

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Daniel Augusto Costa Maldonado**

**Construção da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas  
(ECOFAD)**

Juiz de Fora

2022

**Daniel Augusto Costa Maldonado**

**Construção da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas  
(ECOFAD)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani.

Coorientador: Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Juiz de Fora

2022

**Daniel Augusto Costa Maldonado**

**Construção da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas  
(ECOFAD)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde

Aprovada em 1º setembro de 2021.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani - Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Laisa Marcorela Andreoli Sartes  
Membro Interno

---

Fabián Javier Marín Rueda  
Membro Externo

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Hernán e Izabel, principais incentivadores desta minha escolha em participar de um programa de Pós-Graduação em Psicologia e por acreditarem que o conhecimento e a dedicação aos estudos podem transformar vidas e permitir um olhar diferenciado em relação ao mundo.

Aos meus irmãos, David e José, que mesmo distantes, continuam a me apoiar e acreditar no meu esforço constante na busca por novos conhecimentos e aperfeiçoamentos profissional.

Aos meus avós maternos, Joaquim e Lourdes, que mesmo não estando mais nesta vida, acredito que estariam felizes e orgulhosos por eu estar concluindo mais uma etapa na minha formação acadêmica e pela importância que este trabalho tem na produção científica.

A todos os meus familiares de Portugal e Peru, que são pessoas de grande valor para mim, por serem exemplos de esforço, luta e superação, tornando a vida de todos os meus parentes que aqui estão no Brasil mais proveitosa, alegre e com a certeza de que nesses dois países teremos sempre alguém com quem contar.

À todos os colegas do Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas (CREPEIA), em especial a aluna de iniciação científica Thaís, que contribuiu com parte do desenvolvimento do presente estudo.

Ao professor Dr. Telmo, pela paciência e dedicação ao longo de todas as fases de elaboração desta dissertação. Seus ensinamentos são inestimáveis e tê-lo tido como orientador me permitiu um olhar mais amplo e complexo em relação aos problemas sociais relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, visão esta que somente pude alcançar participando de suas aulas e grupos de estudo.

Ao professor Dr. Leonardo, por ser uma fonte segura de consulta em assuntos concernentes à área de psicometria. Sua participação neste trabalho foi de suma importância para o desenvolvimento parcimonioso e coerente desta pesquisa, com o que tem sido produzido cientificamente na área de construção de instrumentos em Psicologia.

À professora Dra. Pollyanna, por suas precisas revisões e considerações em relação a escrita desta dissertação, bem como pelas suas contribuições teóricas sobre a temática Estigma.

À todos professores do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em especial aqueles que lecionaram algumas das disciplinas que cursei ao longo do Mestrado ou que tive a oportunidade de participar como ouvinte em palestras e seminários.

## RESUMO

O presente trabalho contou com duas revisões sistemáticas de literatura. Na primeira delas foi feita uma busca nas bases de dados PsycNET (APA), Pubmed, Bvs Brasil, Periódicos CAPES, SciELO, e Pepsic obtendo-se o número de 94 artigos envolvendo o tema Estigma de Cortesia em diferentes condições de saúde. Derivado dessa primeira revisão, conduziu-se uma nova revisão sistemática voltada para investigação dos instrumentos utilizados para mensurar esse fenômeno. Ao todo foram detectados 6 escalas e a constatação de que o Estigma de Cortesia possui correlações positivas com depressão, ansiedade, carga do cuidador, *burnout*, conscienciada desvalorização pública e consciência do estigma. Qualidade de vida, suporte social, autoestima, qualidade do cuidado e desajustabilidade social apresentaram correlações negativas. Por último, conduziu-se a construção da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFAD) e um estudo de campo com 86 familiares de usuários de drogas, de modo a se obter os primeiros dados de consistência interna. O instrumento final contém 38 itens divididos nas dimensões cognitiva, afetiva e comportamental e o índice de confiabilidade das subescalas variou com Alfa de Cronbach de 0,81 a 0,89.

**Palavras-chave:** Estigma. Estigma de cortesia. Drogas.

## ABSTRACT

The present work had two systematic literature reviews. In the first one, a search was made in the PsycNET (APA), Pubmed, Bvs Brasil, CAPES, SciELO, and Pepsic databases, obtaining the number of 94 articles involving the theme of Courtesy Stigma in different health conditions. Derived from this first review, a new systematic review was conducted aimed at investigating the instruments used to measure this phenomenon. In all, 6 scales were detected and the finding that the Courtesy Stigma has positive correlations with depression, anxiety, caregiver burden, burnout, awareness of public devaluation and awareness of stigma. Quality of life, social support, self-esteem, quality of care and social desirability showed negative correlations. Finally, we conducted the construction of the Courtesy Stigma Scale among Family Members of Drug Users (ECOFAD) and a field study with 86 family members of drug users, in order to obtain the first data of internal consistency. The final instrument contains 38 items divided into the cognitive, affective and behavioral dimensions and the subscale reliability index varied with Cronbach's alpha from 0.81 to 0.89.

**Keywords:** Stigma. Courtesy stigma. Drugs.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
ARTIGO 1: ESTIGMA DE CORTESIA E CONDIÇÕES DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA .....	13
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 MÉTODO.....	16
3 RESULTADOS .....	17
4 DISCUSSÃO.....	22
4 CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS .....	26
ARTIGO 2: MENSURAÇÃO DO ESTIGMA DE CORTESIA EM CONDIÇÕES DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....	29
INTRODUÇÃO.....	30
2 MÉTODO.....	31
3 RESULTADOS .....	32
3 DISCUSSÃO.....	40
4 CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	41
ARTIGO 3: CONSTRUÇÃO DA ESCALA DE ESTIGMA DE CORTESIA ENTRE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGAS (ECOFAD).....	46
1 INTRODUÇÃO.....	48
2 MÉTODO.....	50
2.1 Etapa 1: Revisão Sistemática da Literatura.....	50
2.2 Etapa 2: Construção dos itens do instrumento.....	51
2.3 Etapa 3: Avaliação de Juízes e aplicação online da escala em uma amostra-piloto de familiares de usuários de drogas .....	52
2.4 Aspectos Éticos.....	53
3 RESULTADOS .....	53
3.1 Resultado da avaliação de juízes.....	53
3.2 Resultado do estudo piloto com familiares de usuários de drogas.....	55
4 DISCUSSÃO.....	58
5 CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS.....	61
2 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	64
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICE A .....	68
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE JUÍZES.....	68
APÊNDICE B.....	69
ESCALA DE ESTIGMA DE CORTESIA ENTRE FAMILIARES DE DROGAS (ECOFAD) .....	69
ANEXO A .....	70
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	70
ANEXO B .....	71
ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PETRÓPOLIS (UCP) .....	71

