

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Neurociências

**AVALIAÇÃO DE PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO
BRASILEIRA DA ESCALA DE DISCRIMINAÇÃO E ESTIGMA
(DISC-12 BRASIL) PARA PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA**

Belo Horizonte

2014

Keliane de Oliveira

**AVALIAÇÃO DE PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO
BRASILEIRA DA ESCALA DE DISCRIMINAÇÃO E ESTIGMA
(DISC-12 BRASIL) PARA PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Neurociências.

Área de Concentração: Neurociências Clínica

Orientador: Professor Doutor João Vinícius Salgado

Belo Horizonte

2014

- 043 Oliveira, Keliane de.
Avaliação de propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de discriminação e estigma (Disc-12 Brasil) para pessoas com esquizofrenia [manuscrito] / Keliane de Oliveira. - 2014.
61 f. : il. ; 29,5 cm.
- Orientador: João Vinicius Salgado.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Ciências Biológicas.
1. Esquizofrenia - Teses. 2. Estigma (Psicologia social) - Teses. 3. Psicometria - Teses. 4. Neurociências - Teses. I. Salgado, João Vinicius. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Biológicas. III. Título.

CDU: 612.8



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA KELIANE DE OLIVEIRA

Realizou-se, no dia 19 de fevereiro de 2014, às 09:00 horas, CAD 2 Sala C414, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *AValiação de PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE DISCRIMINAÇÃO E ESTIGMA (DISC-12 BRASIL) PARA PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA*, apresentada por KELIANE DE OLIVEIRA, número de registro 2012653280, graduada no curso de TERAPIA OCUPACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em NEUROCIÊNCIAS, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). João Vinícius Salgado - Orientador (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Guilherme Nogueira Mendes de Oliveira (IPSEMG), Prof(a). Leonor Bezerra Guerra (Universidade Federal de Minas Gerais).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 19 de fevereiro de 2014.

Carlos Magno M. Dias - Secretário(a)

Prof(a). João Vinícius Salgado (Doutor)

Prof(a). Guilherme Nogueira Mendes de Oliveira (Doutor)

Prof(a). Leonor Bezerra Guerra (Doutora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser na minha vida a base de tudo que faço.

A todos que me auxiliaram neste desafio fica expressa minha gratidão, especialmente:

Ao Professor João Vinícius Salgado, pela orientação cuidadosa de longa data, sempre leve, direta, com companheirismo e bom humor.

Ao meu pai e minha irmã, que entenderam minha ausência constante no lar, por vezes somente de corpo presente.

Ao meu querido Dinei, pelo companheirismo e pela compreensão aos frequentes cochilos.

Aos colegas do CERSAM Venda Nova, pelo apoio nas trocas de plantão e pela compreensão em minhas instabilidades.

Aos meus familiares que sempre torceram para que esta etapa fosse bem concluída.

Ao Fábio Peres e à equipe do IPSEMG que colaboraram prontamente com este estudo.

Aos meus amigos, que vibraram e torceram por mim, em especial a Lilian pela disponibilidade e escuta frequente.

Aos colegas do grupo *Pesquizo*, por poder construir e compartilhar o saber, em especial ao Flávio Hastenreiter e a Renata Andreza que colaboraram diretamente com a coleta de dados, tendo participação imprescindível neste estudo.

Às minhas queridas amigas Nathalia Santos e Salvina Campos, pelo apoio irrestrito 24 horas por dia e pela amizade solidamente construída, grande presente do mestrado.

Aos pacientes, pela disponibilidade e atenção.

*E aqueles que foram vistos dançando,
foram julgados insanos por aqueles
que não podiam escutar a música.*

Friedrich Nietzsche

RESUMO

Introdução: O estigma tem sido amplamente investigado na esquizofrenia, como uma condição que inabilita o paciente para aceitação social plena. Um problema de comportamento relacionado ao estigma é a discriminação, que tem sido frequentemente experimentada por pessoas com esquizofrenia, e que acarreta uma série de agravos sociais como marginalização social, falta de acesso ao tratamento, redução da autoestima, redução na procura por ajuda dentre outras. Embora haja número crescente de investigações acerca do estigma e da discriminação na esquizofrenia, não há no Brasil instrumentos válidos para esta investigação. A escala DISC-12 (Escala de Discriminação e Estigma na Esquizofrenia), desenvolvida e validada na língua inglesa, foi traduzida, mas ainda não validada, para o português brasileiro. **Objetivo:** Este estudo objetivou avaliar as propriedades psicométricas da DISC-12 Brasil. **Método:** A DISC-12 foi aplicada em 85 pacientes com esquizofrenia. Foram avaliadas as seguintes propriedades psicométricas da escala: 1) a validade de construto, por meio da análise convergente-discriminante, 2) fidedignidade, por meio da análise da consistência interna e da aplicação do teste-reteste, 3) praticidade, por meio da avaliação do tempo de aplicação. **Resultados:** A DISC-12 Brasil apresentou boa consistência interna ($\alpha=0,726$) para toda a escala e no teste-reteste houve correlação significativa ($r>0,70$) na subescala negativa e no escore total, mas não nas subescalas de discriminação antecipada, de discriminação positiva e de superação e enfrentamento ao estigma. A validade de construto foi estabelecida com correlações significativas entre a subescala superação da DISC-12 Brasil e a qualidade de vida ($r=0,391$), e sintomas negativos ($r=-0,408$), respectivamente, entre o escore total da DISC-12 Brasil e a escala de autoestima ($r=-0,273$) e correlações significativas das subescalas com o escore total ($r > 0,400$). O tempo de aplicação foi, em média, de 16,57 minutos o que indica praticidade e facilidade na aplicação. Em conclusão, a DISC-12 Brasil apresenta propriedades psicométricas satisfatórias para avaliar a experiência negativa de discriminação e estigma. As seguintes subescalas, discriminação antecipada, positiva e superação ao estigma, entretanto, não apresentaram evidências de estabilidade.

Palavras-chave: Estigma, Esquizofrenia, Psicometria

ABSTRACT

Introduction: Stigma has been widely researched in schizophrenia, as a condition that disables the patient when it comes to full social acceptance. A behavioral problem related to stigma is discrimination, which has often been part of the lives of schizophrenia patients, and leads to a series of social problems such as social marginalization, lack of access to treatment, reduction of self-esteem, reduction on the search for help, and other issues. Although there are many studies about the stigma and discrimination in schizophrenia, there aren't valid instruments for these researches in Brazil. The scale DISC 12 (Scale of Discrimination and Stigma in Schizophrenia), developed and validated in English, was translated, but not yet validated, to the Brazilian Portuguese. Objective: this study aimed to evaluate the psychometric properties of DISC 12 Brazil. Method: DISC 12 was administered to 85 patients with schizophrenia. The following psychometric properties of the scale were evaluated: 1) the construct validity, through the linear-discriminant analysis, 2) reliability, through the analysis of internal consistency and the administration of test-retest 3) practicality, through the evaluation of the time of administration. Results: DISC-12 Brazil had good internal consistency ($\alpha=0,726$) for the whole scale and in the test-retest there was significant correlation ($r>0,70$) in the negative subscale and in the total score, but not in the subscales of anticipated discrimination, positive discrimination, and of overcoming and facing the stigma. The construct validity was established with significant correlations between the overcoming subscale of DISC-12 Brazil and quality of life ($r=0,391$), and negative symptoms ($r=-0,408$), respectively, between the total score of DISC-12 Brazil and the self-esteem scale ($r=-0,273$), and significant correlations of the subscales with the total score ($r > 0,400$). The time of administration was, in average, of 16.57 minutes, which indicates practicality and easiness in the administration. In conclusion, DISC-12 Brazil shows satisfactory psychometric properties to evaluate the negative experience of discrimination and stigma. The following subscales, anticipated and positive discrimination, and overcoming the stigma, however, didn't show evidence of stability.

Key words: Stigma, Schizophrenia, Psychometrics

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Escalas utilizadas para mensurar o estigma em transtornos mentais	17
Tabela 2. Descrição dos critérios de inclusão e exclusão do estudo	23
Tabela 3. Distribuição da escala DISC-12	24
Tabela 4. Dados sócio-demográficos da amostra	30
Tabela 5. Mediana da idade e renda familiar.....	31
Tabela 6. Mediana das escalas de sintomas negativos, qualidade de vida, autoestima e depressão.....	31
Tabela 7. Mediana da DISC-12 Brasil	32
Tabela 8. Escores DISC-12 Brasil e Versão original	32
Tabela 9. Correlação da escala DISC-12 Brasil com Idade, Escolaridade e Cor	33
Tabela 10. Fidedignidade pelo teste-reteste.....	34
Tabela 11. Consistência Interna, com Alpha se item eliminado para DISC-12 Brasil.....	34
Tabela 12. Correlação das subescalas da DISC-12 Brasil com o escore total.....	35
Tabela 13. Correlação da DISC-12 Brasil com QLS-BR, PANSS Negativa e EAER.....	36
Tabela 14. Correlação da DISC-12 Brasil com gênero.....	36
Tabela 15. Análise discriminante entre dois grupos.....	37
Tabela 16. Tempo gasto para completar a DISC-12 Brasil (N=85)	37
Tabela 17. Sumário das Propriedades Psicométricas da DISC-12 Brasil (32 itens).....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DISC-12 – Escala de Discriminação e Estigma

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

QLS-BR – Escala de Qualidade de Vida para pessoas com esquizofrenia - versão brasileira

PANSS – Escala de Sintomas Negativos e Positivos

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

EAER – Escala de Autoestima de Rosenberg

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 O Estigma Social e a Discriminação	13
1.2 A Esquizofrenia e o Estigma Social	14
1.3 Justificativa.....	15
1.4 Objetivos.....	15
1.4.1 Objetivo Geral	15
1.4.2 Objetivos Específicos	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 Investigações do Estigma na Esquizofrenia	16
2.2 Instrumentos de Avaliação do Estigma	18
2.3 Propriedades Psicométricas	22
2.4 Hipóteses do Estudo	23
3 METODOS.....	25
3.1 Delineamento do estudo	25
3.2 Sujeitos	25
3.3 Instrumentos	26
3.3.1 DISC-12 – Escala de Discriminação e Estigma	26
3.3.2 Dados Sócio-demográficos e Escalas de Sintomas	27
3.3.3 Escala de Autoestima de Rosenberg - EAER.....	28
3.3.4 Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia (QLS-BR)	28
3.4 Procedimentos	29
3.5 DISC-12 Brasil – Aspectos Descritivos	29
3.6. Abordagem experimental: Avaliação de Propriedades Psicométricas da DISC-12 Brasil	29
3.6.1 Validade.....	29
3.6.2 Fidedignidade	30

3.6.3 Praticidade	31
3.7 Análises estatísticas	31
4 RESULTADOS	32
4.1 Caracterização da Amostra.....	32
4.1.1 Dados sócio-demográficos	32
4.1.2 Sintomas negativos, qualidade de vida, autoestima e depressão	33
4.2 Escores da amostra na DISC-Brasil e comparação com a escala original.....	34
4.3 Correlações da DISC-12 Brasil com variáveis sócio demográficas	35
4.4 Avaliação das Propriedades Psicométricas da DISC-12 Brasil.....	35
4.4.1 Fidedignidade	35
4.4.2 Validade de Construto	37
4.4.3 Praticidade	39
5 DISCUSSÃO	41
6 CONCLUSÕES	44
REFERÊNCIAS	45
APENDICE	48
ANEXOS	50
ANEXO 1	50
ANEXO 2	52
ANEXO 3	62

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Estigma Social e a Discriminação

Goffman (1980) faz referência ao uso da palavra *estigma* pelos gregos, que criaram o termo para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. O estigma segundo o autor relacionava-se a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena.

