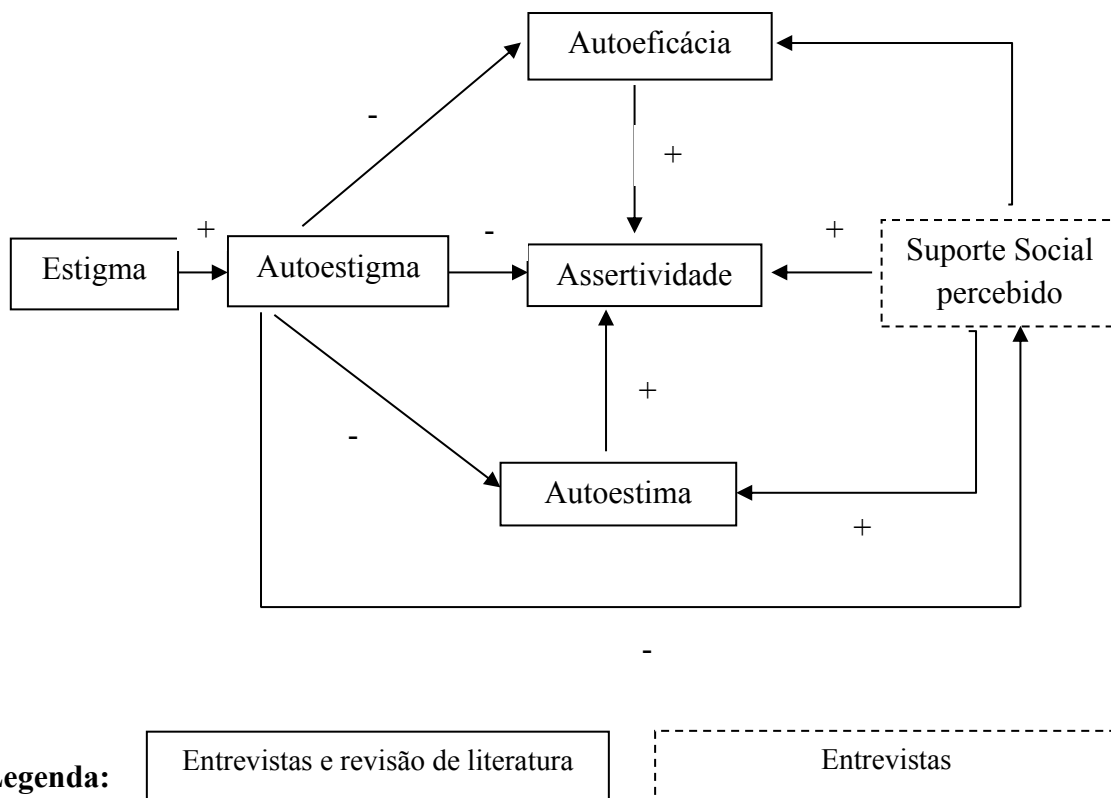
Da análise temática resultaram sete temas identificados como os mais relevantes, representados na Figura 3.2. Apresenta-se também a referência ao número de vezes que determinado tema surge nas entrevistas (*n*). Foi possível encontrar nas entrevistas referência aos vários dos fatores que identificámos no modelo teórico de processo anteriormente apresentado, resultando assim na criação de cinco temas: assertividade, estigma, autoestigma, autoeficácia, autoestima. No entanto, surgiram também dois temas novos (suporte social percebido, programa de assertividade), que foram identificados de forma indutiva e se encontram a tracejado nos modelos descritos abaixo. Apresentam-se dois modelos: um modelo em que são apresentados os diversos temas e subtemas identificados de acordo com o número de referências em que são mencionados nas entrevistas (Fig. 3.2) e um modelo temático, que segue o formato do modelo teórico de processo anterior, com identificação dos novos fatores identificados para a intervenção (Fig. 3.3). Salienta-se que o tema “Programa de assertividade” surge apenas no primeiro modelo, já que este tema não constitui um determinante para intervenção num programa posterior a ser desenhado.

O modelo temático inclui assim os temas advindos da literatura, e os temas que surgiram na realização das entrevistas. Deste modo, os fatores associados à prevenção da autoestigma, de natureza individual, são a autoeficácia e a autoestima, e o de natureza social, neste caso o suporte social percebido.



**Figura 3.2:** Modelo temático com descrição de subtemas (*n* = número de referências)





**Figura 3.3:** Modelo Temático

Na descrição que se segue os temas estão organizados de forma a responder às questões de investigação.

- i) Questão de investigação 1: Como percebem os participantes os seus níveis de assertividade

Na análise das entrevistas, o tema assertividade é o que aparece com maior representação ( $n = 288$ ; 23 entrevistas). A assertividade é uma competência utilizada na vida social e pessoal que contribui para uma inserção social saudável e que requer saber expressar sentimentos e pensamentos como também defender os seus ideais e vontades (D'Addario, 2017).

A análise relativa ao tema da assertividade permitiu identificar uma situação mista, que se dividiu em dois subtemas. Por um lado, existem participantes que admitem conseguir ser assertivos. De facto, o primeiro subtema intitula-se “Capacidade de ser assertivo” e refere-se à percepção de capacidade para realizar uma análise e responder de forma adequada de acordo com as suas convicções e vontades ( $n = 84$ ; 20 entrevistas). As respostas foram variadas e por vezes divergiam tendo em conta o tema, por exemplo para esta questão alguns afirmaram “*Conseguo dizer que não*” (VP11), “*eu acho que sou bastante assertivo na minha vida, quando não quero alguma coisa*” (VP21), “*Sim, agora eu já consigo mais facilmente*” (VP22).