## LISTA DE FIGURAS

### **Artigo 1: Estigma de Cortesia e Condições de Saúde: revisão sistemática de literatura**

Figura 1 – Fluxograma PRISMA. Procedimentos de identificação e seleção dos artigos incluídos na revisão de literatura.....18

### **Artigo 2: Mensuração do Estigma de Cortesia em Condições de Saúde: revisão sistemática de literatura**

Figura 1 – Fluxograma PRISMA. Procedimentos de identificação e seleção dos estudos incluídos na revisão sistemática.....34

## LISTA DE TABELAS

### **Artigo 1: Estigma de Cortesia e Condições de Saúde: revisão sistemática de literatura**

Tabela 1 – Relação entre a abordagem metodológica/país e o número de artigos encontrados/porcentagem.....	19
Tabela 2 – Relação entre o Público-Alvo e o número de artigos encontrados/porcentagem.....	20
Tabela 3 – Relação entre os contextos abordados e o número de artigos encontrados/porcentagem.....	21
Tabela 4 – Relação entre os instrumentos utilizados e o número de artigos encontrados/porcentagem.....	22

### **Artigo 2: Mensuração do Estigma de Cortesia em Condições de Saúde: revisão sistemática de literatura**

Tabela 1 – Características gerais dos estudos selecionados.....	36
Tabela 2 – Característica da população estudada.....	36
Tabela 3 – Confiabilidade e validade dos instrumentos.....	39

### **Artigo 3: Construção da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFAD)**

Tabela 1 – Coeficiente de Validade de Conteúdo para escrita, clareza e pertinência na dimensão.....	56
Tabela 2 – Caracterização da amostra-piloto.....	56
Tabela 3 – Dimensão Afetiva. Média, desvio-padrão, correlação item total corrigida e Alfa de Cronbach se item retirado.....	57
Tabela 4 – Dimensão Cognitiva. Média, desvio-padrão, correlação item total corrigida e Alfa de Cronbach se item retirado.....	58
Tabela 5 – Dimensão Comportamental. Média, desvio-padrão, correlação item total corrigida e Alfa de Cronbach se item retirado.....	59

## 1 INTRODUÇÃO

O Estigma Social tem sido estudado predominantemente em pessoas com algum tipo de doença mental, sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um problema de saúde público (OMS, 2017). Goffman (1975), um dos autores seminais na área, define o estigma como um atributo profundamente arraigado ao indivíduo tornando-o uma pessoa desacreditada, estragada e diminuída perante a visão dos outros.

Os indivíduos estigmatizados comumente experenciam o isolamento e o sentimento de não pertencimento social derivados das discriminações a eles impostas. (TIKKANEN et al., 2018). Esse fenômeno tem sido documentado em diferentes culturas ao redor do mundo, a exemplo da China e de alguns outros países do continente Asiático, em que as pessoas salvo de estigma relatam uma experiência denominada de *Face Concern* ou *Loss of Face (Mianzi)*, definido como sendo a impossibilidade do sujeito em manter e preservar o seu valor social em um contexto interpessoal. (MAK; CHEN, 2006; MAK; CHEUNG, 2012).

De um ponto de vista da Psicologia Social Cognitiva o estigma pode ser caracterizado como um conjunto de atitudes preconceituosas, estereóticas e comportamentais presentes na estrutura social e que acarretaria perda de *status* e discriminação da pessoa estigmatizada (LINK; PHELAN, 2001; SHEEHAN et al., 2017). Esse modelo foi desenvolvido com base na Psicologia Evolutiva, fundamentado nas teorias de seleção social e natural que explicam as razões das pessoas distinguirem e rotularem as diferenças humanas (WOOD et al., 2016).

Nesse sentido, haveriam crenças culturais dominantes que conectariam a pessoa rotulada a características indesejáveis colocando-a em uma categoria distinta dos demais e ocasionado o seu distanciamento emocional e perda de *status* social. Como mantenedoras dessas crenças tem-se os poderes econômico, social e político que infligem no indivíduo estigmatizado a desaprovação, rejeição, exclusão e discriminação social (LINK et al. 2004).

Corrigan e Watson (2002) partiram inicialmente desse modelo social cognitivista para dividir teoricamente o estigma em dois tipos. O primeiro deles denominado Estigma Público e construído a partir de três componentes: os estereótipos relativos a crenças negativas em relação a determinado grupo, o preconceito como sendo reações emocionais negativas e a discriminação caracterizado como respostas comportamentais moduladas pelos outros dois componentes citados anteriormente. O segundo tipo de estigma proposto por esses autores refere-se ao auto-estigma que assim como o estigma público, também é formada por esses três elementos macrossociais, porém com a diferença de ser o estigma que a pessoa aplica a si mesma.

No que tange ao estigma entendido de um ponto de vista pessoal isto é, do sujeito enquanto alvo de estigma, define-se três categorias: o estigma experimentado, percebido e internalizado. (BROHAN et al., 2010). O primeiro diz respeito a instâncias e situações vividas pelo sujeito em que este foi avaliado como alguém inferior e não aceito socialmente (SCRAMBLER; HOPKINS, 1986); o segundo refere-se a extensão em que a pessoa estigmatizada acredita que os outros a associam com estereótipos negativos (LINK, 1987); o último diz respeito a auto aplicação, desses estereótipos negativos ocasionado prejuízos emocionais e psicológicos (CORRIGAN; WATSON, 2002).

Atualmente, um corpo crescente de pesquisas tem se aprofundado no Estigma de Cortesia, objeto de investigação do presente estudo, e que pode ser definido como sendo fruto de estereótipos, preconceitos e comportamentos discriminatórios que recaem sobre o indivíduo não por causa de seus próprios atributos, mas por estar associado com indivíduos que estão publicamente estigmatizados (TORBET et al., 2019). A internalização desse tipo de estigma tem sido denominado no campo científico de Estigma de Afiliação ou Estigma de Associação e esse processo é verificado, de forma ampla, para os diferentes indivíduos como amigos, vizinhos, familiares e profissionais da saúde que encontram-se associados com o sujeito alvo de estigma direto. (MAK; CHEUNG, 2008).