O autor sugere que este sinal designaria ao seu portador um *status* negativo, como forma de categorização social no processo de estigmatização, comprometendo sua identidade social em uma situação de interação social (GOFFMAN, 1980). O sujeito que evidencia características incomuns é pouco aceito pelo grupo social, que não consegue lidar com o diferente, e em situações extremas o transforma em uma pessoa perigosa, que deixa de ser vista na sua totalidade (MELO, 2005).

Embora o conceito parta de uma linha sociológica, o estigma tem sido amplamente investigado por outras abordagens científicas e entende-se aqui a importância de fazê-lo dentro do Programa de Neurociências, principalmente pela necessidade de se investigar o estigma de forma multidimensional.

Segundo Thornicroft et al. (2007) o termo estigma se refere a problemas de conhecimento (ignorância), de atitudes (preconceito) e de comportamento (discriminação). A discriminação acarreta uma série de agravos sociais como marginalização social, falta de acesso ao tratamento farmacológico e psicoterapêutico, redução da autoestima, redução na procura por ajuda, dentre outras (THORNICROFT et al., 2007).

O estigma, portanto, tem importante impacto na qualidade de vida das pessoas de seus portadores, pois estes ficam à margem social, muitas vezes submetidos a sub-tratamento, com restrição aos espaços sociais devido a rejeição declarada e com redução importante da autoestima (PENN et al., 1994).

Neste estudo do estigma, o foco será a discriminação, que é um problema de comportamento em relação as pessoas com esquizofrenia.

1.2 A Esquizofrenia e o Estigma Social

A esquizofrenia é uma síndrome psicótica, de etiologia desconhecida e sua manifestação mais comum ocorre por meio de delírios paranoicos e alucinações auditivas, geralmente iniciadas no final da adolescência, início da fase adulta (INSEL, 2010). A esquizofrenia é atualmente compreendida, segundo Elkis (2012) em cinco dimensões, a psicótica (sintomas positivos), a deficitária (sintomas negativos), a cognitiva (perda da capacidade de abstração e de *insight*), a de desorganização (desorganização conceitual do pensamento, afeto inapropriado, distúrbio da atenção e comportamento bizarro) e depressivo-ansiosa (depressão, sentimento de culpa, ansiedade psíquica e autonômica).

De forma geral, os portadores de transtornos mentais graves enfrentam um desafio duplo: lidar com os sintomas e as complexidades da síndrome e também com os estereótipos e preconceitos gerados por concepções erradas sobre os transtornos (CORRIGAN e WATSON, 2002).

Segundo Villares (2012), é concebido pela cultura vigente que as doenças são, sobretudo, expressas pela dor e pela incapacidade física. Fica difícil, portanto, compreender um sofrimento que além de não se estabelecer pela forma típica (física) de doença ainda possui um distanciamento do real, do verdadeiro, por meio dos delírios e alucinações que desafiam as crenças em uma realidade única. E, por muitas vezes, a pessoa com esquizofrenia apresenta comportamentos bizarros que não são socialmente aceitos pelas regras sociais. Por tudo isto a esquizofrenia é alvo de maior preconceito e rejeição social, dentre os transtornos mentais. A falta de informação sobre a esquizofrenia contribui para perpetuar mitos sobre a síndrome e dificultar o acesso ao trabalho, aos relacionamentos, afetando de forma negativa o tratamento e as possibilidades de interação social das pessoas com esquizofrenia (VILLARES, 2012).

Diante deste contexto fica clara a necessidade de intervenção frente ao estigma tanto com a população em geral como com as pessoas com esquizofrenia. Para tanto é necessário entender e identificar como são as experiências de estigma das pessoas com esquizofrenia, para intervir frente a realidade da população em questão. Contar com um instrumento

confiável e válido para esta investigação é de suma importância e é uma lacuna que existe na literatura, limitando a intervenção clínica frente ao estigma.

1.3 Justificativa

Bem como a esquizofrenia é uma síndrome multidimensional, o estigma também o é, uma vez que envolve um comportamento social de rejeição, a percepção deste comportamento, a experiência desta discriminação e a elaboração ou não de estratégias de enfrentamento. E desta forma, há necessidade de uma abordagem multiprofissional, considerando os vários fatores associados.

O estigma na esquizofrenia está relacionado com a qualidade de vida, com a autoestima, com isolamento social, a ignorância da população a respeito da doença e parece estar relacionado a outros fatores também como cognição social, emoção expressa, *insight* e sobrecarga familiar.

Investigações mais minuciosas sobre estas relações só serão possíveis por meio de um instrumento confiável e válido para investigar o estigma e suas relações.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de discriminação e estigma para pessoas com esquizofrenia.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer a validade de construto divergente, por meio de correlação significativa da DISC-12 Brasil com escalas de qualidade de vida, autoestima e sintomas negativos;
- Verificar a validade de construto discriminante, através da comparação de grupos e correlação com a variável gênero;
- Confirmar a fidedignidade da escala pela consistência interna e o teste-reteste;
- Avaliar a experiência do estigma nesta amostra.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Investigações do Estigma na Esquizofrenia

Penn et al. (1994), discorrem sobre a importância de fornecer conhecimento básico sobre os transtornos mentais para a população em geral, assumindo que esta tem papel importante na vida e na qualidade de vida das pessoas com algum transtorno mental crônico. O ambiente assume papel importante neste processo, e pode ser muito estressante, com redução de acesso ao suporte social, reduzidas chances de trabalho e possibilidades aumentadas de rejeições. Segundo Penn et al. (1994), quanto mais acesso à informação a população tem, menor é o prejuízo para os sujeitos estigmatizados. Os autores explicitam que parte da estigmatização direcionada as pessoas com transtornos mentais crônicos deve-se à divulgação apenas da fase aguda do quadro, a crise. Seu estudo investigou o tipo de informação que reduz a estigmatização na esquizofrenia. Seus resultados sugeriram que o fator mais saliente para reduzir a estigmatização parecia ser o conhecimento do entrevistado e o contato prévio com um paciente. Especificamente as pessoas que já haviam tido contato com uma pessoa com esquizofrenia eram menos suscetíveis as informações passadas na entrevista sobre a esquizofrenia. O estudo apontou para o fato de geralmente serem veiculadas na mídia e divulgadas para a população geral situações associadas a crise e não em situações onde o indivíduo está em comunidade (PENN et. al., 1994). Este estudo apontou um aspecto importante do estigma que é o conhecimento da população, a fim de que a mesma não forneça ao sujeito um ambiente hostil e restrito de relações.

Posteriormente, em 2012, um estudo realizado visou investigar o estigma na esquizofrenia disponível na mídia, no período de 2008 a 2011. Em análise foi verificada a forma como a esquizofrenia aparecia na mídia sob três aspectos: a) uso médico e científico (que seriam publicações baseadas em evidências científicas); b) uso do diagnóstico na atribuição a crimes com pouco ou nenhum rigor científico; e c) uso metafórico. Neste estudo observou-se que 39% dos registros se relacionavam a ciência e a saúde, 27% com crimes e violência, com diagnóstico feito por leigos e 34% dos registros com uso do diagnóstico de forma metafórica e sempre em caráter depreciativo (GUARNIERO, BELLINGHIN e GATTAZ, 2012). Tais análises foram feitas em recursos da mídia, que sabidamente são amplamente acompanhadas pela população em geral, com amplo poder de persuasão. O que

colabora para que a pessoa estigmatizada, no caso a pessoa com esquizofrenia, seja considerada perigosa e tenha importante redução de acesso aos espaços e interações sociais. Um estudo em Buenos Aires também encontrou evidências de que a maior parte da população investigada considera as pessoas com esquizofrenia como perigosas e violentas, e com dupla personalidade (Leiderman et al., 2011).

O estigma contra pessoas com esquizofrenia não existe somente por parte da população em geral, mas também por parte da equipe de saúde mental. Um estudo realizado com psiquiatras brasileiros evidenciou a existência de comportamentos estigmatizantes por partes destes profissionais em relação às pessoas com esquizofrenia, principalmente relacionados à estereotipagem negativa (LOCH et al., 2011).

Outro estudo realizado com profissionais de saúde em Buenos Aires, aponta para distanciamento social e atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais (LEIDERMAN, CERESA e DRUETTA, 2011). Este é mais um fator que favorece à manutenção do isolamento de pessoas com esquizofrenia, mantendo-as às margens da sociedade, com redução na busca por tratamento.

Penn et al. (1994) e Guarniero, Bellinghin e Gattaz (2012) discorrem sobre a associação feita entre esquizofrenia e alta periculosidade, seja pela população em geral ou pelas mídias de massa que informam esta população. Neste contexto, vários são os esforços voltados para a população em geral a fim de levar conhecimento sobre a esquizofrenia, sob uma perspectiva diferente da habitualmente veiculada. Campanhas anti-estigma como da *World Psychiatric Association*, denominada “Esquizofrenia: Abrindo as portas”, tem feito um trabalho junto as autoridades, mídia, pacientes e familiares, profissionais da saúde e a população em geral, na tentativa de fomentar a discussão e o conhecimento a respeito e principalmente repensar acerca do estigma e reduzi-lo (KADRI e SARTORIUS, 2005).

Corrigan et al., (2001) realizaram estudo com a população geral a fim de avaliar a relação entre duas atitudes preconceituosas, o autoritarismo e a benevolência, e a discriminação avaliada por meio da distância social. Observou-se que a distância social, indicador da discriminação foi influenciada pelos dois tipos de preconceito. Onde o autoritarismo, julga que o paciente não é capaz de cuidar de si mesmo e assume perante ele

uma atitude paternalista, e a benevolência atribui ao paciente inocência e infantilidade. Neste estudo observou-se este comportamento de discriminação por parte das pessoas que já tinham alguma familiaridade com o transtorno mental (CORRIGAN et al., 2001). Este estudo, apresenta um outro aspecto do estigma relacionado aos transtornos mentais. E diante disto para a população em geral, o sujeito parece ter apenas duas características para nomeá-lo: perigoso ou incapaz.

Para além da forma como as outras pessoas entendem a esquizofrenia e se comportam diante da mesma, entender como o paciente com esquizofrenia percebe e experiencia o estigma é de suma importância para as intervenções psicossociais e cognitivas.

De acordo com estudo realizado por Thornicroft et al. (2009 e 2007) as pesquisas sobre o estigma de uma forma geral, têm sido baseadas em situações hipotéticas, distanciadas da realidade e muitas, enfatizando o olhar de pessoas saudáveis sobre as pessoas com doença mental (THORNICROFT et al., 2007; 2009).

Em um estudo em 27 países, Thornicroft et al. (2009) descrevem a natureza, direção e gravidade da discriminação experimentada e antecipada por pessoas com esquizofrenia, por meio da escala DISC. A discriminação experimentada refere-se a um tratamento diferente seja ele positivo ou negativo em função do problema de saúde mental, e a discriminação antecipada, diz respeito às situações nas quais a pessoa com esquizofrenia deixa de tentar algo por receio da discriminação, caracterizando-se por alta expectativa de fracasso. Este estudo apresenta evidências principalmente no que se refere à discriminação antecipada, encontrada na procura de emprego e nas relações pessoais próximas. Um estudo realizado em Hong Kong também encontrou estigma nas relações pessoais próximas, apontando que mais de 40% das pessoas com esquizofrenia experimentam estigma por parte da família, companheiros e colegas (LEE et al., 2005).