No entanto, alguns participantes referiram terem dificuldades em serem assertivos. De facto, o segundo subtema refere-se à “Dificuldade ou Ausência de ser assertivo” ( $n = 33$ ; 14 entrevistas). A este respeito, alguns entrevistados referiram não ser fácil ser assertivo: “*Não nem sempre é fácil, mas tenho que tomar certas decisões também. Mas é difícil*” (VP7), “*Não sou muito assertivo, por assim dizer*” (VP16). Na questão “Imagine que alguém o convida para fazer alguma coisa que não quer ou lhe pede alguma coisa que não quer fazer consegue dizer que não?” alguns participantes responderam “*Às vezes é um bocado complicado. De uma forma generalista responderia que algumas vezes, não são tão poucas como isso, tenho dificuldade*” (VP20), “*Depende se estiver em dívidas para com uma pessoa, qualquer coisa e essa pessoa pedir eu não vou dizer que não, não é...*” (VP23), “*eu já disse que não uma vez, mas arrependi-me*” (VP7), “*Tenho um bocado dificuldade em dizer que não, mas as vezes tem que ser*” (VP21).

Na questão “Tem por hábito dar a sua opinião?”, um entrevistado que referia dizer “não” com facilidade justificava a sua falta de opinião com “*Custa-me dizer não a eles por isso normalmente digo que concordo*” (VP3).

- ii) Questão de investigação 2: Os participantes percebem a existência de estigma em relação ao seu diagnóstico?

Este tema diz respeito à percepção que os entrevistados têm sobre o estigma existente em relação às pessoas diagnosticadas com doença mental ( $n = 177$ ; 22 entrevistas). Quando entrevistados, os participantes referem inúmeros exemplos e um dos participantes descreve de forma clara a sua percepção “*Falar da doença mental é um bocadinho como falar dos maluquinhos de relhafoles, e não, não desenvolvem daí absolutamente nada. Se uma pessoa tem uma doença mental, seja lá qual, deve ser internada, deve ir para um manicómio*” (VP5). A este respeito, foram referidos vários episódios específicos onde os entrevistados foram alvo de estigmatização: “*a Senhora da casa onde moro, ela realmente tem ideias preconcebidas sobre a parte da bipolaridade e tudo ela não consegue compreender, ela pensa: bem ele toma muitos comprimidos. Acho que ela tem ideias tipo: este rapaz vai para a cama relativamente cedo por causa dos comprimidos*” (VP1). Um dos entrevistados partilhou um exemplo de discriminação em função do estigma existente: “*Quando vivia com meu pai uma empregada dizia: se o M. for esquizofrênico, eu vou me embora. Eu disse ao meu pai: não digas a minha doença que ela vai embora, para o fim eu dava os bons dias e ela nem bom dia nem boa tarde, não gostei nada*” (VP21). O estigma foi inúmeras vezes descrito e até mesmo mencionado de forma direta “*Ainda há muitos estereótipos e muitos estigmas*” (VP5) a menção a este tema demonstra ainda o papel

negativo que representa aos olhos de quem sente. Outros exemplos dados, “...*julgam que os doentes mentais, que as pessoas que vão ao psiquiatra são maluquinhos*” (VP12), “...*a sensação as vezes que as pessoas não confiam tanto em mim como deviam*” (VP14), “...*têm ideias preconcebidas, basta uma pessoa dizer que vai ao psiquiatra pensam logo que uma pessoa é maluquinha*” (VP15). Referem injustiça no julgamento da sua doença, fazem ainda outras afirmações “*as pessoas associam ao nome [doença mental] uma determinada ligação pejorativa*” (VP20), “...*tratar-nos menos do que mais*” (VP11). Quando questionados sobre o impacto destas afirmações para si, os entrevistados disseram não entender e que os fazia sentirem-se tristes, “*quando sou posto de parte é uma dor muito terrível uma pessoa de saber que está doente e pôr de parte*” (VP4).

**iii) Questão de investigação 3: o estigma tem um impacto sobre a assertividade?**

O estigma nunca tem um eixo positivo e esta população em específico é penalizada pelo processo de estigmatização que impacta diretamente na sua vida social, desvalorizando as suas capacidades, tornando-os mais frágeis e colocando-os em “caixas” com rótulos criados apenas pelo seu diagnóstico. Este estigma existente é percebido como tendo uma influência negativa sobre a possibilidade de serem assertivos. A este respeito, um dos participantes dizia, quando feita uma questão sobre dar a sua opinião: “*Quando dou o meu pai e a minha mãe começam a rir-se e a zangarem-se comigo. Começam a discutir comigo e eu já não falo*” (VP12).

**iv) Questão de investigação 4: que fatores (de risco e de proteção) podem explicar esta relação?**

A partir das entrevistas foi possível identificar os fatores identificados na literatura. Neste sentido, foi possível criar temas em torno dos principais fatores de proteção e de risco.

*Autoestigma*

O autoestigma foi o primeiro fator de risco identificado. Muitas vezes o estigma passa a ser interiorizado, passando a constituir autoestigma (Corrigan, 2004).