Em relação ao Estigma Familiar, compreende-se que este se trata de um tipo específico de internalização do Estigma de Cortesia, no sentido de que a pessoa passa a sofrer com prejuízos psicológicas e emocionais, bem como alterações nos campos cognitivos, afetivos e comportamentais (LARSON; CORRIGAN, 2009). Estes prejuízos são relatados em diferentes condições de saúde, a exemplo de familiares de indivíduos com doença de Alzheimer e Transtorno Bipolar, nas quais as pesquisas tem apontado para correlações significativas entre o Estigma de Cortesia e sintomas depressivos (PERLICK et al. 2007; LIU, 2011; ISESELO et al., 2016).

No campo da área de álcool e outras drogas prejuízos decorrentes do Estigma de Cortesia são verificados principalmente no gênero feminino, a exemplo de um estudo específico com companheiras de alcoolistas na Lituânia, na qual as participantes relatam adotar uma postura de isolamento social com o objetivo de encobrir a vergonha de manter um relacionamento com uma pessoa que faz uso abusivo de álcool, e de evitar o julgamento de familiares e da sociedade que as responsabilizam pela situação de dependência do companheiro. (TAMUTIENE; LASLETT, 2016).

No caso específico do Brasil, o primeiro e único Levantamento de Famílias dos Dependentes Químicos (LENAD Famílias) ocorrido no ano de 2013, também tem colaborado

com essa ideia, uma vez que são as mulheres (80%), especialmente as mães (46%) e as esposas (11,2%), as principais responsáveis pelo tratamento do usuário de drogas e também as que mais sofrem com a sobrecarga relacionada ao ato de cuidar (LARANJEIRA et al., 2013).

Posto isso, faz-se necessário uma compressão detalhada do Estigma de Cortesia em familiares de usuários de drogas no contexto social e cultural brasileiro, uma vez que estes não estão isentos de sofrerem os efeitos psicológicos de estarem associados com um parente que faz uso abusivo de drogas. Vale ressaltar, que o adoecimento não se restringe apenas ao indivíduo que faz uso abusivo da droga, mas também se estende em direção ao seu círculo familiar, sendo necessário políticas públicas que considerem o problema do uso abusivo de drogas como sendo multifatorial, e não restrito apenas a figura do usuário de drogas. (BRAUN et al., 2014).

Entende-se ainda que a presença da família no tratamento do usuário de drogas produz benefícios para este, podendo resultar na diminuição do padrão de consumo que ele faz da droga ou o cessar por completo desse uso nos casos em que se tem como meta a abstinência. Somase a isso, o fato de que a participação da família contribui para o fortalecimento dos vínculos sociais do indivíduo que muitas das vezes se encontram fragilizados pelo uso abusivo da droga. (BRAUN et al., 2014).

Em relação aos instrumentos psicológicos que avaliam o estigma no contexto da saúde percebe-se uma escassez de estudos nessa área, seja em relação ao desenvolvimento de novos instrumentos ou na validação de instrumentos que já são utilizados em outros países. Compreende-se que tais instrumentos são componentes importantes do processo de avaliação psicológica na área da saúde e no caso específico do tratamento de usuários de drogas podem servir como forma de mapeamento das diferentes esferas da vida do sujeito como hábitos de vida, relacionamento social e familiar. Além disso, os instrumentos psicológicos são particularmente uteis para se pensar melhores formas de diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos usuários de drogas. (CAPITÃO et al., 2005).

Mediante essas questões o presente trabalho de dissertação se encontra dividido em três etapas. Na primeira delas foi feita uma revisão sistemática de literatura, de modo a investigar as condições de saúde em que o Estigma de Cortesia tem sido estudado. Esse primeiro estudo possibilitou um entendimento amplo e geral do fenômeno e serviu de base para a segunda etapa que consistiu em uma outra revisão sistemática de literatura com o objetivo de detectar os principais instrumentos que tem sido utilizados para mensurar o Estigma de Cortesia ou constructos similares.

Por fim, de posse dessas duas revisões de literatura iniciais, conduziu-se a terceira e última fase da pesquisa, a qual teve como foco a construção da Escala de Estigma de Cortesia

entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFAD), a sua validação de conteúdo por meio de uma comissão de juízes especialistas na área e a sua aplicação *online* em uma amostra-piloto com 86 familiares de usuários de drogas participantes de grupos de mútua ajuda, com vistas a se obter os primeiros indicativos de confiabilidade do instrumento.

## **ARTIGO 1: ESTIGMA DE CORTESIA E CONDIÇÕES DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

Artigo enviado para publicação para a revista Psicologia em Estudo de Maringá, em Fevereiro de 2020.

*Daniel Augusto Costa Maldonao*

*Telmo Mota Ronzani*

*Leonardo Fernandes Martins*

### **RESUMO**

A literatura científica aponta consistentemente que grupos historicamente alvos de estigma social experimentam efeitos deletérios, em diversas esferas da vida. Apesar da sua gravidade e pervasividade, ainda existem lacunas na investigação do tema, como aquela voltada para o Estigma de Cortesia, que é vivenciado por pessoas que possuem vínculos afetivos ou profissionais com o indivíduo estigmatizado. O presente artigo teve como objetivo apresentar o estado da arte sobre Estigma de Cortesia através de uma revisão sistemática de estudos empíricos originais publicados em periódicos revisados por pares e indexados nas principais bases relacionadas ao campo de investigação (PsycNET (APA), Pubmed, Bvs Brasil, Periódicos CAPES, SciELO, e Pepsic). Como palavras-chave para a busca dos resumos, utilizou-se: estigma de cortesia, estigma de afiliação e estigma de associação. Ao todo, 94 textos completos atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Os estudos apontaram que o Estigma de Cortesia tem sido investigado predominantemente entre familiares de pessoas que possuem algum tipo de problema relacionado com sua saúde mental, além de pais de crianças com algum tipo de deficiência.