Para investigar e compreender como a pessoa com esquizofrenia percebe e experimenta o estigma, nos últimos anos um número crescente de estudos tem buscado instrumentos para mensurar o impacto do estigma e da discriminação em suas vidas.

2.2 Instrumentos de Avaliação do Estigma

Brohan et al. (2010) em revisão de literatura, discorrem sobre as principais formas de investigação do estigma, e tratam de alguns conceitos importantes na compreensão e na pesquisa sobre o estigma. São três as principais formas de investigação do estigma: percepção do estigma, experiência do estigma e autoestigma. A percepção do estigma diz respeito a como o paciente sente presente na comunidade o estigma sobre ele, como ele o percebe. A experiência do estigma é a discriminação ou participação restrita do paciente, também estudada como distanciamento social. E o autoestigma é considerado uma reação ao estigma público, é uma forma de internalizar o estigma público, por isto também chamado na literatura de estigma internalizado.

Dos 57 estudos incluídos na revisão de Brohan et al. (2010) no período de 1990 a 2009, 79% utilizaram medidas de percepção do estigma, 46% medidas de experiência de estigma e 33% fizeram uso de medidas de autoestigma.

Como já explicitado, ao longo dos anos as escalas de estigma utilizadas na literatura avaliavam o estigma sob a perspectiva da população em geral, somente na última década tem sido crescente o desenvolvimento de instrumentos que avaliam o estigma pela perspectiva do estigmatizado (BROHAN et al., 2010; THORNICROFT et al., 2007).

Brohan et al. (2010) identificaram 14 escalas utilizadas ao longo de 19 anos para mensurar o estigma contra pessoas com transtornos mentais, sob a perspectiva delas. Estas escalas são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 – Escalas Utilizadas para mensurar o estigma em transtornos mentais

Escala	Avalia Estigma Percebido	Avalia Estigma Experimentado	Avalia autoestigma	Outros
1-Escala de Desvalorização e Discriminação Percebida (PDD)	Sim	Não	Não	Não
2-Estigma Internalizado de Doença Mental (ISMI)	Não	Sim	Sim	Resistência ao Estigma
3-Escala de autoestigma de Doença Mental (SSMIS)	Sim	Não	Sim	Não
4-Questionário da Experiência de Estigma do Usuário (CESQ)	Não	Sim	Não	Não

5-Escalas de Experiência de Rejeição (RES)	Não	Sim	Não	Não
6-Escala de Depressão e autoestigma (DSSS)	Sim	Sim	Sim	Tratamento contra estigma
7-Auto relato de experiências de rejeição (SRER)	Não	Sim	Não	Não
8-Escala de Estigma (SS)	Não	Sim	Sim	Aspectos positivos
9-O Inventário de experiências estigmatizantes (ISE)	Sim	Sim	Sim	Impacto do Estigma
10-Questionário de Autoestima e estigma (SESQ)	Sim	Não	Não	Autoestima
11-Escala de Estigmatização (HSS)	Sim	Não	Não	Não
12- <i>MacArthur Foundation Midlife Development in the United States (MIDUS)</i>	Não	Sim	Não	Não
13-Escala de Discriminação e Estigma (DISC)	Sim	Sim	Não	Estratégias de Enfrentamento e Superação
14-Escala de Experiência de Discriminação (EDS)	Não	Sim	Não	Discriminação estressante em contextos específicos

Fonte: Brohan et al. (2010) adaptada pela autora

Conforme apresentado na tabela 1, existem escalas com diferentes abordagens relacionadas ao estigma, que vem sendo utilizadas nas investigações sobre o estigma nos transtornos mentais. A DISC, desenvolvida por Thornicroft et al. (2009) e posteriormente validada pelo mesmo grupo (BROHAN et al., 2013), é uma escala que avalia dois aspectos do estigma que são a percepção e a experiência do estigma. Dentre as escalas disponíveis, a DISC-12 foi selecionada para este estudo, pelo número crescente de investigações realizadas pelo grupo que a desenvolveu, pela disponibilidade do grupo em colaborar no estudo e pela possibilidade de análises qualitativas no âmbito da percepção e quantitativa relacionada a experiência.

No Brasil não existe nenhuma escala validada e confiável para investigar o estigma na esquizofrenia.

Para este estudo foi disponibilizada uma versão em Português que já havia sido feita pelo grupo de pesquisa do professor Thornicroft, e não foi necessário nenhuma adequação do idioma. Diante da oportunidade de ter acesso a um instrumento traduzido, disponível para aplicação e com colaboração do grupo do estudo original, a sequência neste estudo foi viável. Isto fomentou ainda mais a continuidade do trabalho de validação desta escala, a fim de que haja no Brasil uma escala, confiável, capaz de avaliar a experiência do estigma sob a perspectiva da pessoa com esquizofrenia.

2.3 Propriedades Psicométricas

Para que um teste seja considerado legítimo e confiável faz-se necessário avaliar sua validade e fidedignidade. Considera que ele é válido de fato se ele mede aquilo que supostamente deveria medir. Para viabilizar a demonstração da validade de um instrumento existem técnicas que visam a validade de construto, validade de conteúdo e validade de critério (PASQUALI, 2001).

A validade de construto, segundo Pasquali (2001), pode ser trabalhada pelo ângulo da análise da representação comportamental do construto e pelo ângulo da análise por hipótese. No primeiro, são utilizadas duas técnicas: a análise fatorial e a análise da consistência interna. A análise fatorial tem como lógica averiguar quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias. E a análise de consistência interna, consiste em verificar a homogeneidade dos itens que compõem o teste.

Na análise por hipótese, objetiva-se identificar se o teste é capaz de discriminar um critério externo a ele mesmo. Existem quatro formas de identificar este critério: validação convergente-discriminante, idade, outros testes do mesmo construto e a experimentação (PASQUALI, 2001).

Na validade de construto por análise convergente-discriminante, faz-se necessário determinar que o teste correlacione significativamente com outras variáveis com as quais o construto medido deveria estar relacionado (validade convergente), e não se correlacionar com variáveis com as quais deveria diferir (validade discriminante). A análise por idade é um critério para validação de construto de testes que meçam traços dependentes do desenvolvimento cognitivo e afeito do sujeito. A análise da correlação com outros testes que meçam o mesmo construto, estabelece a validade de construto quando um teste X se correlaciona altamente com um outro teste que mede o mesmo traço. E a análise por experimentação, confirma a validade de construto quando se é possível discriminar claramente grupos-critérios produzidos experimentalmente (PASQUALI, 2001). Pasquali (2001), ainda acrescenta que é recomendável o uso de mais de uma técnica para se confirmar a validade de construto.

A validade de critério é concebida pelo grau de eficácia de um teste para predizer um desempenho específico de um sujeito. Segundo Pasquali (2001), distingue-se dois tipos:

validade preditiva e validade concorrente, onde a diferença entre as duas encontra-se no tempo que ocorre entre a coleta da informação pelo teste e a coleta da informação sobre o critério. Na validade concorrente, a coleta acontece de forma simultânea, já na preditiva acontece primeiro a coleta de informações sobre o teste e depois a coleta de informação sobre o critério. E a validade de conteúdo de um teste é confirmada se ele constitui amostra representativa de um universo finito de comportamentos (PASQUALI, 2001).

Quanto á fidedignidade, seu conceito diz respeito ao quanto o escore obtido do teste se aproxima do escore verdadeiro. Este conceito está intimamente ligado com a variância de erro. As técnicas mais utilizadas para avaliar a fidedignidade são: teste-reteste, formas paralelas e consistência interna (PASQUALI, 2001).

A precisão de teste-reteste consiste em calcular a distribuição dos escores obtidos em dois períodos de tempo distintos. A precisão de formas paralelas consiste em responder a duas formas paralelas do mesmo teste, e após a correlação entre as duas distribuições irá definir a fidedignidade do teste. Ainda, a precisão da consistência interna, que visa averiguar a homogeneidade da amostra de itens do teste. Ela pode ser averiguada de três formas: a) duas metades, onde os sujeitos respondem a um único teste, em única ocasião, mas o mesmo está dividido em duas metades, geralmente impar e par, e são correlacionados os escores das duas metades; b) Kuder-Richardson que se baseia na análise de cada item individual do teste; e c) Alpha de Cronbach, é um coeficiente de fidedignidade que tem como valor de referência $r=0,70$, avaliado entre os itens da escala (PASQUALI, 2001).

As técnicas supracitadas neste item são formas de validade e fidedignidade de um instrumento. Neste estudo, optou-se pela validade de construto, pela técnica de validade convergente-discriminante, e a fidedignidade pela consistência interna e pelo teste-reteste.

2.4 Hipóteses do Estudo

Para que a DISC-12 Brasil seja considerado com propriedade de validade e fidedignidade faz-se necessário atender as seguintes hipóteses:

1. Correlações significativas entre a DISC-12 Brasil e escalas de qualidade de vida, autoestima e sintomas negativos;

2. Correlações significativas, de moderadas a altas entre as subescalas e o escore total da DISC-12 Brasil;
3. Não haver correlação significativa entre gênero e a DISC-12 Brasil;
4. A DISC-12 Brasil precisa ser capaz de discriminar os dois grupos: HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e Esquizofrenia;
5. A fidedignidade deve ser confirmada pelo teste-reteste com $r \geq 0,70$;
6. A fidedignidade deve ser confirmada pela consistência interna com Alpha de Cronbach $\geq 0,70$ para toda a escala.

3 METODOS

3.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo transversal, de metodologia quantitativa, realizado com pessoas com esquizofrenia de instituições públicas da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG N° 034-B/2010.

Na tabela 2 são apresentados os critérios de inclusão e exclusão considerados para este estudo.

Tabela 2. Descrição dos critérios de inclusão e exclusão do estudo

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
1) Idade: >18 e <70 2) Diagnóstico de Esquizofrenia ou Transtornos correlatos (F20-F29) 3) Estabilidade clínica (PANSS+ <19 e com todos os itens <4)	1) Uso recente (nas últimas 2 semanas) de: anti-inflamatórios; corticoides ou antibióticos. 2) Processo infeccioso recente (último mês). 3) Infecção pelo HIV/AIDS 4) Diagnóstico de doenças autoimunes. 5) Diagnóstico de doenças neurológicas primárias (Epilepsia, Demências, Tumores, TCE grave, outras) 6) Critérios para uso nocivo/dependência de substâncias (exceto maconha) 7) Não obter pontuação superior a 6 na escala de depressão Calgary.

3.2 Sujeitos

A amostra deste estudo é composta por 85 pacientes voluntários das pesquisas do grupo *Pesquizo*, locado no Instituto Raul Soares da Fundação dos Hospitais do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), com diagnóstico de Esquizofrenia ou Transtorno Esquizoafetivo pelo DSM-IV, confirmado pela aplicação do Mini International Neuropsychiatric Interview –

MINI-plus, com idades, entre 18 e 70 anos. Como critério de inclusão foi analisada a estabilidade clínica com valores de PANSS positiva inferiores a 19 e para todos os outros itens valores inferiores a 4.

Para o grupo controle foram entrevistadas 30 pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), prestadores de serviço para a rede FHEMIG e do Hospital Governador Israel Pinheiro - IPSEMG. Elas foram submetidas à aplicação do Mini Internacional Neuropsychiatric Interview – MINI-plus, para exclusão diagnóstica, à entrevista socio-demográfica e à aplicação da escala DISC-12 no mesmo dia e pelo mesmo entrevistador.