Corrigan e Rao (2012) explicam o autoestigma e dizem tratar-se de visões estigmatizadas em relação a si próprio, resultando na incorporação de estereótipos e preconceitos existentes na sociedade ( $n = 30$ ; 12 entrevistas). A partir das entrevistas realizadas é possível perceber a ocorrência de interiorização do estigma que é partilhado em termos sociais. Por exemplo, quando questionados se se consideram como úteis para a sociedade alguns participantes responderam “*Não, sou eu que acabo por me pôr de parte*” (VP24), “*muitas vezes somos vistos*

*como maluquinhos e acreditamos”(VP12), “Um bom pintor dizem que não se pinta e eu estou sempre a deixar cair tinta em cima de mim, por isso não sou muito bom”(VP4).*

### *Autoeficácia*

Um segundo tema identificado foi o da autoeficácia. Bandura (1997) refere-se à autoeficácia como uma crença que o indivíduo tem sobre a sua capacidade de realizar com sucesso determinada tarefa (n = 54; 21 entrevistas). Quando feita a questão “Considera que pode contribuir de forma positiva para a sociedade?” os entrevistados responderam de forma ambivalente. Por um lado, alguns participantes consideram que sim com respostas como “*Acho que sim*” (VP19), “*eu acho que sim*” (VP2), “*Sim, sim, sim, posso, posso*” (VP20). Por exemplo, quando questionados diretamente “Em que considera que podia trabalhar?” alguns participantes responderam “*Na jardinagem*” (VP6), “*Talvez atendimento ao publico*” (VP22), “*Talvez na área administrativa*” (VP16) ou “*Como pintor*” (VP4).

No entanto, esta perspetiva não é partilhada por todos os participantes, já que alguns deles indicam que não têm qualquer contribuição positiva para a sociedade, “*Não. Nós... na situação em que estamos é nos vários milhões de reformados e pensionistas*” (VP17), este participante menciona o facto de não ter utilidade na sociedade e faz a comparação com os reformados. Também quando feita a questão “Considera ser útil para a sociedade?” obtiveram-se poucas demonstrações “*Sinto que sou capaz aqui [na instituição]*” (VP5), “*aqui [na instituição] sim*” (VP4), “*sinto-me útil*” (VP14).

Num excerto de uma das entrevistas um participante (VP17) refere reconhecer capacidade de trabalhar em empresas, “*Eu gostava de trabalhar numa bomba de gasolina*”, e afirma como já referido acima não ter utilidade na sociedade, “*Não. Nós... na situação em que estou é nos vários milhões de reformados e pensionistas*” e quando foi feita a questão “É simples tomar decisões?” responde “*Não e pode ser um problema*”. É possível perceber que o participante reconhece ter capacidade de trabalhar e contribuir na sociedade que teria gosto em fazê-lo. Contudo, simultaneamente, diz não reconhecer ter utilidade na sociedade e afirma ainda que ter dificuldade de tomar decisões pode demonstrar ser um problema.

### *Autoestima*

Outro tema identificado refere-se à autoestima. Este tema refere-se à valorização intrínseca que o indivíduo faz de si mesmo em diferentes situações e eventos da vida a partir de um determinado conjunto de valores (Mosquera & Stobäus, 2006; Matos & Guimarães, 2020), (n = 9; 4 entrevistas). Referente a este tema, identificamos novamente um padrão misto em que

alguns participantes referem ter valor e o desejo de serem tratados como os “outros”: “*A gente ao fim ao cabo somos cidadãos como os outros*” (VP11), “*Tu podes estar a olhar para mim fixamente e dizer: aquele gajo não presta para nada, maluco não presta para nada porque é que ele está aqui? Mas nós temos os mesmos direitos*” (VP4). No entanto, outros participantes fizeram relatos que demonstram níveis reduzidos de autoestima. Por exemplo, um dos participantes, quando questionado sobre “Em que considera ser bom? Ou que faz bem?” permaneceu em silêncio por algum tempo, respondendo da seguinte forma em seguida: “*Não sei, na maneira como ando não tenho a certeza*” (VP11). No entanto, este entrevistado em concreto tem grandes capacidades na área da música. Mas mesmo quando é confrontado com este facto refere “*eu não gosto de me ouvir*” (VP11).

As entrevistas parecem também estabelecer uma ligação entre o estigma e a autoestima. Por exemplo, um dos participantes aborda o assunto, referindo-se a uma colega da Instituição: “*Por exemplo tenho uma colega a C. que é muito maltratada pela irmã e pelo pai, e dizem coisas horrorosas e ela fica em baixo*” (VP21)

Os níveis de autoestima, que se associam também ao estigma, parecem ter um efeito sobre a competência de assertividade. Por exemplo, a este respeito um participante dizia: “*Tenho uma certa dificuldade. Cada vez mais vou tendo mais dificuldade, associado também ao meu diagnóstico*” (VP20), “*É, não, já é mais difícil para mim porque eu não, não sei dizer que não as pessoas*” (VP18).