**Palavras-chave:** Estigma. Estigma de cortesia. Revisão de literatura.

## ABSTRACT

The scientific literature consistently points out that groups historically targeted by social stigma experience deleterious effects in different spheres of life. Despite its gravity and pervasiveness, there are still gaps in the investigation of the topic, such as that focused on the Courtesy Stigma, which is experienced by people who have affective or professional ties with the stigmatized individual. This article aimed to present the state of the art on Courtesy Stigma through a systematic review of original empirical studies published in peer-reviewed journals and indexed in the main databases related to the research field (PsycNET (APA), Pubmed, Bvs Brasil, CAPES, SciELO, and Pepsic journals). As keywords for the search for abstracts, we used: courtesy stigma, affiliate stigma and associative stigma. Altogether, 94 complete texts met the inclusion and exclusion criteria. Studies have shown that the Courtesy Stigma has been investigated predominantly among family members of people who have some type of problem related to their mental health, in addition to parents of children with some type of disability.

**Keywords:** Stigma. Courtesy stigma. Literature review.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a World Health Organization (2001), o estigma social pode ser entendido como uma marca associada com vergonha e/ou desaprovação. Como consequência, pessoas estigmatizadas, ao serem marcadas, passam a integrar um grupo de indivíduos rejeitados, discriminados e excluídos da participação plena em diferentes setores da sociedade. Nessa perspectiva mais ampla, o estigma estaria relacionado com um conjunto de formações estereotípicas, atitudes preconceituosas e comportamentos discriminatórios. Esse processo seria sustentado por uma estrutura social que tende a colocar certos agrupamentos populacionais em posição de domínio e superioridade, em detrimento de outros que passam a ocupar uma posição subjugada. Diversos efeitos deletérios surgem como consequência desta segregação, fazendo com que pessoas estigmatizadas tenham dificuldade de acesso à moradia, emprego, saúde, dentre outros direitos fundamentais (CORRIGAN, 2000; MAK; CHEUNG, 2008).

Erving Goffman (1975), um dos autores seminais na área, define estigma social como um atributo ou marca portado por alguns indivíduos cujo efeito “de descrédito é muito grande, algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem” (GOFFMAN, 1975, p. 6). O fenômeno poderia ainda ser classificado em três tipos de estigma,

relacionados à origem da marca, sendo eles: abominações do corpo, ligada a algum traço físico de deformidade; desvios de caráter, ligada a uma falha moral; tribais de raça, que envolveriam aspectos étnicos, raciais, culturais ou até mesmo de crença religiosa (GOFFMAN, 1975).

Os estudos na área do estigma têm privilegiado as percepções públicas acerca dos agrupamentos da população que são alvo do estigma, bem como os efeitos psicológicos gerados nos indivíduos estigmatizados, incluindo aqueles relativas ao endosso e internalização das avaliações negativas e de descrédito, as quais, por serem compartilhadas culturalmente, passam a ser de domínio público, sendo passíveis de serem endossadas pela pessoa que possui uma marca alvo de estigma, ainda que esta esteja de alguma forma encoberta. (FIFE; WRIGHT, 2000; BAMBAUER; PRIGERSON, 2006; MARK; CHEUNG, 2008). Este processo de internalização traria como consequências para o indivíduo estigmatizado: a diminuição da autoestima, como um dos efeitos da auto avaliação negativa; a intensificação de emoções negativas; além das alterações comportamentais que incluíram o recolhimento social (ostracismo voluntário), assim como a tentativa de encobrir o seu *status* de estigmatizado em situações de interação social. (CORRIGAN; WATSON, 2002).

Um dos grupos que tem sido predominantemente objeto de estudo acerca deste tema, são as pessoas que possuem algum tipo de sofrimento ou prejuízo decorrente de problemas relacionados com a sua saúde mental. A estigmatização dessas pessoas acarreta em maior dificuldade para procurar ajuda, aderir a algum tipo de tratamento, além de impactar no próprio desempenho relacionados à realização de metas pessoais e maior propensão ao abandono de atividades acadêmicas ou vocacionais. (CORRIGAN et al., 2009, CLEMENT et al; 2015). Soma-se a esses prejuízos objetivos o fato de que essas pessoas tenderiam a desenvolver maior sentimento de vergonha, além de consequente diminuição da autoestima. (CORRIGAN; WATSON, 2002; CORRIGAN et al., 2009).

A despeito do avanço em relação às definições teóricas sobre estigma social, do conjunto de evidências empíricas acerca dos efeitos e da identificação de estratégias de intervenções efetivas na sua redução (CORRIGAN et al., 2009; CLEMENT et al., 2015), pouco tem sido estudado a respeito do Estigma de Cortesia, que é experimentado pelas pessoas que possuem vínculos afetivos ou profissionais, convivendo de forma próxima com os indivíduos alvos de estigma. As evidências e sínteses da literatura que guiam os programas de pesquisa e intervenção na área, estão voltadas majoritariamente para a pessoa possuidora da marca, com pouco destaque para as consequências negativas associadas às pessoas vinculadas à primeira. (CORRIGAN; WATSON, 2002; CORRIGAN et al., 2009).

Classicamente, o conceito de Estigma de Cortesia surge para caracterizar o estigma experimentado pela pessoa que “se relaciona com o indivíduo estigmatizado através da estrutura social, uma relação que leva a sociedade mais ampla a considerar ambos como uma só pessoa” (GOFFMAN, 1975, p. 28). De modo mais preciso, é possível considerar que indivíduos que não possuem um atributo depreciativo, mas que convivem com pessoas que o possuem, podem também ser estigmatizados. Este processo implica na decorrente desvalorização ou discriminação em virtude da sua associação com o indivíduo estigmatizado (WONG et al., 2018). Uma característica adicional, é que o Estigma de Cortesia, diferente do estigma social, apresenta uma característica difusa, uma vez que não se limita aos aspectos individuais da pessoa estigmatizada, confirmando, de certo modo o quão pervasivo é este fenômeno (MO et al., 2015).

O fato é que independente da natureza relativa à origem do Estigma de Cortesia, este tem o potencial de produzir efeitos objetivos e danosos na vida das pessoas próximas ao indivíduo estigmatizado, podendo ser tão prejudicial quanto o próprio estigma que recai neste último (WONG et al., 2018). Um elemento agravante dessa situação se encontra no fato de que vítimas de Estigma de Cortesia, a despeito de muitas vezes ocuparem um papel crucial na vida de uma vítima de estigma direto, podem acabar apresentando comportamentos de afastamento social, rompendo vínculos de suporte, na tentativa de esconder seu *status* de conviver ou ajudar uma pessoa que é alvo de estigma. (HANSEN et al., 2018).