3.3 Instrumentos

3.3.1 DISC-12 – Escala de Discriminação e Estigma

Foi utilizada neste estudo a escala DISC-12, composta por 32 itens, divididos em 4 subescalas. A tabela 3 apresenta a distribuição da escala. A primeira (itens 01-21) relaciona-se a discriminação experimentada negativa; a segunda (itens 22-25), diz respeito à discriminação antecipada; a terceira (itens 26-27) refere-se às formas de enfrentamento e de superação da discriminação e do estigma; e por fim a quarta (itens 28-32), relaciona-se à discriminação experimentada positiva (Thornicroft et al., 2009).

Tabela 3. Distribuição da escala DISC-12

Itens de 1 a 21	Discriminação Experimentada Negativa
Itens de 22 a 25	Discriminação Antecipada
Itens de 26 e 27	Enfrentamento e Superação ao Estigma
Itens de 28-32	Discriminação Experimentada Positiva

Em todos os itens o escore é obtido por meio de classificação em escala tipo Likert de 4 pontos a saber: nada (0); um pouco (1); moderadamente (2); muito (3); não aplicável. Para cada questão o entrevistado fornece um exemplo, que, além de caracterizar melhor a situação, permite saber se o paciente compreendeu a questão e fornecer dados qualitativos sobre o estigma experimentado.

Por meio dos dados de entrevista direta, esta escala fornece avaliação da discriminação experimentada e antecipada a partir da perspectiva dos pacientes com

esquizofrenia. A escala permite avaliação qualitativa e quantitativa. Para este estudo foi utilizada a análise quantitativa dos dados (BROHAN et al., 2013).

O escore de cada subescala foi obtido por meio da média de seus itens. Brohan et al.(2013) orientam a tratar a subescala de discriminação positiva de forma invertida, de modo que quanto maior o escore maior a falta de tratamento mais positivo que o normal, em função do diagnóstico. A estratégia adotada para interpretação dos escores, foi a mesma utilizada no desenvolvimento da escala original (BROHAN et al., 2013), que classifica a pontuação em 4 categorias: valores < 1 discriminação mínima; valores entre 1 e 1,5 pouca discriminação; entre 1.5 e 2 moderada discriminação; e >2 alta discriminação.

Para este estudo, os autores da escala original em língua inglesa da escala DISC-12 recomendaram que a escala não fosse alterada em sua tradução, e que não que fossem realizadas várias traduções no mesmo idioma, a fim de evitar esforços repetitivos. Diante disso, foi disponibilizada uma versão da escala em português de Portugal. Beaton et al. (2007), esclarecem que ao trabalhar com uma escala no mesmo idioma, mas de culturas de países diferentes, deve-se aplicar o pré-teste para saber se faz-se necessário a adaptação cultural. Deve-se para tanto, conversar com os pacientes a fim de verificar a compreensão do instrumento. Se houver inconsistência ou confusão sobre uma determinada questão, deve então fazer o processo de adaptação transcultural por meio da versão original (geralmente em inglês) a fim de se obter um instrumento mais próximo do original. Foi realizada, portanto, esta fase de pré-teste com 30 pacientes, na qual foi constatado que a escala utilizada mantém as características do instrumento original e que o instrumento estava compreensível aos participantes.

3.3.2 Dados Sócio-demográficos e Escalas de Sintomas

Os dados sócio-demográficos foram obtidos por meio da anamnese. Foram considerados os seguintes dados: idade; escolaridade; gênero; cor; escolaridade; situação conjugal; filhos; reside com quem; ocupação; situação previdenciária; pessoas dependentes da renda familiar.

A PANSS (Escala de Sintomas Positivos e Negativos) desenvolvida por Kay, Fiszbein e Opler (1987) para suprir a inexistência de um instrumento com boa padronização psicométrica para avaliar os sintomas na esquizofrenia, foi utilizada neste estudo. A PANSS é

composta por 30 itens, pontuados em uma escala de 1 a 7, onde quanto maior a pontuação maior a gravidade dos sintomas. Como critério neste estudo, foram excluídos pacientes que obtivessem valores na PANSS positiva maiores que 19 e nos demais itens valores maiores que 4. A PANSS Negativa foi utilizada para correlação com a discriminação e estigma. Neste estudo foi utilizada a versão disponibilizada por Chaves e Shirakawa (1998).

A Calgary é uma escala desenvolvida e validada para mensurar sintomas depressivos na esquizofrenia. Trata-se de entrevista semiestruturada composta por 9 itens pontuados de 0 a 3, abrangendo o período das últimas duas semanas. A amplitude do escore varia de 0 a 27, e quanto maior a pontuação mais grave é o quadro depressivo. O ponto de corte desta escala é de escore < 6 em pacientes sem depressão (BRESSAN et al., 1998). Esta escala foi incluída no estudo para verificar se a amostra era constituída por pacientes esquizofrênicos deprimidos, e garantir interpretação adequada dos resultados. É portanto um critério de exclusão para valores maiores ou iguais a 6.

3.3.3 Escala de Autoestima de Rosenberg - EAER

A Escala de Autoestima de Rosenberg é validada para a população geral (HUTZ e ZANON, 2011) e amplamente utilizada na investigação de autoestima. Trata-se de escala autoaplicável composta por 10 questões onde a pessoa deve responder da seguinte forma: (1) Discordo Totalmente; (2) Discordo; (3) Concordo e (4) Concordo Totalmente. Para obter o escore total, é feita a soma de cada questão, invertendo os valores das questões 3,5,8,9 e 10 para tal. O escore total, varia entre 10 e 40 pontos. Quanto maior o escore, mais alta é a autoestima. Estudos têm demonstrado que o estigma está relacionado à baixa autoestima. (LINK et al., 1997, LINK et al., 2001).

3.3.4 Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia (QLS-BR)

Esta escala foi desenvolvida especificamente para pessoas com esquizofrenia e tem por objetivo avaliar a qualidade de vida subjetiva dos pacientes nas três semanas precedentes. Ela consta de 21 itens que abordam questões sobre sintomatologia e funcionamento. Cada item é composto por escala do tipo Likert de 7 pontos, onde os escores 5 e 6 indicam funcionamento normal, os escores 2 a 4 indicam algum prejuízo e os escores 0 e 1 refletem um prejuízo grave no item em questão (CARDOSO et al., 2003). Os 21 itens são divididos em 3 fatores: fator 1 rede social; fator 2 nível ocupacional, e fator 3 funções intrapsíquicas e

relações interpessoais, e escala global. A versão utilizada foi a validada para a população brasileira por Cardoso et al., (2003). A experiência da discriminação impacta diretamente, de forma negativa na qualidade de vida das pessoas (Thornicroft et al., 2009).

3.4 Procedimentos

As escalas foram aplicadas em ambiente tranquilo, dentro das instituições. Foi esclarecido a todos os pacientes os objetivos da pesquisa, e os participantes assinaram ao TCLE no primeiro dia de testes.

A aplicação das escalas foi incorporada à rotina do grupo *Pesquizo*, em dois dias, com intervalo de uma semana. No dia 1 eram aplicadas as seguintes escalas: Calgary, PANSS e QLS-BR, e no dia 2 a DISC-12 Brasil e a Escala de autoestima de Rosenberg.

A coleta de dados para este estudo foi realizada no período entre 2011 e 2013. Após a coleta dos dados, foi realizada a conferência e tabulação de todo o material. Em seguida, os dados foram passados para um banco de dados para análise estatística.

3.5 DISC-12 Brasil – Aspectos Descritivos

A fim de investigar a experiência do estigma nesta amostra, foi calculado o escore da escala e categorizado da seguinte forma: valores < 1 discriminação mínima; valores entre 1 e 1,5 pouca discriminação; entre 1.5 e 2 moderada discriminação; e >2 alta discriminação (Brohan et al., 2013). Tais valores serão analisados por meio do escore médio e desvio padrão.

3.6. Abordagem experimental: Avaliação de Propriedades Psicométricas da DISC-12 Brasil

Na avaliação das qualidades psicométricas da escala foram analisadas a fidedignidade, a praticidade e as evidências de validade do instrumento da seguinte forma:

3.6.1 Validade

Não há na literatura consenso acerca das várias nomenclaturas utilizadas para tratar a validade. Neste estudo foi utilizada como referência a proposta de Pasquali (2001) em que as técnicas de validade são divididas em três classes: construto, conteúdo e critério. Segundo

Pasquali (2001), a validade de construto é considerada a forma principal de validade de instrumentos psicológicos, portanto para análise da validade da DISC-12 Brasil foram utilizadas técnicas de validade de construto.

Define-se a validade de um teste ao dizer que ele mede o que supostamente deve medir e existem dois ângulos pelos quais pode ser trabalhada a validade de construto: análise de representação comportamental do construto e análise por hipótese (PASQUALI, 2001). Na análise por hipótese, dentre as técnicas mais utilizadas, encontra-se a validação convergente-discriminante, que foi utilizada neste estudo.

A técnica de validade convergente-discriminante preconiza que o instrumento deve se correlacionar significativamente com outras variáveis com as quais este construto deveria se relacionar (validade convergente), e não se correlacionar com variáveis com as quais ele deveria diferir (validade discriminante) (PASQUALI, 2001).

Na validade convergente espera-se encontrar: 1) correlações significativas, de magnitude entre moderadas e fortes, entre as subescalas e o escore total DISC-12 Brasil; e 2) correlações significativas entre o escore total da DISC-12 Brasil e os escores das escalas PANSS Negativa, QLS-BR e Autoestima, respectivamente. Estas escalas avaliam constructos que estão relacionados ao estigma. A validade discriminante foi mensurada avaliando a relação entre a DISC-12 Brasil e a variável gênero. Esta foi também uma análise utilizada por Brohan et al.(2013), por não haver evidências da relação desta variável com o estigma na esquizofrenia. Ainda foi analisado se a DISC-12 Brasil é capaz de discriminar o grupo de pacientes com esquizofrenia de um grupo de hipertensos, que é uma condição clínica não estigmatizada.

3.6.2 Fidedignidade

O conceito de fidedignidade diz respeito ao quanto o escore obtido no teste se aproxima do escore verdadeiro, e este conceito está fortemente ligado ao conceito de variância erro. A fidedignidade de um teste pode ser analisado de formas diferentes, seja pelo teste-reteste, que visa avaliar a estabilidade temporal do instrumento; pelas formas paralelas, cujo coeficiente é dado por meio de correlação de duas distribuições de escores; por meio da consistência interna que verifica a homogeneidade de itens do teste na amostra (PASQUALI, 2001).

Neste estudo foi avaliada a fidedignidade por meio do teste-reteste e da consistência interna pelo *Alpha de Cronbach*. O intervalo entre o teste e o reteste foi de aproximadamente trinta dias e o reteste foi realizado por telefone, bem como realizado no estudo original. Considerou-se significativas correlações entre as duas aplicações com magnitudes de efeito fortes com valor de r superior a 0,70 e $\alpha \geq 0,70$ na análise da consistência interna da escala (CRONBACH, 1951).

3.6.3 Praticidade

Outra propriedade avaliada neste estudo foi a praticidade, ou seja a facilidade de aplicação da mesma. Desta forma considerou-se o tempo gasto na aplicação das entrevistas para preenchimento da DISC-12 Brasil. Bem como no estudo realizado por Brohan et al. (2013), será utilizado o tempo médio máximo de 30 minutos para considerar a escala prática e fácil de ser aplicada.

3.7 Análises estatísticas

As análises foram realizadas utilizando o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 19.

Nesta fase do estudo, foram adotadas análises não-paramétricas, devido a distribuição não-paramétrica dos dados relativos à DISC-12, à exceção do escore total, e na impossibilidade de normalizá-los via transformações. Pelo teste de Kolmogorov-Smirnov todas as subescalas apresentaram distribuição não-paramétrica ($p < 0.001$).