### *Suporte social percebido*

O último tema identificado nesta categoria foi o suporte social percebido. Este tema demonstrou grande relevância ( $n = 53$ ; 22 entrevistas) e diz respeito à perceção da existência ou disponibilidade de pessoas com as quais o indivíduo pode contar, se preocupam e o valorizam enquanto ser humano. A partir da análise realizada foi possível dividir este tema em dois subtemas: formal e informal. A perceção de suporte social formal ( $n = 44$ ; 19 entrevistas) diz respeito à perceção de suporte fora do seu seio familiar, e os participantes revelaram níveis elevados e que advém na grande maioria da instituição onde estão inseridos. Quando questionados se sentem que a sua opinião é valorizada, as respostas foram “*Sim aqui sinto*”, “*Sim acho que sim. Pelo menos aqui no [Instituição] é bastante valorizada*” (VP22), “*Aqui sim de maneira que nunca senti exclusão*” (VP14), “*acho que sim*” (VP11), “*às vezes é valorizada outras vezes não*” (VP4). No decorrer do discurso um dos entrevistados referia por exemplo que quando necessita tomar alguma decisão sabe que pode recorrer à Instituição “*Quando não consigo recorro a algum técnico [da instituição]*” (VP14), e afirma mesmo sentir

que é muito apoiada *“um mês depois de sair do internamento então é que o médico me disse que eu tinha a minha doença. Depois eu vim para aqui e tenho sido sempre muito apoiada”* (VP14).

No que diz respeito à perceção de suporte social informal ( $n = 9$ ; 5 entrevistas), oferecido pelo seu meio familiar, a representação foi muito diminuta e apenas um participante referiu um elemento da família com papel de suporte social afirmando *“aqui e o meu pai valorizava”* (VP21) de seguida mencionou *“a minha irmã às vezes dá a entender que sou doente e que as minhas opiniões não são muito corretas”* (VP21) e outro participante afirmou *“Com a minha família não posso contar, eu vejo as outras famílias e retiro o lado bom e penso que isto é absolutamente fascinante”* (VP1),

É possível inferir que a perceção de suporte social varia entre os participantes, quer no suporte social formal quer no informal. Pela proximidade com os entrevistados, é possível afirmar que em alguns casos, relativamente ao suporte informal, algumas famílias mostram-se mais presente quer em eventos de festa ou nas idas ao médico, mas mesmo assim nem sempre este suporte é reconhecido como positivo.

v) Questão de investigação 5: Como veem os participantes a possibilidade de participar num programa de promoção da assertividade?

Nas entrevistas foi possível identificar um tema relativo à posição dos participantes relativamente à sua potencial participação num programa de promoção da assertividade.

Este tema dividiu-se em dois subtemas: *“vê vantagem?”* ou *“não vê vantagem”* e quando feita a questão *“vê alguma relevância em frequentar um programa sobre assertividade?”* apenas um dos 22 entrevistados não considerou relevante afirmando *“Já há muito tempo que sei o que é assertivo”* (VP17). No entanto, é de lembrar que este participante já havia referido ter dificuldade de tomar decisões o que pode revelar alguma dificuldade no reconhecimento da necessidade de treino desta competência.

A grande maioria dos entrevistados mencionou em variados pontos necessidade de trabalhar a competência de assertividade e apontaram situações específicas onde, na sua opinião, se deveria investir mais na aquisição desta competência. Exemplos de citações são: *“talvez na área das AVDs (atividades de vida diária), seria muito importante”* (VP22), *“Olhe há sempre vantagem em aprendermos a ser mais assertivos para ser mais feliz”* (VP5), *“para aprender a lidar com os outros, temos que nos aprender”* (VP23), *“Aprender a dizer não”* (VP3).

Mesmo os entrevistados que referiram ser assertivos em alguns momentos, reconhecem benefícios em participar num programa que promova esta competência.





## CAPÍTULO 4

### **Discussão**

Este trabalho visou, de uma forma geral, estudar a relação entre estigma e assertividade, através de entrevistas realizadas a uma população diagnosticada no âmbito da doença mental. Todos os entrevistados pertencem a uma Instituição cuja atividade principal é a reabilitação psicossocial de pessoas diagnosticadas com doença mental e o apoio às suas famílias. Para tal, procurámos dar resposta a cinco perguntas de investigação que se focavam essencialmente na autoavaliação por parte dos participantes relativamente às suas competências de assertividade, no reconhecimento de existência de estigma em relação à doença mental e da sua influência na capacidade de serem assertivos. Procurou-se ainda examinar diversos fatores que podem explicar a relação entre o estigma e a assertividade e a intenção dos participantes em participarem num programa de intervenção neste domínio.

Alguns dos participantes que mencionaram afirmar a sua vontade com facilidade foram pouco coerentes, tendo em conta que responderam dizer “não” com relativa facilidade e noutros momentos da entrevista afirmavam não ter facilidade em negar pedidos, mesmo não sendo da sua vontade aceder a eles. Podendo assim demonstrar que a definição de comportamento assertivo não se apresenta clara na sua totalidade tendo em conta que 12 dos 22 participantes foram inconsistentes nas suas respostas, demonstrando apenas em alguns momentos perceber a sua assertividade.

A dificuldade de deter um comportamento assertivo é explicada e relacionada ao diagnóstico no âmbito da doença mental, tendo em conta que estas carecem, muitas vezes, de capacidade para se autoafirmar (Townsend, 2011).

Relativamente ao estigma que recai sobre a doença mental, todos os participantes mencionaram ser uma realidade presente na sociedade. O estigma é descrito como negativo e com consequências pejorativas que são relatadas na primeira pessoa de forma detalhada. Descrevem a existência de estigma relativamente à doença mental e afirmam estar presente em diferentes dimensões e situações do seu dia a dia.