Dessa forma, o objetivo do presente artigo é realizar uma revisão sistemática de literatura acerca do conceito Estigma de Cortesia, de modo a apresentar o estado da arte sobre o tema e conhecer quais são os principais avanços na área, assim apresentar lacunas presentes na literatura científica junto da proposta de um programa de investigação na área.

## 2 MÉTODO

O relato desta revisão sistemática de literatura foi realizado com base nas recomendações *Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (GALVÃO et al., 2015), com o objetivo de aumentar a sua reprodutibilidade futura. Para tanto, realizado uma busca bibliográfica envolvendo o conceito Estigma de Cortesia como assunto principal em artigos indexados nas bases de dados PsycNET (APA), Pubmed, Bvs Brasil, Periódicos CAPES, SciELO e Pepsic Psicologia. Utilizou-se as palavras-chave *CourtesyStigma, Affiliate Stigma e Associative Stigma*.

A escolha por essas bases de dados se deu pelo fato de todas elas abarcarem uma quantidade significativa de artigos nas mais diversas áreas de estudo em Psicologia e disciplinas correlatas a saúde. O critério para a escolha das palavras-chaves foi primeiramente verificar se elas estavam presentes nos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e apesar de elas não estarem foi mantida a palavra-chave *Courtesy Stigma* por ser um termo inicialmente utilizado por Goffman (1992-1982), autor canônico na área de estigma, enquanto as palavras-chave *Affiliate Stigma* e *Associative Stigma* foram mantidas pela aproximação conceitual que estabeleciam com a primeira.

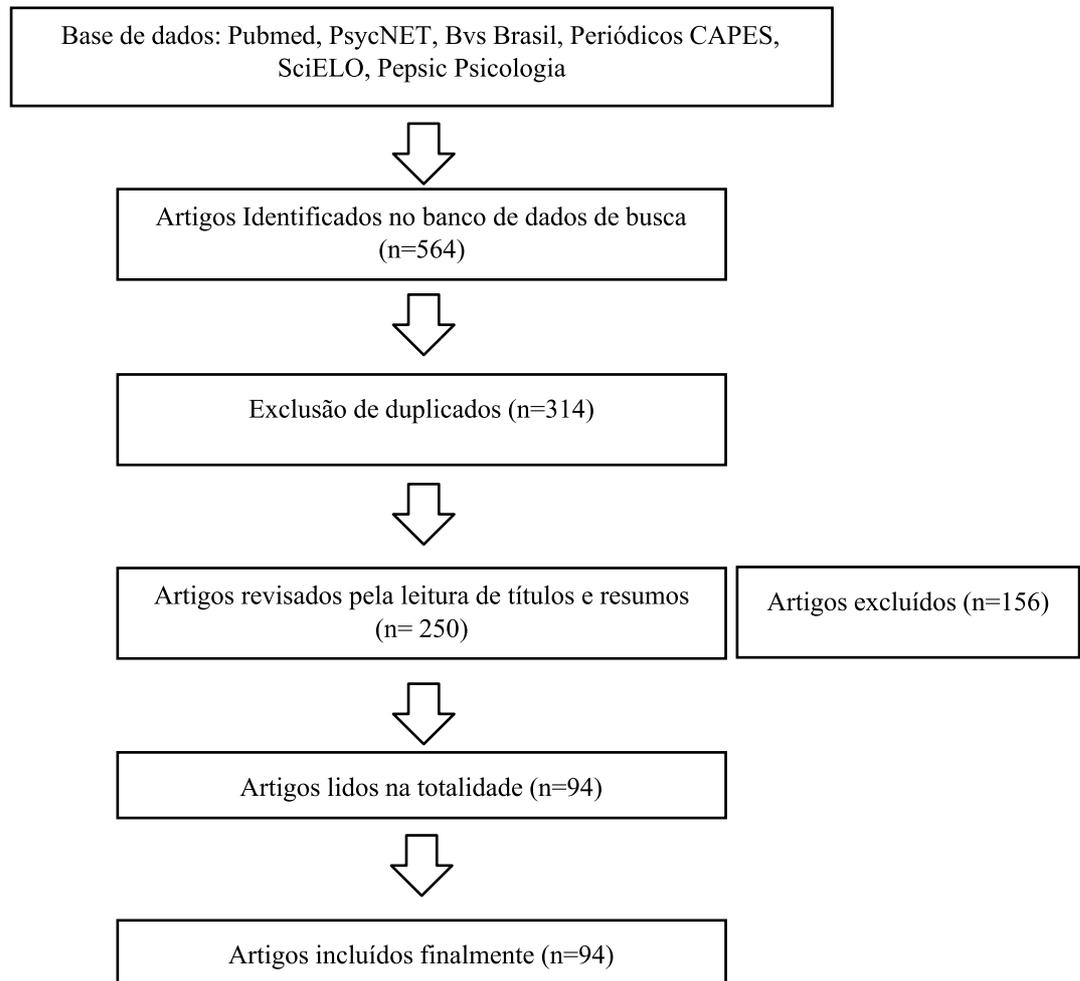
Como critérios de inclusão foram considerados somente artigos publicados nos idiomas Inglês, Português ou Espanhol, que tivessem como tema central o Estigma de Cortesia e que fossem estudos originais e de natureza empírica. Não foi estabelecido um período de tempo em relação ao ano de publicação dos artigos. Os artigos foram incluídos até o ano de 2019.

Primeiramente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos e observado se estes obedeciam aos critérios de inclusão propostos para esta revisão de literatura, de modo que os artigos que não obedeciam a estes critérios eram descartados. Posteriormente, conduziu-se a eliminação dos artigos duplicados e com os artigos restantes foram feitas as leituras na íntegra. Para facilitar o processo de análise dos artigos, foram elaboradas categorias descritivas com base na abordagem metodológica, o país de origem do artigo, o Público-Alvo do Estigma de Cortesia, os contextos abordados, os instrumentos utilizados e o tipo de estudo realizado.

### **3 RESULTADOS**

A busca eletrônica nas bases de dados resultou em um total de 564 resumos, sendo que destes foram eliminados 314 por serem duplicados. Um total de 156 estudos foram eliminados por meio da leitura dos títulos e do conteúdo do resumo, resultando em 94 textos completos que atenderam aos critério de inclusão e que foram lidos na íntegra. (Figura 1).