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da Amostra

Os dados sócio-demográficos são apresentados na tabela a seguir.

4.1.1 Dados sócio-demográficos

Tabela 4. Dados sócio-demográficos da amostra

Variável	Descrição	N	%
Gênero	<i>Masculino</i>	51	60%
	<i>Feminino</i>	34	40%
Cor	<i>Branco</i>	34	40%
	<i>Negro</i>	27	32%
	<i>Pardo</i>	24	28%
	<i>Amarelo</i>	0	0%
Escolaridade	<i>Fundamental Incompleto</i>	40	48%
	<i>Fundamental Completo</i>	9	11%
	<i>Médio Incompleto</i>	8	10%
	<i>Médio Completo</i>	21	26%
	<i>Superior Incompleto</i>	2	2%
	<i>Superior Completo</i>	1	1%
	<i>Pós-Graduação</i>	2	2%
Situação conjugal	<i>Solteiro</i>	55	65%
	<i>Casado</i>	22	26%
	<i>União Estável</i>	1	1%
	<i>Separado/Divorciado</i>	7	8%
Filhos	<i>Sim</i>	31	36%
	<i>Não</i>	54	64%
Reside	<i>Sozinho</i>	5	6%
	<i>Com familiares</i>	80	94%
Ocupação	<i>Desempregado</i>	45	53%
	<i>Empregado Registrado</i>	9	11%
	<i>Empregado Não Registrado</i>	7	8%
	<i>Atividade Não Remunerada</i>	0	0%
	<i>Estudante</i>	0	0%
	<i>Aposentado</i>	24	28%
Situação previdenciária	<i>Sem Benefício</i>	50	60%
	<i>Auxílio Desemprego</i>	0	0%
	<i>Auxílio Doença</i>	7	8%
	<i>Aposentadoria por invalidez</i>	17	20%
	<i>Aposentadoria por tempo de serviço</i>	5	6%
	<i>Benefício de Prestação Continuada</i>	3	4%

<i>Pensionista</i>	2	2%
<i>Outra fonte de renda</i>	0	0%

Tabela 4. Dados sócio-demográficos da amostra (Continuação)

Variável	Descrição	N	%
Dependentes da Renda Familiar	<i>Uma pessoa</i>	5	6%
	<i>Duas pessoas</i>	13	15%
	<i>Três pessoas</i>	21	25%
	<i>Quatro pessoas</i>	22	26%
	<i>Cinco Pessoas</i>	15	18%
	<i>Seis ou mais pessoas</i>	8	10%

Houve maior participação de pacientes do gênero masculino (60%), no estudo. Com relação a cor, a amostra teve maior participação de brancos (40%), seguido por negros (32%). Quase metade da amostra (48%), não conquistou ainda o ensino fundamental completo e 53% encontram-se desempregados. A maioria é solteira (65%), sem filhos (64%), reside com familiares (94%), faz parte (51%) de famílias com três a quatro pessoas dependentes da renda familiar e 60% não recebe nenhum benefício (tabela 4).

Tabela 5. Mediana da idade e renda familiar

	Percentil 05	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 95
Idade	22	33	42	50	60
Renda familiar (em salários mínimos/mês)	1	2	2	4	6

Pode-se analisar na tabela 5 que a medida de tendência central na variável idade é de 42 anos e a renda familiar de 2 salários mínimos mês.

4.1.2 Sintomas negativos, qualidade de vida, autoestima e depressão

Tabela 6. Mediana das escalas de sintomas negativos, qualidade de vida, autoestima e depressão

	Percentil 05	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 95
PANNS - Negativa (total)	10	14	18	23	31
QLS-BR (total)	21	35	54	75	105
EAER (total)	0	0	24	29	34
Calgary	0	0	1	3	6

PANNS (Escala de Sintomas Negativos e Positivos); QLS-BR (Escala de Qualidade de Vida para pessoas com esquizofrenia, versão brasileira), EAER (Escala de Autoestima de Rosenberg).

A escala de autoestima de Rosenberg que varia na pontuação de 10 a 40 pontos, teve como tendência central a pontuação 24. As tendências centrais apontam para qualidade de vida com pontuação total de 54, o que representa escore médio de 2,57. Este escore médio representa considerável prejuízo no que diz respeito à qualidade de vida destes pacientes. A sintomatologia negativa teve como mediana 18 pontos, mas com valores que chegam a 31 no percentil 95. Na escala de depressão observou-se que quatro sujeitos da amostra apresentam escore superior a 6 (tabela 6). A fim de não confundir os resultados, estes sujeitos foram retirados da amostra nas análises de correlação.

4.2 Escores da amostra na DISC-Brasil e comparação com a escala original

Tabela 7. Mediana da DISC-12 Brasil

	Percentil 05	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 95
DISC-12 (Negativa)	0,00	0,00	0,37	0,64	1,25
DISC-12 (Antecipada)	0,00	0,00	0,25	1,00	2,25
DISC-12 (Superação)	0,00	0,00	0,00	1,50	3,00
DISC-12 (Positiva)	0,00	0,00	0,00	0,50	2,00
DISC-12 (Total)	0,00	0,11	0,38	0,70	1,23

A mediana da DISC-12 Brasil (tabela 7) aponta para escores que se categorizam como discriminação mínima, com valores < 1 , para todas as subescalas e para o escore total.

A tabela 8 apresenta a comparação dos escores da DISC-12 Brasil e a original. Observa-se que a pontuação na população brasileira foi inferior ao da população inglesa do estudo original. Em todas as subescalas, a média dos escores brasileiros corresponderam a cerca de 50% da média original, exceto na subescala Positiva onde não passou de 20%. No escore total a média brasileira foi cerca de um terço da inglesa.

Tabela 8. Escores DISC-12 Brasil e Versão original

	Média		Desvio Padrão		Mínimo		Máximo	
	Br	Orig	Br	Orig	Br	Orig	Br	Orig
DISC-12 Negativa	0,43	0,90	0,45	0,60	0	0	2,22	2
DISC-12 Antecipada	0,60	1,30	0,76	0,80	0	0	3	3

DISC-12 Superação	0,76	1,20	0,97	1,0	0	0	3	6
DISC-12 Positiva	0,42	2,50	0,72	1,60	0	0,50	3	10,50
DISC-12 Total	0,47	1,30	0,42	0,40	0	0,40	1,92	2,60

Br – Versão Brasileira Orig – Versão Original de Londres

4.3 Correlações da DISC-12 Brasil com variáveis sócio demográficas

Correlações pelo método de Spearman não sugerem associação significativa entre a DISC-12 Brasil e as variáveis idade, escolaridade e cor, como é apresentado na tabela 9.

Tabela 9. Correlação da escala DISC-12 Brasil com Idade, Escolaridade e Cor

		Idade	Escolaridade	Cor
DISC-12 (Negativa)	<i>R</i>	0,014	-0,101	-0,158
	<i>P</i>	0,899	0,365	0,148
DISC-12 (Antecipada)	<i>R</i>	-0,123	-0,057	-0,139
	<i>P</i>	0,261	0,607	0,204
DISC-12 (Superação)	<i>R</i>	0,027	0,115	-0,004
	<i>P</i>	0,805	0,302	0,972
DISC-12 (Positiva)	<i>R</i>	0,034	-0,007	-0,086
	<i>P</i>	0,757	0,950	0,436
DISC-12 (Total)	<i>R</i>	-0,023	-0,066	-0,142
	<i>P</i>	0,837	0,554	0,195

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

4.4 Avaliação das Propriedades Psicométricas da DISC-12 Brasil

4.4.1 Fidedignidade

A análise da fidedignidade da DISC-12 Brasil por meio do método de teste-reteste apresenta resultados diferentes conforme suas subescalas (tabela 10). Enquanto a DISC-12 (Negativa) e a DISC-12 (Total) apresentam boas evidências de estabilidade entre as duas aplicações ($r > 0.700$) as demais subescalas apresentam valores que variam de moderados (DISC-12 antecipada, $r=0,682$) a fracas (DISC-12 Superação, $r=0,396$) ou não significativos (DISC-12 Positiva, $r=0,195$ e $p=0,301$). Os achados sugerem que alguns componentes da escala são estáveis do ponto de vista temporal enquanto outros não.

Tabela 10. Fidedignidade pelo teste-reteste

		DISC-12 RT (Negativa)	DISC-12 RT (Antecipada)	DISC-12 RT (Superação)	DISC-12 RT (Positiva)	DISC-12 RT (Total)
DISC-12 Negativa	R	0,785	0,550	-0,066	-0,219	0,693
	P	0,000	0,002	0,729	0,245	0,000
DISC-12 Antecipada	R	0,518	0,682	-0,186	0,040	0,659
	P	0,003	0,000	0,324	0,834	0,000
DISC-12 Superação	R	0,154	0,452	0,396	0,130	0,412
	P	0,418	0,012	0,030	0,495	0,024
DISC-12 Positiva	R	0,055	0,192	-0,014	0,195	0,127
	P	0,774	0,308	0,942	0,301	0,504
DISC-12 Total	R	0,678	0,693	-0,019	-0,066	0,739
	P	0,000	0,000	0,923	0,728	0,000

A análise da consistência interna pelo cálculo do *Alpha de Cronbach* sugere uma consistência interna satisfatória entre os 32 itens da escala ($\alpha=0.726$). Uma análise individual (tabela 11) dos itens não sugere que a remoção de qualquer um deles aumente de forma significativa a consistência da escala.

Tabela 11. Consistência Interna, com Alpha se item eliminado para DISC-12 Brasil

Itens da DISC-12 Brasil	α (Cronbach) se item se eliminado
DISC-12_1	0,716
DISC_12_2	0,727
DISC_12_3	0,718
DISC_12_4	0,718
DISC_12_5	0,729
DISC_12_6	0,715
DISC_12_7	0,727
DISC_12_8	0,708
DISC_12_9	0,698
DISC_12_10	0,723
DISC_12_11	0,712
DISC_12_12	0,722
DISC_12_13	0,715
DISC_12_14	0,729
DISC_12_15	0,729
DISC_12_16	0,727
DISC_12_17	0,727

DISC_12_18	0,728
DISC_12_19	0,695
DISC_12_20	0,711
DISC_12_21	0,726
DISC_12_22	0,715
DISC_12_23	0,708
DISC_12_24	0,724
DISC_12_25	0,728
DISC_12_26	0,720
DISC_12_27	0,725
DISC_12_28	0,727
DISC_12_29	0,723
DISC_12_30	0,715
DISC_12_31	0,723
DISC_12_32	0,716

4.4.2 Validade de Construto

4.4.2.1 Análise Convergente

A validade de construto foi confirmada pela análise convergente que demonstrou correlação estatisticamente significativa entre as 4 subescalas e o escore total da DISC-12 Brasil. A análise da matriz de correlações não-paramétricas (Spearman) sugere um padrão de intercorrelações com magnitudes de efeito entre fracas e fortes (exceto pela correlação entre superação e positiva) nas quatro subescalas da DISC-12 Brasil (tabela 12), e magnitudes de efeitos entre moderadas e fortes das 4 subescalas com o escore total.