As pessoas com diagnóstico no âmbito da doença mental estão sujeitas ao estigma e é por isso importante, intervir não só junto desta população, mas também junto da população em geral (González-Domínguez et al., 2019).

Desta forma, é perentório afirmar que a assertividade detém um papel importante na vida destas pessoas e que o estigma que reconhecem existir pode agudizar a dificuldade de afirmar as suas vontades e defender os seus direitos. A dificuldade já se encontra presente, mas quando reconhecem que “os outros” os consideram menos ou tem ideias que, segundo eles, são irrealistas origina que se imponham menos e que por diversas vezes não se manifestem.

O efeito “*Why try*” é um processo de quatro passos que explica a reação dos indivíduos com diagnóstico no âmbito da doença mental aos estereótipos: o primeiro menciona a reação da pessoa aos estereótipos sobre a doença mental; o segundo em que menciona que a expressividade do autoestigma depende da consciência que as pessoas têm sobre os estereótipos e se os vêem como verdadeiros e os aplicam a si; seguidamente, se os aplicarem terão maior probabilidade de demonstrar menos autoeficácia e autoestima; por último, as pessoas não promovem comportamentos direcionados para a conquista de objetivos de vida e distanciam-se da participação em eventos que promovam oportunidades de alcançar aspirações pessoais e laborais (Corrigan et al., 2009).

O fator de risco com maior impacto veio a comprovar-se ser o autoestigma tendo em conta as consequências negativas que podem advir deste. O autoestigma impacta de forma negativa em aspetos psicossociais como no funcionamento social, autoeficácia e autoestima (Corrigan & Wassel, 2008).

O processo pode acontecer de forma subtil quando o estigmatizado se enquadra em determinada categoria que é desvalorizada socialmente, conseqüentemente desvaloriza-se ainda antes de ser efetivamente desvalorizado e denigre as concepções que faz de si próprio. Cria-se assim um círculo vicioso, em que a internalização do estigma conduz à diminuição da autoestima, prejudica as relações sociais e conseqüentemente origina uma hesitação em procurar ajuda profissional e tratamento adequado para sua condição (Verhaeghe et al., 2008).

A aceitação de forma positiva no que diz respeito à interiorização de perspetivas relativamente à doença mental demonstra ser uma forma de combate ao estigma (Thoits, 2011). A internalização do estigma não deve ser vista como inevitável tendo em conta que já existem estudos que demonstram que nem todas as pessoas apresentam autoestigma (Yano et al., 2012)

O suporte social percebido demonstrou ser um importante fator de proteção, que surgiu das entrevistas realizadas, e foi possível aferir que os entrevistados afirmam que, no seu caso, percebem existência de maior suporte social formal do que informal (familiar). Existem evidências de que o suporte social atua como fator protetor (Chou et al., 2013; Walton et al., 2003).

Uma rede de suporte social debilitada pode aumentar a probabilidade de internalização de estigma e contribuir para a vulnerabilidade (Sibitz et al., 2011).

A percepção de estigma é influenciada pela maneira como os estigmatizados percebem as suas relações de suporte. O suporte social é descrito como um bom mediador quando abordado o impacto do estigma (Chou et al., 2013; Mickelson, 2001; Muller et al., 2006; Vyavaharkar et al., 2010).

Quando o indivíduo sente que tem um maior suporte social aumentam as possibilidades de se sentir aceito e valorizado, aumentando a sua autoestima e autoeficácia (Measelle et al., 2006). Contudo, a percepção de suporte social pode ser influenciada negativamente pela existência de autoestigma e diminuir a vontade de formar vínculos sociais que possam trazer benefícios para os pacientes com diagnóstico de doença mental (Adewuya et al., 2010; Cerit et al., 2012).

O efeito protetor do suporte social, junto de pessoas diagnosticadas com doença mental, está associado a um maior envolvimento nas atividades diárias e maior aceitação dos limites que podem ser impostos pela sua doença e por conseguinte uma melhor reinserção na sociedade (Zafran et al., 2012). É mencionado também como auxiliador da reestruturação das relações sociais (Brohan et al., 2010; Lv et al., 2013; Zafran et al., 2012). Outros autores referem ser visto como um influenciador positivo da recuperação no que confere à adoção de comportamentos saudáveis e de reinserção (Mueller et al., 2006). A percepção equivocada de suporte social pode dever-se ao medo de rejeição e promover o afastamento por parte da rede de apoio próxima (familiares e amigos) (Mickelson, 2001).

Relativamente à necessidade reconhecida pelos participantes em frequentar um programa de promoção de assertividade, é possível afirmar que esta competência é entendida como relevante.

Vinte e um dos vinte e dois entrevistados reconheceram necessidade de trabalhar esta competência. Em alguns momentos os participantes afirmaram ser assertivos, nomeadamente em dizer “não” quando não querem aceder a determinado pedido, mas posteriormente assumiram necessitar de trabalhar a assertividade ou referiram que apenas em algumas situações conseguem “impor a sua vontade” ou até que se arrependem de a impor, demonstrando assim falta de consolidação da competência.