**Figura 1: Fluxograma PRISMA. Procedimentos de identificação e seleção dos artigos incluídos na revisão de literatura.**



Fonte: elaborado pelos autores.

Considerando a abordagem metodológica, percebe-se um predomínio de artigos que utilizaram uma abordagem quantitativa, correspondendo a 56,4% dos estudos totais incluídos. As abordagens qualitativas corresponderam a 38,3% e apenas uma pequena porcentagem (5,3%) utilizou a abordagem quantitativa e qualitativa de forma integrada. (Tabela 1).

O país com mais artigos publicados foram os Estados Unidos da América (EUA) com 30 publicações (31,9%), seguido da China com 14 artigos (14,9%), Reino Unido com 11 artigos (11,7%), Israel com seis artigos (6,4%) e Índia com cinco (5,3%). Taiwan, Austrália Canadá tiveram quatro estudos publicados cada um e juntos representam 12,8% do total de artigos incluídos. Na categoria Outros, encontram-se os países: Coreia do Sul, Turquia, Marrocos, Bélgica, Alemanha, França, Nigéria, Malásia, Iran, Caribe e Gana. Cada um desses países tiveram apenas um estudo, com exceção da Bélgica com três artigos publicados e Malásia, Alemanha e

Gana com dois artigos publicados. A porcentagem conjunta da categoria Outros corresponde a 17,0%. (Tabela 1).

**Tabela 1. Relação entre a abordagem metodológica/país e o número de artigos encontrados/porcentagem.**

<b>Abordagem metodológica</b>	<b>Artigos encontrados/ (%)</b>
<b>Quantitativo</b>	53/(56,4%)
<b>Qualitativo</b>	36/(38,3%)
<b>Misto</b>	5/(5,3%)
<b>País</b>	
<b>EUA</b>	30/(31,9%)
<b>China</b>	14/(14,9%)
<b>Reino Unido</b>	11/(11,7%)
<b>Israel</b>	6/(6,4%)
<b>Índia</b>	5/(5,3%)
<b>Taiwan, Canadá e Austrália</b>	12/(12,8%)
<b>Outros</b>	16/(17,0%)

Fonte: elaborado pelos autores.

No que diz respeito ao Público-Alvo das pesquisas, tem-se predominantemente os familiares como o principal agrupamento de interesse para o estudo do Estigma de Cortesia, representando 78,7% do total de artigos. Profissionais da saúde mental e profissionais da saúde aparecem logo em seguida, porém em frequências expressivamente menores, representando 9,6% e 5,3% das pesquisas. (Tabela 2)

Os profissionais da saúde mental e profissionais da saúde foram categorizados de forma separada na Tabela 2 pelo fato de alguns artigos trabalharem especificamente o conceito entre profissionais que atuam com pacientes da saúde mental, a exemplo de pessoas com Transtornos Psicóticos e com Transtorno Depressivo Severo, enquanto outros artigos abordarem profissionais que atuam na saúde, porém atendendo pacientes que não se enquadram na categoria de usuários da saúde mental, a exemplo de idosos e crianças com algum tipo de distúrbio não psiquiátrico.

Na categoria Outros, tem-se profissionais de ONGs, estudantes universitários, professores e população geral. No primeiro caso, os artigos abordam o conceito Estigma de Cortesia entre profissionais que trabalham em ONGs que prestam serviços para profissionais do sexo (PHILLIPS et al., 2012). Em relação aos estudantes universitários, esse agrupamento foi utilizado para avaliar casos hipotéticos ou reais envolvendo Estigma de Cortesia. No caso dos professores, o Estigma de Cortesia refere-se ao fato desses profissionais trabalharem em escolas destinadas a alunos especiais e por último à população geral, ou seja, de leitores de uma página da *web* que analisaram um caso real envolvendo Estigma de Cortesia. (Tabela 2).

**Tabela 2. Relação entre o Público-Alvo e o número de artigos encontrados/porcentagem.**

<b>Público-Alvo</b>	<b>Artigos encontrados/ (%)</b>
<b>Familiares</b>	74/(78,7%)
<b>Profissionais da Saúde Mental</b>	9/(9,6%)
<b>Profissionais da Saúde</b>	5/(5,3%)
<b>Outros</b>	6/(6,4%)

Fonte: elaborado pelos autores.

Em relação aos contextos abordados os artigos que estudam o conceito Estigma de Cortesia vinculados a usuários da saúde mental, representam 38,3% dos artigos incluídos. Esta área é estudada considerando principalmente pessoas que prestam cuidados a algum membro da família com algum tipo de transtorno psiquiátrico. Crianças com deficiência aparecem como o segundo contexto mais abordado, representando 25,5% dos artigos incluídos e a maioria desses estudos focam o Estigma de Cortesia entre pais de crianças que possuem algum tipo de deficiência. (Tabela 3).

Outro contexto abordado nos artigos se refere a população portadora do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), representando 8,5% dos estudos incluídos. O Estigma de Cortesia nesses casos resulta de um familiar, a exemplo de: adolescentes soronegativos filhos de mães soropositivos, díades de cuidadores familiares a exemplo da mãe responsável por cuidar do filho com HIV ou a esposa responsável por cuidar do marido com HIV, adolescentes soropositivos filhos de mães soropositivos, os quais experimentam tanto o estigma internalizado, por serem portadores do vírus HIV, quanto o Estigma de Cortesia por serem filhos de mães com HIV. No âmbito conjugal também tem-se o estudo de pessoas soronegativas que estão em um relacionamento íntimo com um parceiro soropositivo e que por essa razão também seriam alvos do Estigma de Cortesia. (Tabela 3).

Pesquisas sobre doenças neurológicas na velhice também representam 8,5% dos artigos incluídos. O Estigma de Cortesia nesse caso é explorado principalmente através de filhos adultos que cuidam de seus progenitores idosos com diagnóstico de Alzheimer. Alguns artigos estabelecem como critério de inclusão que o idoso tenha o diagnóstico de Alzheimer ou algum outro tipo de demência e que os cuidadores sejam o principal cuidador informal, isto é, prestem cuidados emocionais e instrumentais e assistência sem remuneração. (Tabela 3).