Tabela 12. Correlação das subescalas da DISC-12 Brasil com o escore total

#	Medidas	N	1	2	3	4	5
1	DISC-12 (Negativa)	81	1				
2	DISC-12 (Antecipada)	81	0.512 (p<0.001)	1			
3	DISC-12 (Superação)	81	0.319 (p=0.003)	0.261 (p=0.016)	1		
4	DISC-12 (Positiva)	81	0.241 (p=0.026)	0.314 (p=0.003)	0.194 (p=0.075)	1	
5	DISC-12 (Total)	81	0.900 (p<0.001)	0.716 (p<0.001)	0.482 (p<0.001)	0.481 (p<0.001)	1

Na correlação da DISC-12 Brasil com a qualidade de vida, sintomas negativos e autoestima, pelo método Spearman, observa-se (tabela 13) correlação significativa e inversa entre a sintomatologia negativa e estratégias de superação ao estigma com magnitude de efeito moderada; correlação significativa entre superação ao estigma e o escore total de qualidade de vida; e também correlação significativa, porém com magnitude de efeito fraca entre autoestima e o escore total da DISC-12 Brasil.

Tabela 13. Correlação da DISC-12 Brasil com QLS-BR, PANSS Negativa e EAER

Medidas	N	DISC-12 Negativa	DISC-12 Antecipada	DISC-12 Superação	DISC-12 Positiva	DISC-12 Total
PANSS Negativa	81	0,041	0,023	*-0,408	-0,034	-0,09
		(p=0.710)	(p=0.834)	(p<0,001)	(p=0,759)	(p=0,419)
QLS-BR (total)	55	0,053	0,035	**0,391	0,09	0,142
		(p=0.699)	(p=0.800)	(p=0.003)	(p=0,516)	(p=0.301)
EAER (total)	30	0,188	-0,134	-0,226	-0,114	** -0.273
		(p=0.178)	(p=0.337)	(p=0.104)	(p=0.418)	(p=0.048)

*p<0,001

**p<0,05

4.4.2.2 Análise Discriminante

A validação discriminante foi confirmada considerando a relação entre gênero e a DISC-12 Brasil. Pelo método de correlação não paramétrica (Spearman), não foi encontrada correlação significativa em nenhuma das subescalas ou no escore total da DISC-12 conforme é apresentado na tabela 14.

Tabela 14. Correlação da DISC-12 Brasil com gênero

		Gênero
DISC-12 (Negativa)	<i>r</i>	-0,021
	<i>p</i>	0,850
DISC-12 (Antecipada)	<i>r</i>	0,008
	<i>p</i>	0,941
DISC-12 (Superação)	<i>r</i>	-0,023
	<i>p</i>	0,833
DISC-12 (Positiva)	<i>r</i>	-0,006
	<i>p</i>	0,960
DISC-12 (Total)	<i>r</i>	-0,013
	<i>p</i>	0,904

Ao comparar a pontuação de pacientes com esquizofrenia (n=81) e pacientes com hipertensão arterial sistêmica (n=30) é nítida a discrepância entre o estigma direcionado aos dois grupos. Para esta análise foi utilizado o teste Mann-Whitney, teste não paramétrico que compara as funções de distribuição de uma variável em populações independentes. Enquanto os pacientes com esquizofrenia apresentam pontuação nas subescalas negativa, antecipada e no total (tabela 15), os demais participantes não relatam nenhum tipo de estigma quanto a sua condição de saúde. Diferenças de grupo são encontradas em todas as medidas, significativamente, com tamanhos de efeito elevados (Z entre 4.0 e 6.2) e isto confirma a validação discriminante, pois a DISC-12 Brasil é capaz de diferir os dois grupos em condições clínicas diferentes em relação ao estigma.

A medida de tendência central de idade do grupo controle foi de 46,5 anos, pouco acima do grupo de pessoas com esquizofrenia que foi de 42 anos.

Tabela 15. Análise discriminante entre dois grupos

	Esquizofrenia	Hipertensão	p	Z
DISC-12 (Negativa)	0,37	0,00	<0.001	6,24
DISC-12 (Antecipada)	0,25	0,00	<0.001	5,20
DISC-12 (Superação)	0,00	0,00	<0.001	4,70
DISC-12 (Positiva)	0,00	0,00	<0.001	4,01
DISC-12 (Total)	0,38	0,00	<0.001	7,15

4.4.3 Praticidade

A praticidade de aplicação da escala foi confirmada, pelo cálculo médio do tempo gasto na aplicação com todos os pacientes, conforme tabela 16 apresenta, inferior a 30 minutos.

Tabela 16. Tempo gasto para completar a DISC-12 Brasil (N=85)

Medida	Minutos
Média	16,57

Desvio Padrão	4,12
Mínimo	10
Máximo	45

A tabela 17 apresenta o sumário das análises realizadas com os critérios estabelecidos para cada. Nela estão listadas as 6 hipóteses deste estudo.

Tabela 17. Sumário das Propriedades Psicométricas da DISC-12 Brasil (32 itens)

Propriedade Psicométrica	Análise	Critério	O critério foi atendido?
Fidedignidade	Consistência Interna	Valores de Alpha de Cronbach ≥ 0.70 para DISC-12 Brasil.	Sim.
	Teste-reteste	Correlações de Spearman > 0.70 para cada subescala.	Parcialmente. Somente a subescala Negativa e a escore total.
Validade de Construto		Correlações significativas da DISC-12 Brasil com escalas de auto estima (1), qualidade de vida (2) e com sintomas negativos (3).	Sim.
	Validade Convergente	Correlação significativa, de moderada a alta, das subescalas com o escore total da DISC-12 Brasil (4).	Sim.
		A DISC-12 Brasil, não deve ter correlação significativa com a variável gênero (5).	Sim.
	Validade Discriminante	A DISC-12 Brasil deve ser capaz de discriminar pessoas com esquizofrenia de pessoas com HAS, com correlações significativas, com tamanhos de efeito elevados (6).	Sim.
Praticidade	Tempo de aplicação da DISC-12 Brasil	Tempo inferior a 30 minutos	Sim. Média de 16.57 minutos.

5 DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a DISC-12 Brasil apresentou fidedignidade satisfatória pela análise da consistência interna do escore total escala e de praticidade. Por outro lado, a estabilidade temporal pelo método teste-reteste foi satisfatória apenas para a subescala de discriminação negativa e para escore total da DISC-12 Brasil ($r=0,785$ e $r=0,739$ respectivamente). As subescalas de discriminação antecipada ($r=0,682$ e $p=0,0001$), superação ($r=0,396$ e $p=0,03$) apresentaram correlações significativas, mas não atenderam ao critério ($r \geq 0,70$) e a discriminação positiva não apresentou correlação significativa. A baixa variabilidade nas subescalas de discriminação positiva e de superação pode ter contribuído para estes valores. Estes resultados diferem do estudo de Brohan et al. (2013), no qual todas as subescalas tiveram boas evidências de estabilidade. Em nosso estudo, os pacientes pontuaram, em média, menos que no estudo original (Brohan et al. 2013), o que resultou em baixa variabilidade, sobretudo nas subescalas de discriminação positiva e de superação, e pode ter contribuído para a ausência de correlação no teste-reteste.

No que diz respeito à validade de construto da DISC-12 Brasil, os coeficientes de correlação pelo método Spearman obtidos com a QLS-BR, PANNS Negativa e a EAER apresentaram algumas correlações significativas, com magnitudes de efeito entre fracas e moderadas.

A correlação negativa, significativa encontrada entre as estratégias de superação ao estigma e os sintomas negativos ($r=-0,408$ e $p<0,001$) corroboram com o estudo de Campellone, Caponigro e Kring (2013), que encontraram importante associação entre o poder social, resistência ao estigma e sintomas negativos. Especificamente a relação entre poder social e sintomas negativos foi parcialmente mediada pela resistência ao estigma (CAMPELLONE, CAPONIGRO e KRING, 2013).

A literatura evidencia que a experiência do estigma, principalmente por levar ao isolamento, reduz a qualidade de vida das pessoas (Thornicroft et al., 2007). Da mesma forma, a qualidade de vida de pessoas que utilizam estratégias de superação ao estigma, é aumentada. Estes dados apontam para a importância de intervenções psicossociais e

cognitivas que possibilitem ao paciente elaborar e exercitar estratégias de superação ao estigma no dia-a-dia a fim de melhorar sua qualidade de vida.

A Escala de Autoestima de Rosenberg foi negativamente correlacionada com o escore total da DISC-12 Brasil ($r=-0,273$ e $p=0,04$), Variados estudos tem evidenciado que umas das principais consequências do estigma é a diminuição da autoestima (CORRIGAN, 2004; FUNG et al., 2007; LINK et al., 2001).

É provável que, também nessa análise de validade convergente, a baixa pontuação dos pacientes tenha prejudicado a detecção de correlações com as outras variáveis relacionadas ao estigma. Ainda assim, o escore total da DISC-12 Brasil se correlacionou com a variável mais fortemente ligada ao estigma – a auto-estima – o que evidencia a adequação da escala a medir o que se propõe. Sintomas negativos e qualidade de vida são variáveis mais indiretamente ligadas ao estigma e parecem particularmente ligadas a estratégia de superação do mesmo, pelo menos em populações com baixa pontuação na DISC-12, como a nossa.

A validação convergente é reforçada pelas correlações significativas das subescalas com o escore total da DISC-12 Brasil, com magnitudes de efeitos de moderadas a muito forte, evidenciando o quanto as quatro subescalas contribuem para o escore total. Entre as subescalas, as correlações também foram significativas (exceto a correlação entre a subescala positiva e a de superação), com magnitudes de fracas a moderadas.

Bem como no trabalho de Brohan et al. (2013), neste estudo utilizou-se a variável gênero para a análise discriminante, pois não existem evidências de uma relação direta entre gênero e discriminação em transtornos psiquiátricos. Como esperado não houve nenhuma correlação entre gênero e a DISC-12 Brasil, o que corrobora a definição de Pasquali (2001) de que a validade discriminante se dá quando um teste não se correlaciona com algo que ele deveria diferir.

O tempo médio de aplicação da DISC-12 Brasil foi inferior a 30 minutos, corroborando os resultados da escala original (BROHAN et al. 2013). A DISC-12 Brasil é, portanto, uma escala de fácil aplicação e prática.

Ainda foi avaliada neste estudo a capacidade da escala em diferir dois grupos distintos. A DISC-12 Brasil mostrou-se eficaz em diferir o grupo de pessoas com esquizofrenia de um grupo de pessoas com HAS. Estes dois grupos foram analisados por apresentarem condições

clínicas diferentes e com relações diferentes com a discriminação e estigma, visto que a HAS não é uma condição clínica estigmatizada. A discriminação dos grupos foi verificada em todas as subescalas.

Terwee et al (2007), propõem que o estabelecimento da validade de construto ocorre se ao menos 75% dos resultados estiverem em concordância com as hipóteses relacionadas. Neste estudo todas as hipóteses foram confirmadas.

É importante ressaltar, que este estudo não incluiu pacientes deprimidos, o que foi assegurado pela aplicação da escala Calgary, e exclusão de quatro sujeitos da amostra nas análises de correlação. Como a depressão também é uma condição psiquiátrica estigmatizante, esta seleção permitiu que o estigma detectado pela escala fosse mais especificamente relacionado à esquizofrenia.

No presente estudo, a amostra apresenta diferenças importantes no desempenho de papéis sociais, escolaridade e baixos escores na DISC-12 em relação aos sujeitos avaliados no estudo original. No estudo original, boa parte da amostra (59,3%) era composta por pessoas que tinham qualificação profissional, diploma ou grau mais elevado (Brohan et al., 2013), apontando para diferenças culturais importantes. Tal desempenho ocupacional limitado, por reduzir as oportunidades de experiências reais, sejam elas discriminantes ou não, pode contribuir para as diferenças entre nosso estudo e o original em relação aos escores da DISC. Outros estudos são desejáveis para se elucidar o papel de fatores ambientais, culturais e ocupacionais nas diversas variáveis do estigma.