#### **4.1 Implicações dos resultados e recomendações para a intervenção**

Como limitações da investigação, destaca-se o contexto em que foram feitas as entrevistas, tendo em conta os horários das atividades da Instituição e a disponibilidade do investigador. Os participantes tiveram que responder às entrevistas entre ocupações e, por vezes, existiu a necessidade de interromper sessões, o que pode ter promovido situações de distração que pode ter dificultado a concentração dos entrevistados e originado respostas mais curtas e com menos conteúdo. Este facto também pode também ser explicado pelas características específicas de alguns participantes.

Tendo em conta a organização da Instituição, os participantes têm possibilidade de escolher os períodos do dia em que estão presentes nas atividades. O facto de a recolha de dados só ser realizada no período da tarde pode ter sido uma das causas para o número reduzido de participantes, o que pode também ser uma limitação para obter conclusões mais abrangentes. Verificamos a necessidade de investigações que contemplem outras especificidades, especialmente ao nível do diagnóstico e tempo de reabilitação, para desta forma permitir aferir outras características relevantes. Contemplar, como parte do estudo, os técnicos que acompanham esta população seria enriquecedor para investigações futuras.

De acordo com os relatos dos entrevistados, é possível apontar necessidades que descrevem como necessárias num programa de promoção de assertividade. Uma das respostas mais dada diz respeito à dificuldade que afirmam sentir quando têm que negar algum pedido ou impor a sua vontade, mencionam também que gostariam de acreditar mais em si próprios.

A competência social de assertividade demonstra ter impacto positivo na autoestima e autoeficácia. Como recomendação para a promoção de assertividade, sugere-se a implementação de um programa psicossocial que aborde a comunicação de sentimentos (Apóstolo, 2010), aceitação da crítica construtiva (Koga & Furegato, 2002), comunicação de necessidades de forma assertiva (Loureiro, 2011), autoafirmação através da defesa de direitos, expressão de sentimentos negativos e expressão de revolta (Galassi & Galassi, 1977). Recomenda-se ainda a construção de um guia que facilite o treino de assertividade (Querido et al., 2020).

Antes da implementação do programa, sugere-se uma abordagem explicativa sobre os temas abordados tendo em conta que a Instituição recebe novos utentes com alguma frequência e deve garantir-se que o programa seja implementado com total conhecimento dos temas a trabalhar.

Promover interações positivas entre as pessoas com doença mental e a restante sociedade proporciona a possibilidade de demonstrarem as suas capacidades, desmistifica estereótipos e diminui a existência de estigma (Arboleda-Florez & Stuart, 2012).

É importante que se trabalhe com a sociedade no sentido de se eliminar a designação de “doente mental” tendo em conta que esta designação diminui estas pessoas à sua doença. Um trabalho adequado sobre estes temas permitirá que este grupo seja visto como mais do que “apenas um diagnóstico”.

#### **4.2 Estudos futuros**

Sugere-se que em futuras investigações se contemplem um maior número de participantes de diferentes instituições, para que seja possível analisar as diferentes necessidades encontradas, fazer a comparação entre elas e principalmente identificar outros fatores a ser trabalhados.

Os resultados que foram analisados indicam a necessidade de trabalhar não só a competência social da assertividade como combater a internalização de estigma.



## CAPÍTULO 5

### **Conclusão**

A necessidade de trabalhar a assertividade foi inicialmente apontada por uma das responsáveis da Instituição que trabalha diariamente com os entrevistados e a dificuldade de por em prática esta competência junto desta população encontra-se devidamente descrita na literatura (Corrigan, 2004; Gambrell, 2002; Townsend, 2011).

Com este trabalho pretendia-se aumentar o conhecimento sobre a dificuldade de ter um comportamento assertivo das pessoas com diagnóstico de doença mental e estudar os fatores que promovem a competência. Para o efeito, foi adotada uma abordagem de análise temática, que permitiu obter resultados através dos relatos feitos pelos participantes. Foi possível encontrar nos dados recolhidos os temas descritos na literatura e surgiram também dois temas novos que fizeram parte do modelo temático elaborado que pode servir de base a um futuro programa de intervenção que vise trabalhar a assertividade.

Os resultados obtidos indicam-nos a necessidade de trabalhar junto dos entrevistados a internalização do estigma, que se mostrou ser um dos fatores de risco mais relevantes com impacto negativo na assertividade, e que promove a diminuição dos fatores de proteção (autoestima e autoeficácia) (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan & Wassel, 2008; Livingston & Boyd, 2010). A literatura diz-nos que pessoas com diagnóstico no âmbito da doença mental demonstram ter em si autoafirmar e que este facto pode ter origem no autoestigma (Townsend, 2013).

Desta forma, conclui-se a necessidade de intervir juntos dos fatores encontrados (de risco e proteção) no sentido de promover a assertividade. Para o efeito foram feitas recomendação que tiveram em conta a literatura existente e as necessidades apresentadas nos relatos feitos pelos participantes.