Estudos sobre homossexualidade representam 3,2% dos artigos incluídos e o Estigma de Cortesia nesse caso é estudado principalmente entre filhos de pais que se assumiram homossexuais ou em relação a familiares e amigos próximos de pessoas que são homossexuais. (Tabela 3).

O uso álcool e outras drogas também representam 3,2% dos artigos incluídos e o Estigma de Cortesia é estudado entre pais de adolescentes usuários de drogas. O Estigma de Cortesia relacionado aos pais e o descrédito vivenciado por eles na comunidade e instituições, incluindo sistemas escolares, policiais e judiciais é muito semelhante ao Estigma de Cortesia presenciado por pais de adolescentes usuários da saúde mental. (McCANN; LUBMAN, 2017). Ainda nesse contexto de consumo de álcool e outras drogas, um artigo em específico aborda como o álcool afeta as famílias que possuem um “bebedor pesado” enfatizando o Estigma de Cortesia presenciado por filhos que possuem pais que fazem uso abusivo do álcool. (TAMUTIENE; LASLETT, 2016). (Tabela 3).

A categoria Outros aborda o Estigma de Cortesia em diferentes contextos, como: o estigma presenciado por mães de assassinos em massa a exemplo dos massacres escolares ocorridos na região de *Columbine* e na cidade de *Newtown* nos EUA, estigma entre profissionais de saúde que trabalham em instituições de longa permanência destinadas ao cuidado do idoso, o estigma presenciado por professores de escolas especiais, estigma de enfermeiras que realizam abortos, estigma entre pessoas que possuem familiares com hanseníase ou epilepsia eo caso dos profissionais de saúde que trabalharam no surto de Ebola na África no ano de 2014, os quais foram estigmatizados após retornaram aos seus países de origem, devido ao receio por parte da população desses profissionais estarem portando o vírus Ebola. (Tabela 3).

**Tabela 3. Relação entre os contextos abordados e o número de artigos encontrados/ porcentagem**

Contextos Abordados	Artigos encontrados/ (%)
Saúde Mental	36/(38,3%)
Crianças com deficiência	24/(25,5%)
HIV/(AIDS) e Doenças Neurológicas na Velhice	16/(17,0%)
Homossexualidade e Álcool e outras drogas	6/(6,4%)
Outros	12/(12,8%)

Fonte: elaborado pelos autores.

A escala *Affiliate Stigma Scale (ASS)* foi o instrumento mais utilizado para medir o Estigma de Cortesia aparecendo em 28,7% dos artigos incluídos. A mensuração indireta e os estudos de validação representaram juntos 20,2% dos artigos incluídos. O primeiro diz respeito aos estudos que utilizaram diferentes instrumentos de forma integrada para mensurar indiretamente o construto Estigma de Cortesia, visto que tais instrumentos não foram concebidos originalmente para essa finalidade. O segundo refere-se aos estudos que validaram a escala ASS para diferentes países e contextos populacionais. (Tabela 4).

Outras escalas utilizadas foram: *Stigma Scale for Caregivers of People with Mental Illness (CPMI)*, *Clinician Associative Stigma Scale (CASS)* *Parents' Internalized Stigma of Mental Illness (PISMI)*, *Perceived Courtesy Stigma Scale (PCSS)*, *Family Stigma Scale (FSS)* e *Devaluation of Consumer Family Scale*. No caso da CPMI esse instrumento foi utilizado em 4 artigos, a PCSS e a CASS em três artigos, enquanto as demais escalas foram utilizadas em um artigo apenas. (Tabela 4).

Entrevistas, observação e grupo focal foram utilizados em 31,9% do total de artigos incluídos, sendo estas abordagens encontradas principalmente em estudos qualitativos. A categoria Outros refere-se a diferentes técnicas de estudos qualitativos como a análise de conteúdo de publicações de páginas da internet e de material coletado via pesquisa on-line, a qual foi utilizada em quatro artigos e a técnica narrativa utilizada em um artigo apenas. (Tabela 4).

**Tabela 4. Relação entre os instrumentos utilizados e o número de artigos encontrados/ porcentagem**

<b>Instrumentos Utilizados</b>	<b>Artigos encontrados/ (%)</b>
<b>Instrumentos estruturados</b>	59/(62,8%)
<b>Entrevista, observação e grupo focal</b>	30/(31,9%)
<b>Outros</b>	5/(5,3%)

Fonte: elaborado pelos autores

#### **4 DISCUSSÃO**

O Estigma de Cortesia tem sido estudado ao redor do mundo utilizando diferentes contextos e populações alvo, no entanto, há um predomínio de pesquisas que procuram analisá-lo entre familiares de usuários da saúde mental. (OSTMAN; KJELLIN, 2002; CATTHOOR et al., 2015). Essa constatação em relação ao Público-Alvo do Estigma de Cortesia é coerente com a concepção de Goffman (1975), de que o estigma tende a se propagar a partir da pessoa que é alvo central do estigma. Para este autor o estigma se espalha em “ondas de intensidade decrescente”, o que significa dizer que o indivíduo estigmatizado seria como o “epicentro” de todo o estigma conferido a ele pela sociedade, uma vez que ele carrega traços e características vistos como socialmente deletérios. (OSTMAN; KJELLIN, 2002; CATTHOOR et al., 2015).

Dessa forma, o indivíduo estigmatizado na qualidade de “epicentro” do estigma, tenderia a espalhar certa carga de estigma em direção as pessoas do seu convívio, de modo que as pessoas

mais próximas a ele receberiam maior carga de estigma, enquanto os indivíduos mais afastados receberiam menores níveis. Por essa lógica, é de se esperar que as pessoas mais próximas do indivíduo estigmatizado, a exemplo dos familiares, os quais geralmente possuem um contato direto e maior convívio com o indivíduo estigmatizado, tenderiam a ser um agrupamento mais representativo do construto Estigma de Cortesia em comparação aos profissionais da saúde mental que apesar de também serem alvos, se situam em uma camada mais periférica. (LARSON; CORRIGAN, 2008; CATTHOOR et al., 2015).