6 CONCLUSÕES

O presente trabalho traz como principal contribuição a validação de um instrumento que avalia a experiência da discriminação negativa no contexto brasileiro. Um instrumento que pode ser utilizado em contextos clínicos para favorecer o entendimento das áreas de desempenho mais prejudicadas em função do estigma e da discriminação, em pessoas com esquizofrenia.

Faz-se necessário outros estudos para melhor avaliação das propriedades psicométricas das subescalas de discriminação antecipada, discriminação experimentada positiva e superação ao estigma.

Acredita-se este trabalho possa contribuir para novos estudos, na tentativa de entender melhor as correlações do estigma em outras dimensões da esquizofrenia.

Como limitações presentes neste estudo aponta-se a variabilidade da amostra em alguns testes e as diferentes formas de aplicação do teste (pessoalmente) e do resteste (telefone), como possibilidade de ter promovido alteração de resposta.

Estudos futuros devem investigar o estigma em grupos de culturas e serviços de assistência distintos, a fim de comparar se o fator cultural pode diferir grupos em relação a discriminação e ao estigma.

REFERÊNCIAS

BEATON, D. et al., **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. Institute for Work & Health., 2007. p.45

BRESSAN, R. A, et al. Validity study of the Brazilian version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. **Schizophr Research**. v. 32, n. 1, p. 41-9, 1998.

BROHAN, E. et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. **BMC Health Services Research**, v. 10, n.80, p. 1-11, 2010.

BROHAN, E. et al. Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC) **Psychiatry Research**. v.208, n. 1, p. 33-40, Abril, 2013

CARDOSO, C.S., et al. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.52, n.3, p.211-22, Maio/Junho, 2003

CAMPELLONE, T.R., CAPONIGRO, J.M., KRING, A.M. The power to resist: The relationship between power, stigma, and negative symptoms in schizophrenia. **Psychiatry Research**. Aceito em 20 Novembro 2013.

CHAVES, A. C., SHIRAKAWA. I. Escala das síndromes negativa e positiva - PANSS e seu uso no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 25, n.6, p.337-43, nov.-dez, 1998

CORRIGAN, P.W. et al. Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. **Schizophrenia Bulletin**. v. 27, N. 2,p.219-25, 2001

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. **Clinical Psychology-Science and Practice**, v. 9, n. 1, p. 35-53, 2002

CORRIGAN, P. W. How Stigma Interferes With Mental Health Care. **American Psychologist**, v. 59, n. 7, p. 614-625, 2004.

CRONBACH, L. J. Coefficient Alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**. V16 p. 297-334, 1951

ELKIS, H. **O conceito histórico da esquizofrenia**. In: Esquizofrenia: Avanços no tratamento multidisciplinar. NOTO, C.S., BRESSAN, R.A.2 ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2012.

FUNG, K. M. T. et al. Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 53, n. 5, p. 408-418, 2007.

GOFFMAN E. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4.ed. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1980. 124p.

- GUARNIERO, F. B., BELLINGHINI, R. H., GATTAZ, W. F. O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 39, n. 3, p.80-4, 2012
- HUTZ, C.S., ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**. v.10, n.1, p.41-9, 2011
- INSEL, T.R. Rethinking schizophrenia. **Nature**. v. 468, p. 187-193, Novembro, 2010
- KADRI, N., SARTORIUS, N. The Global Fight against the Stigma of Schizophrenia. **PLoS Medicine**. v. 2, n. 7, p. 597-99, Julho, 2005
- KAY, S.R., FISZBEIN, A., OPLER, L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. v. 13, n. 2, p.261-76, 1987
- LEE, S. et al. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. **The British Journal of Psychiatry**. v. 186, n. 2, 2005.
- LEIDERMAN, E., et al. Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. v.46, n.4, p.281-290, 2011
- LEIDERMAN, E. A., CERESA, F. e DRUETTA, I. Stigmatizing beliefs and attitudes of mental health professionals towards people with schizophrenia. In: Schizophrenia International Research Society South America Meeting, 2011. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.38, supl. 1, p.19, Agosto, 2011
- LINK, B. G. et al. On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 38, n. June, p. 177-190, 1997.
- LINK, B. G. et al. The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People with Mental Illness. **Psychiatric Services**, v. 52, n. 12, p. 1621-1626, 2001.
- LOCH AA, et al. Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.38, n.5, p.173-7, Agosto, 2011
- Melo, Z. M. (2005) Os estigmas: a deterioração da identidade social. UNICAP. Disponível em: <<http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/estigmas.pdf>> Acesso em 13 Abril, 2013.
- PASQUALI, L., Técnicas de Exame Psicológico: TEP manual. São Paulo: Casa do Psicólogo.2001. p. 233
- PENN et al. Dispelling the Stigma of Schizophrenia: What Sort of Information Is Best. **Schizophrenia Bulletin**. v. 20, n. 3, p. 567-78,1994

SILVA, T. F. C. et al. Avaliação do ajustamento social em pacientes portadores de esquizofrenia atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Coletiva**. v. 18, n. 4, p. 587-96, 2010.

TERWEE, C.B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**. v.60, n.1, p.34-42, Janeiro, 2007

THORNICROFT G., ROSE D., KASSAM A.; SARTORIUS N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? **The British Journal of Psychiatry**., v. 190, n. 3, p.192-3., 2007.

THORNICROFT G. et al. Padrão global de discriminação experimentada e antecipada contra pessoas com esquizofrenia: estudo transversal. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**. São Paulo, v. 12, n. 1, p.141-60, 2009.

VILLARES, C., ASSIS, J.C., BRESSAN, R.A. **Estigma na Esquizofrenia**. In: Esquizofrenia: Avanços no tratamento multidisciplinar. NOTO, C.S., BRESSAN, R.A.2 ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2012.

APENDICE

Hospital de Ensino Instituto Raul Soares
Ambulatório de Esquizofrenia
Projeto Esquizofrenia e Cognição – PESQUIZO

Protocolo de Pesquisa

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
4) Idade: >18 e <70 5) Diagnóstico de Esquizofrenia ou Transtornos correlatos (F20-F29) 6) Estabilidade clínica (PANSS+ <19 e com todos os itens <4)	8) Uso recente (nas últimas 2 semanas) de: anti-inflamatórios; corticoides ou antibióticos. 9) Processo infeccioso recente (último mês). 10) Infecção pelo HIV/AIDS 11) Diagnóstico de doenças autoimunes. 12) Diagnóstico de doenças neurológicas primárias (Epilepsia, Demências, Tumores, TCE grave, outras) 13) Critérios para uso nocivo/dependência de substâncias (exceto maconha) 14) Não obter pontuação superior a 6 na escala de depressão Calgary.

Médico: _____
_____/_____/_____

Origem: _____

Data:

Dados Sócio-demográficos

1.Nome: _____

2.Endereço: _____

3.Município: _____
(____)

4.Telefone(s): 1- (____) _____ 2 –

5.Nome da Mãe: _____

6.Responsável (Cuidador): _____

7.Parentesco: _____

8.Data de Nascimento: ____/____/____ 9.Idade (em anos): _____

10.Naturalidade: _____

11.Procedência: _____

12.Gênero: 1. Masculino 2. Feminino

13.Filhos: 1.Sim 2.Não

Quantos: _____

14.Situação conjugal: 1.Solteiro 2.Casado 3.União estável 4.Separado/divorciado
5.Viúvo

15.Cor da pele: 1.Branca 2.Negra 3.Pardo 4.Amarelo 5.Índio 6.Outro

16.Alfabetizado: 1.Sim 2.Não **17.Anos de estudo:** _____ **18.Rep. escolar:** 1.Sim
2.Não 99.NA No: _____

19.Escolaridade: 1.Fundamental incompleto 2.Fundamental completo 3.Médio
Incompleto

4.Médio completo 5.Superior incompleto 6.Superior Completo 7.Pós-
graduação

20.Reside: 1.Sozinho 2.Familiares

21.Com quem: 1.Cônjuge 2.Pais 3.Filhos 4.Irmãos 5.Avós 6.Instituição 7.Outros: _____

22.Renda familiar (salários-mínimos/mês): 1. _____ 2.Não sabe **23.Dependentes
desta renda:** _____

24.Ocupação: 1.Desempregado 2.Empregado registrado 3.Empregado não registrado
4.Atividade não remunerada (voluntário) 5.Estudante 6. Aposentado

7.Outro: _____

25.Situação previdenciária: 1.Sem benefício 2.Auxílio-desemprego 3.Auxílio-doença
4.Aposentadoria por invalidez 5. Aposentadoria por tempo de

serviço

6.Benefício de Prestação Continuada (LOAS) 7.Pensionista

8.Outras fontes de renda: _____

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº de Registro CONEP: 034-B/2010

Título do Projeto: Avaliação do prejuízo cognitivo em pacientes com esquizofrenia e sua relação com marcadores periféricos do sistema endocanabinóide e o nível de BDNF

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, de uma pesquisa de título "Avaliação do prejuízo cognitivo em pacientes com esquizofrenia e sua relação com marcadores periféricos do sistema endocanabinóide e o nível de BDNF". O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão de participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável da pesquisa. Obrigado (a).

Objetivo do Estudo

O objetivo deste trabalho consiste em estudar funções cognitivas (memória, atenção, etc) em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Este estudo é feito por meio de testes neuropsicológicos e aplicação de escalas clínicas. Também se pretende estudar a associação entre tais funções cognitivas, a dosagem de algumas substâncias presentes no sangue, a medicação psiquiátrica e a qualidade de vida.

Procedimentos

Os participantes serão convidados a fazer uma entrevista para avaliação dos sintomas. Esse procedimento durará cerca de duas horas. Em outro dia (uma ou duas semanas após), os participantes serão convidados a fazer uma entrevista para avaliação da qualidade de vida e os testes neuropsicológicos. Nessa ocasião também será feita a coleta de sangue para dosagem de substâncias. Esse procedimento durará cerca de uma hora e 30 minutos.

Pesquisadores

A equipe de pesquisadores é composta pelo psiquiatra Dr. João Vinícius Salgado, por alunos de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) do Programa de Neurociências da UFMG e residentes em psiquiatria do Instituto Raul Soares. Alunos de iniciação científica, devidamente autorizados pelo pesquisador principal (Dr. João Vinícius Salgado), também poderão aplicar os testes.

Confidencialidade

Todos os dados gerados serão mantidos em sigilo, e apenas a equipe de pesquisadores terá acesso a eles. Os dados de cada participante serão codificados, e não terão nenhuma identificação que permita associá-lo a um participante em particular. Caso o senhor (a) queira, poderá ter acesso aos resultados individuais.

Benefícios e riscos

Esta pesquisa não oferece qualquer risco ao participante. Não há benefício individual direto, mas as informações obtidas nos auxiliarão a melhor compreender as funções cognitivas na patologia estudada. Não haverá qualquer tipo de despesa ao paciente, no que tange a materiais e testes. Ao assinar este termo de compromisso o senhor (a) não está abrindo mão de seus direitos legais.

Através deste documento fica assegurado o direito ao Sr (a) _____ que terá todos os esclarecimentos relativos à pesquisa garantidos, incluindo a metodologia utilizada. A partir do momento em que o paciente participante não desejar mais fazer parte da pesquisa, reservo-lhe o direito de retirar o seu consentimento, livre de sofrer qualquer penalidade ou danos quaisquer que sejam. Se no transcorrer da pesquisa tiver alguma dúvida, poderá procurar o Dr. João Vinícius Salgado (tel 32730511/ 32399940/ 88681204).