## Referências Bibliográficas

- Adewuya, A. O., Owoeye, A. O., Erinfolami, A. O., & Ola, B. A. (2010). Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in lagos, nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 418–427. <https://doi.org/10.1177/0020764010363522>
- Alvesson, M., & Kärreman, D. (2007). Constructing mystery: Empirical matters in theory development. *Academy of Management Review*, 32(4), 1265–1281. <https://doi.org/10.5465/amr.2007.26586822>
- Apóstolo, J. L. A. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stresse*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0036-9>
- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457–463. <https://doi.org/10.1177/070674371205700803>
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Bachetti, L. da S., Ferreira, T. L., & Souza, G. G. de. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(2), 111–121. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2005000200001>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- 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(1), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. [http://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa3\(2\)](http://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa3(2))
- 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(1-3), 232–238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>
- Buunk, A. P. & Vugt, M. V. (2008). *Applying Social Psychology. From Problems to Solutions*. Sage.
- Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M. G., Gusmão, R., & Corrêa, B. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental*. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

- Cerit, C., Filizer, A; Tural, Ü, & Tufan, A. E. (2012). Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 484–489. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.08.010>
- Chisholm, D. (2015). Investing in mental health. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(7), 531–534. <https://doi.org/10.26719/2015.21.7.531>
- Chou, C.-C., Robb, J. L., Clay, M. C., & Chronister, J. A. (2013). Social support as a mediator between internalized stigma and coping behaviors of individuals with substance abuse issues. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, 27(2), 104–107. <https://doi.org/10.1891/2168-6653.27.2.104>
- Corbière, M., Samson, E., Villotti, P., & Pelletier, J.-F. (2012). Strategies to fight stigma toward people with mental disorders: perspectives from different stakeholders. *The Scientific World Journal*, 2012, 1–10. <https://doi.org/10.1100/2012/516358>
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes with Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.7.614>
- Corrigan, P. W., & Bink, A. B. (2016). *The stigma of mental illness*. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (2nd ed., Vol. 4, pp. 230-234). Academic Press.
- Corrigan, P. W., & Nieweglowski, K. (2019). How does familiarity impact the stigma of mental illness? *Clinical Psychology Review*, 70, 1–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.02.001>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(1), 42–48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080101-04>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsçh, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C., & Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91–102. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6629\(200001\)28:1<91::aid-jcop9>3.0.co:2-m](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6629(200001)28:1<91::aid-jcop9>3.0.co:2-m)
- D'Addario, M. (2017). *Competências Sociais*. Babelcube Inc.

- de Matos, M. G. (2012). *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*. Placebo Editora.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2003). Treinamento assertivo ontem e hoje. *Primeiros passos em análise do comportamento*, 149-166.
- Detry, B., & Castro, S. L. (1999). Teste de frustração de S. Rosenzweig: forma adultos. *Testes e provas psicológicas em Portugal. Vol. 2*. <https://hdl.handle.net/10216/99808>
- Diblasio, F. A., & Belcher, J. R. (1993). Social work outreach to homeless people and the need to address issues of self-esteem. *Health & Social Work*, 18(4), 281–287. <https://doi.org/10.1093/hsw/18.4.281>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa nacional para a saúde mental. Ministério da Saúde.
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264–269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An assessment and review. *The Academy of Management Review*, 14(1), 57–74. <https://doi.org/10.2307/258191>
- Filipe, I. F. D. S. (2020). *Idadismo no contexto da COVID-19: representação das pessoas mais velhas nos jornais digitais portugueses*. [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa (Portugal)]. <http://hdl.handle.net/10071/22805>
- Fisher, D. (2006). *The empowerment model of recovery: Finding our voice and having a say*. National Empowerment Center.
- Freitas, E., Simões, M. C., & Martins, A. (2011). Impacto de um programa de competências pessoais e sociais em crianças de risco. In *XI Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogía, Universidade de Coruña* (pp. 641-650). Faculdade de Ciências da Educación Campus de Elviña, Universidade da Coruña. Recuperado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16306/1/Freitas%2c%20Sim%2c%20Martins%20%282011%29.pdf>
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95–104. <https://doi.org/10.2975/32.2.2008.95.104>
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheng, W. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in china and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 408–418. <https://doi.org/10.1177/0020764007078342>
- Galassi, M. D., & Galassi, J. P. (1977). *Assert yourself!: How to be your own person*. Human Sciences Press.

- Gambrill, E. (2002). Assertion training. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.) *Encyclopedia of Psychotherapy: Vol 1* (pp. 117–124). Academic Press.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research. *Organizational Research Methods, 16*(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.
- González-Domínguez, S., González-Sanguino, C., & Muñoz, M. (2019). Efficacy of a combined intervention program for the reduction of internalized stigma in people with severe mental illness. *Schizophrenia Research, 211*, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.010>
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. Edições ASA.
- Klem, A. M., & Connell, J. P. (2004). Relationships Matter: Linking teacher support to student engagement and achievement. *Journal of School Health, 74*(7), 262–273. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2004.tb08283.x>
- Koga, M., & Furegato, A. R. (2002). Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Ciência, Cuidado E Saúde, 1*(1), 75–80. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v1i1.5656>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology, 27*(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 71*(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 71*(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed>
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing, 6*, 7–14. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0082>
- Lv, Y., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experienced stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry, 35*(1), 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.07.007>.
- Matos, V. J., Silva, J. P. da, Santos, K. D., & Guimarães, V. M. A. (2020). Autoestima e bullying: uma revisão integrativa. *Revista Educar Mais, 4*(3), 557–590. <https://doi.org/10.15536/reducarmais.4.2020.1904>

- Mickelson, K. D. (2001). Perceived Stigma, Social Support, and Depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(8), 1046–1056. <https://doi.org/10.1177/0146167201278011>
- Measelle, J. R., Stice, E., & Springer, D. W. (2006). A prospective test of the negative affect model of substance abuse: Moderating effects of social support. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 225–233. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.20.3.225>
- Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 7(1), 83–88. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=36270106>
- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P. C., & Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, 62(1), 39–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.014>
- Peneva, I., & Mavrodiev, S. (2013). A historical approach to assertiveness. *Psychological Thought*, 6(1), 3–26. <https://doi.org/10.5964/psycy.v6i1.14>
- Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018). *Treino de Assertividade na Enfermagem de Saúde Mental*.
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D., & Valentim, O. (2020). *Evidências em saúde mental: Da concepção à ação – Treino de Assertividade*. (pp. 1–15). Politécnico de Leiria. <https://doi.org/10.25766/j4hy-dg37>
- Rich A. R., Schroeder H. E. Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 1976, 83, 1081–1096.
- Rowley, J. (2002). Using case studies in research. *Management Research News*, 25(1), 16–27. <https://doi.org/10.1108/01409170210782990>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 22(3), 317–326. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722006000300008>
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B., Benesch, T., Schulze, B., & Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26(1), 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.010>

- Thoits, P. A. (2011). Resisting the stigma of mental illness. *Social Psychology Quarterly*, 74(1), 6–28. <https://doi.org/10.1177/0190272511398019>
- Townsend, M. C. (2013). *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. FA Davis.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2013). Escala de Comportamento Interpessoal: Adaptação para a língua portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 8(1). <https://doi.org/10.14417/lp.647>
- Vaz Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57-66.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: The role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 206–218. <https://doi.org/10.1177/0020764008090422>
- Vyavaharkar, M., Moneyham, L., Corwin, S., Saunders, R., Annang, L., & Tavakoli, A. (2010). Relationships between stigma, social support, and depression in hiv-infected african american women living in the rural southeastern united states. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(2), 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.008>
- Wahl, O. F. (2003). News media portrayal of mental illness. *American Behavioral Scientist*, 46(12), 1594–1600. <https://doi.org/10.1177/0002764203254615>
- Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. Raymond., & Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28(4), 627–642. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(01\)00284-2](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(01)00284-2)
- Yanos, P. T., Roe, D., West, M. L., Smith, S. M., & Lysaker, P. H. (2012). Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: Findings from a randomized controlled trial. *Psychological Services*, 9(3), 248–258. <https://doi.org/10.1037/a0028048>
- Zafran, H., Tallant, B., & Gelinas, I. (2012). A first person exploration of the experience of academic reintegration after first episode psychosis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 16(1), 29–46.

## Anexos

### Anexo A - Guião das entrevistas

Blocos Temáticos	Temas	Objetivos	Perguntas Chave	Perguntas pista
Introdução	-Apresentação Consentimento Informado - Objetivos do Estudo - Duração da Entrevista	Obter o consentimento informado do participante  Explicar o objetivo do estudo Esclarecer dúvidas sobre o estudo	Antes de iniciar a entrevista será lido o consentimento informado, documento que explica de que forma serão tratados os dados recolhidos e que torna legal esta entrevista 1 - Aceita participar neste estudo?	1.1 - Tem alguma dúvida que não tenha sido esclarecida?
Características Sociodemográficas	- Sexo/Idade	Obter dados sociodemográficos	Que idade tem?	
Dados de confirmação da população alvo			3 - Foi diagnosticado com doença mental?	
Fatores individuais internos	- Doença Mental - Comunicação assertiva - Autoestigma - Autoestima - Autoeficácia	- Crença sobre as suas capacidades  - Ocasões em que o participante sentiu que não conseguiu ser assertivo	4 – Exerce alguma atividade laboral?  5 – Considera que pode contribuir de forma positiva para a sociedade?  6 – É simples tomar decisões?  7 - Alguma vez se sentiu excluído por ter doença mental?  8 – Já alguma vez sentiu que a sua opinião vale menos do que a dos outros?	4.1 – Em que área considera que poderia trabalhar?  5.1 - De que forma?  6.1 - Que tipo de decisões toma diariamente? Que tipo de decisões não consegue tomar? Pode dar-me um exemplo? 7.1 – Em que situação/ões?  8.1 – Porquê?

			<p>9 - Consegue sempre dizer o que pensa?</p> <p>10 – Tem por hábito dar a sua opinião?</p> <p>11 – Diz não quando não quer fazer alguma coisa, com facilidade?</p> <p>12 – Sente que a sua opinião é valorizada?</p>	<p>10.1 – Se não - Porque motivo?</p> <p>11.1 – Se não - Porque motivo?</p> <p>12.1 - Em que situações?</p>
Fatores ambientais externos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabu sobre doença mental</li> <li>- Estigma</li> </ul>		<p>13 – Na sua opinião existe preconceito de falar sobre doença mental?</p> <p>14 - Alguma vez falaram consigo como se não tivesse capacidade de entender o que lhe querem dizer?</p> <p>15 - Acha que existem ideias pré-concebidas doença mental?</p>	<p>13.1 - Porque motivo?</p> <p>14.1 - Pode dar-me um exemplo?</p> <p>15.1 - Pode indicar-me alguma?</p>
Intervenção	Participação em treino de assertividade	Perceber a relevância e a importância de um programa de intervenção para o participante	<p>16 - Vê alguma vantagem em frequentar um programa sobre “como ser mais assertivo”?</p> <p>17 – O que poderia ser falado neste programa?</p>	