Consentimento

Eu, _____, paciente voluntário, dou consentimento livre e esclarecido, para que se façam os procedimentos necessários a esta pesquisa e posterior uso e publicação dos dados nos relatórios finais e conclusivos, a fim de que estes sirvam para beneficiar a ciência e a humanidade. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Belo Horizonte, de de 201

Assinatura do participante _____
DATA __/__/__

Assinatura do familiar ou responsável _____
DATA __/__/__

O paciente acima se encontra sob meus cuidados e concordo com a sua participação no estudo.

Assinatura do Médico Responsável:

RG/CRM: _____ DATA __/__/__

Declaro que pessoalmente expliquei todos os detalhes da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador _____
DATA __/__/__

ANEXO 2

Escala de Discriminação e Estigma

DISC-12 página 1

Instruções para o entrevistador:

Por favor use este primeiro parágrafo para apresentar a escala ao participante, e se necessário, explicações adicionais.

“A discriminação e o estigma ocorrem quando as pessoas são tratadas injustamente por serem vistas como sendo diferentes dos outros. Esta entrevista pretende conhecer o modo como foi afetado(a) pela discriminação e pelo estigma devido a problemas de saúde mental”

Por favor leia a seguinte explicação do processo de entrevista ao participante.

“Esta entrevista tem quatro partes. Cada parte pergunta sobre como você tem sido tratado(a), ou o que tem feito em diferentes situações.

1. Na primeira parte, vou perguntar-lhe sobre as vezes em que você foi tratado(a) injustamente devido a problemas de saúde mental.
 2. Na segunda parte, vou perguntar-lhe sobre as vezes em que evitou fazer algumas coisas por causa da reação dos outros ao seu problema de saúde mental.
 3. Na terceira parte, perguntarei como tem superado o estigma e a discriminação.
 4. Na quarta parte, perguntarei sobre as ocasiões em que foi tratado(a) de forma mais positiva devido a problemas de saúde mental.
- Para cada resposta, vou ainda perguntar se cada evento nunca aconteceu, aconteceu um pouco, aconteceu moderadamente ou se aconteceu muito. Também lhe vou pedir que me dê um exemplo.”

Selecione o quadro temporal para o estudo e adapte o parágrafo em baixo de forma apropriada.

“Para cada questão, por favor pense nos eventos que aconteceram (Escolha uma das opções seguintes)

1. Desde que teve pela primeira vez problemas de saúde mental,
2. Durante os últimos 12 meses,
3. Durante (especifique outro quadro temporal).”

No início da entrevista, por favor destaque a última página e dê este guia de instruções de classificação ao participante para ajudar as suas classificações.

Seção 1 DISCRIMINAÇÃO EXPERIMENTADA NEGATIVA**Instruções para o entrevistador ler ao participante**

“Nesta seção, vou perguntar-lhe sobre as vezes em que você foi tratado(a) injustamente devido a problemas de saúde mental. Há 21 questões nesta seção. Por favor escolha uma opção para cada questão.”

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
1 Foi tratado(a) injustamente ao fazer ou manter amizades?					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
2 Foi tratado(a) injustamente pelas pessoas da sua vizinhança?					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
3 Foi tratado(a) injustamente em namoros ou relações íntimas? (Exceto casamento e divórcio - Questão 6)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
4 Foi tratado(a) injustamente em termos habitacionais? (Inclui estar sem-abrigo)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
5 Foi tratado(a) injustamente na sua educação? (Pergunte sobre a escola, colégio, universidade, formação profissional, cursos vocacionais)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

Escala de Discriminação e Estigma

DISC-12 página 3

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
6 Foi tratado(a) injustamente no casamento ou no divórcio? (incluindo união estável, problemas durante o relacionamento, acordos de divórcio...)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
7 Foi tratado(a) injustamente pela sua família? (pais, irmãos, irmãs e outras relações familiares. Exceto esposo(a) ou parceiro(a) - Questão 6)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
8 Foi tratado(a) injustamente na procura de emprego? (Encontrar trabalho remunerado, a tempo total ou parcial)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
9 Foi tratado(a) injustamente na manutenção de emprego?					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
10 Foi tratado(a) injustamente ao usar os transportes públicos? (Pergunte sobre benefícios, passes, passageiros, condutores, etc)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

Escala de Discriminação e Estigma

DISC-12 página 4

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
11 Foi tratado(a) injustamente na obtenção de subsídios ou pensões de invalidez? (Pergunte sobre candidatura a benefícios (i.e. apoio ao rendimento, pensão de vida por invalidez), nível de benefícios, apoio)					

Dê um exemplo:

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
12 Foi tratado(a) injustamente nas suas práticas religiosas? (Pergunte sobre a ida à igreja, sobre os outros membros da igreja, sobre os líderes da igreja)					

Dê um exemplo:

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
13 Foi tratado(a) injustamente na sua vida social? (Pergunte sobre socializar, hobbies, ida a eventos, atividades de lazer)					

Dê um exemplo:

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
14 Foi tratado(a) injustamente pela polícia? (Pergunte sobre algum contato com a polícia por causa de problemas de saúde mental ou quaisquer outros motivos)					

Dê um exemplo:

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
15 Foi tratado(a) injustamente no tratamento de problemas de saúde física? (Pergunte sobre médicos(as) de clínica geral, dentista, enfermeiros(as))					

Dê um exemplo:

.....

.....

Escala de Discriminação e Estigma

DISC-12 página 5

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
16 Foi tratado(a) injustamente pelos membros das equipas de saúde mental? (Pergunte sobre o tratamento e o comportamento da equipe, sentir-se desrespeitado(a) ou humilhado(a) no contato com os membros das equipas de saúde mental)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
17 Foi tratado(a) injustamente no respeito pela sua privacidade? (Tanto em hospitais como em serviços da comunidade, i.e. cartas ou telefonemas pessoais, registos médicos, averiguação do Registo Criminal)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
18 Foi tratado(a) injustamente na sua proteção e segurança pessoal? (Pergunte sobre abuso verbal, abuso físico ou sexual, assalto)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
19 Foi tratado(a) injustamente em começar uma família e ter filhos? (Pergunte sobre o comportamento dos profissionais de saúde, amigos e família, bem como sobre a maneira como o(a) entrevistado(a) ou o seu parceiro(a) foram tratados durante a gravidez ou o parto)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

Escala de Discriminação e Estigma

DISC-12 página 6

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
20 Foi tratado(a) injustamente no seu papel como pai/mãe? (pergunte sobre o comportamento de outros pais, professores, família ou técnicos de saúde mental)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
21 Foi evitado(a) ou afastado(a) por outras pessoas que sabem que você tem um problema de saúde mental?					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

Seção 2 DISCRIMINAÇÃO ANTECIPADA

Instruções para o entrevistador ler ao participante

“Nesta seção, vou perguntar-lhe sobre as vezes em que evitou fazer algumas coisas por causa da reação dos outros ao seu problema de saúde mental. Há 4 questões nesta seção. Por favor escolha apenas uma opção para cada questão.”

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
22 Já se impediu de se candidatar a um emprego?					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderada-mente	Muito	Não Aplicável
23 Já se impediu de se candidatar a algum curso acadêmico ou profissional?					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

Escala de Discriminação e Estigma

DISC-12 página 7

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Não Aplicável
24 Já se impediu de ter algum relacionamento pessoal próximo?					

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Não Aplicável
25 Disfarçou ou escondeu dos outros o seu problema de saúde mental?					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

Seção 3 ENFRENTAMENTO E SUPERAÇÃO

Instruções para o entrevistador ler ao participante.

“Nesta seção, perguntarei como tem superado o estigma e a discriminação. Há 2 questões nesta seção. Por favor escolha apenas uma opção para cada questão.”

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Não Aplicável
26 Fez amizades com pessoas que não recorrem aos serviços de saúde mental?					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Não Aplicável
27 Conseguiu usar os seus talentos ou competências para lidar com o estigma e a discriminação?					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

Seção 4 DISCRIMINAÇÃO EXPERIMENTADA POSITIVA

Instruções para o entrevistador ler ao participante

“Nesta seção, perguntarei sobre as ocasiões em que foi tratado(a) de forma mais positiva devido a problemas de saúde mental. Ser tratado(a) “de forma mais positiva” significa receber tratamento especial ou de favorecimento. Isto em comparação com a forma como era tratado(a) antes do problema de saúde mental, e em comparação com as pessoas que não têm problemas de saúde mental. Há 5 questões nesta seção. Por favor escolha apenas uma opção para cada questão.”

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Não Aplicável
28 Foi tratado(a) de forma mais positiva pela sua família? (inclua a família de origem, esposo(a) ou parceiro(a), filhos, familiares)					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Não Aplicável
29 Foi tratado(a) de forma mais positiva na obtenção de subsídios ou pensões de invalidez?					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Não Aplicável
30 Foi tratado(a) de forma mais positiva em termos de habitação?					

Dê um exemplo:

.....

.....

.....

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Não Aplicável
31 Foi tratado(a) de forma mais positiva nas suas atividades religiosas?					

Dê um exemplo:

.....
.....
.....

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Não Aplicável
32 Foi tratado(a) de forma mais positiva no emprego? (Pergunte sobre encontrar emprego, manter emprego e adaptações no local de trabalho)					

Dê um exemplo:

.....
.....
.....

Guia de classificação

Para todas as questões por favor escolha uma das seguintes respostas:

Nada

Um Pouco

Moderada-
mente

Muito

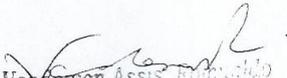
Não
Aplicável

ANEXO 3

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Solicitação de Emenda

- 1 – **Título:**
 "Avaliação do prejuízo cognitivo em pacientes com esquizofrenia e sua relação com marcadores periféricos do sistema endocanabinóide, neurotrofinas e marcadores inflamatórios."
- 2 – **Pesquisador:** João Vinícius Salgado
Titulação: Médico – Doutor
- 3 – **Histórico:**
 Recebimento do projeto pelo CEP – **05 de Julho de 2010.**
 Recebimento do projeto pelo Parecerista – **05 de Julho de 2010.**
 Apresentação do projeto na Reunião do CEP – **08 de Julho de 2010.**
 Envio do relatório ao NEP – **12 de Julho de 2010.**
 Recebimento das Soluções de Pendências pelo CEP – **02 de Agosto de 2010.**
 Envio do relatório final ao NEP – **02 de Agosto de 2010.**
 Recebimento da Solicitação de Emenda pelo CEP – **11 de Outubro de 2010.**
 Envio do relatório ao NEP – **13 de Outubro de 2010.**
- 4 – **Emenda Solicitada**
 A) Inclusão de testes para avaliação de estigma e cognição social – a DISC 12 (Escala de discriminação e estigma na esquizofrenia), a tarefa de insinuação e o teste de reconhecimento facial.
- 5 – **Considerações do CEP**
 A) Trata-se de testes já consagrados na literatura, com baixos riscos ao paciente;
 A inclusão dos testes leva a um refinamento do estudo, maior poder de conclusões;
 As alterações estão devidamente relatadas e apoiadas na literatura científica.
 - Com relação à Emenda solicitada este comitê se manifesta **CIENTE E A FAVOR** das alterações propostas.
 - Os pesquisadores deverão citar quando necessário o parecer de aprovação do CEP-FHEMIG N°034-B/2010.

Belo Horizonte, 13 de Outubro de 2010.


 Vanderson Assis Romualdo
 Coordenador
 Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG

Vanderson Assis Romualdo
Coordenador do CEP-FHEMIG

SI PRO.