Uma população alvo bastante comum encontrada nos artigos são os pais responsáveis por cuidar de filhos com Esquizofrenia e como o Estigma de Cortesia afeta os diferentes domínios da vida dessas pessoas. O domínio afetivo é um deles e tem apontado para sentimentos de desamparo, de sentir-se emocionalmente perturbado ou de estar sobre grande pressão por ter um familiar com doença mental. Alterações no domínio comportamental também são frequentes como resultado para tentar lidar com a culpa e vergonha associados a um familiar com Esquizofrenia e são manifestados em manter um perfil mais discreto perante a sociedade, evitar sair e conversar com esse parente. Por fim, o domínio cognitivo também sofre modificações na medida que esses familiares começam a se questionar a sua posição na sociedade, derivado também das discriminações presenciados por eles em diferentes espaços públicos. (WONG et al., 2018).

Alguns estudos com pais de crianças com doença mental severa demonstram que o Estigma de Cortesia produz efeitos danosos na vida dessas pessoas e que estes são semelhantes aos efeitos que recaem no próprio indivíduo estigmatizado, de modo que pais e filhos seriam afetados com base principalmente em três fatores: o endosso dos estereótipos sociais negativos em relação as pessoas com doença mental, o retraimento social e a alienação como forma de tentar evitar o desconforto e julgamento social e a percepção de que não são membros plenos da sociedade em virtude das experiências de discriminação e desvalorização (ZISMAN-ILANI et al., 2013).

Do ponto de vista dos fatores preditivos relacionados ao Estigma de Cortesia, um estudo em específico realizado na Nigéria com familiares de pessoas com doença mental crônica, aponta que os efeitos negativos desse tipo de estigma, a exemplo do aumento da carga de cuidador, estariam intimamente ligados com as variáveis: níveis de escolaridade e renda, localização residencial, no sentido das famílias estarem localizadas na zona rural ou urbana e mais afastadas ou próximas de um posto de saúde, grau de severidade da doença, relacionamento entre o cuidador e o familiar e o número de membros da família. (OLANGUNDOYE et al., 2017).

Outro dado em relação ao contexto da saúde mental diz respeito aos estudos que comparam a intensidade do Estigma de Cortesia vivenciado por familiares de pessoas com diferentes Transtornos Psiquiátricos. Estes estudos mostram que familiares de indivíduos com Esquizofrenia tendem a apresentar doses mais elevadas de Estigma de Cortesia se comparados a familiares de indivíduos com Transtorno Bipolar e Depressão. Sendo assim, parentes de pessoas com Esquizofrenia apresentariam maior ônus social, carga emocional e carga de cuidador, esta última relacionada ao fardo dispendido nos cuidados com esse parente. Além disso, esses familiares também teriam maior diminuição da autoestima, aumento da ansiedade e quadros de depressão mais severos. (CHANG et al., 2017). Nesse sentido, também é verificável que o Estigma de Cortesia entre pais de indivíduos psicóticos é mais intenso se comparados com pais de indivíduos com transtorno de humor e de ansiedade. (BARON et al., 2018).

As pesquisas com mães de crianças com paralisia cerebral demonstram que o Estigma de Cortesia vivenciado na dimensão subjetiva é tão determinante para o sofrimento materno quanto as cargas objetivas relacionados com as dificuldades e exaustões presentes no próprio ato de cuidar. Nesse sentido, a percepção por parte das mães da discriminação pública em relação as pessoas com deficiência entrariam como um exemplo de carga subjetiva que aumentaria o sofrimento materno. (GREEN, 2003).

Em relação as pesquisas envolvendo crianças com problemas de desenvolvimento e aprendizagem a exemplo do Transtorno do Espectro Autista e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), tem-se um estudo especificamente sobre Estigma de Cortesia entre mães chinesas de crianças diagnosticadas com Autismo, o qual verifica que elas tenderiam a apresentar maior quantidade de sintomas depressivos (ZHOU et al., 2018). No caso do TDAH o Estigma de Cortesia é verificado em especial no ambiente escolar, onde os pais são identificados como os responsáveis pelo “estudante problema”, sendo aumentado os sentimentos de culpa devido a atribuição do cuidado parental ruim. (KORO-LJUNGBERG; BUSSING, 2009).

No campo das doenças neurológicas na velhice, é significativo os estudos que abordam os diferentes tipos de demência, a exemplo da doença de Alzheimer. O Estigma de Cortesia nesses casos é estudado principalmente no impacto que acarreta nos cuidadores que possuem algum familiar com diagnóstico de Alzheimer, de modo que este impacto é traduzido em alterações nos atributos cognitivos a exemplo da percepção de estar sendo negligente nos cuidados, nas reações emocionais, como emoções negativas de raiva, medo e vergonha e

comportamento como a ocultação de ter um membro da família com Alzheimer, isolamento e falha em procurar ajuda. (ABOJABEL; WERNER, 2016).

Estudos comparando os efeitos gerados entre diferentes tipos de estigma, entre eles o Estigma de Cortesia, apontam para achados como é o caso de adolescentes filhos de mães com HIV e que também são portadores do mesmo vírus. Neste caso o estigma internalizado pelo adolescente por ser portador do vírus HIV em conjunto com o Estigma de Cortesia por ser filho de uma mãe com HIV contribuem para o aumento do risco de Depressão. Por outro lado, o Estigma de Cortesia, analisado como um fator isolado, não somente contribui para o aumento do risco de Depressão como também para o aumento do risco de uso de substâncias psicoativas. (EARNSHAW et al., 2018).

A revisão de literatura também demonstrou que alguns estudos trabalham o Estigma de Cortesia como um conceito distinto do estigma de afiliação ou associação, estes dois últimos entendidos como sendo muito próximos, porém o primeiro é mais utilizado para se referir a indivíduos que prestam cuidados a algum familiar com a marca estigmática e o segundo para profissionais da saúde que atendem pessoas que também são alvos de estigma.

Dessa forma, o estigma de afiliação ou associação corresponderiam a internalização do Estigma de Cortesia público, sendo portanto resultado da auto-estigmatização por aqueles associados a pessoas estigmatizada. Um exemplo seria o estigma familiar, entendido como um tipo de estigma de afiliação, na medida em que os familiares internalizam o Estigma de Cortesia público em relação a deficiência de um determinado membro da família. (MAK; CHEUNG, 2008).

Por essa lógica, o Estigma de Cortesia estaria voltado para uma dimensão social ou pela forma com que o domínio público estigmatiza não somente o indivíduo com a marca estigmática, como também as pessoas que estão associadas a ela. Sendo assim, o Estigma de Cortesia se torna de fato um problema quando ele passa a ser estigma de afiliação ou associação, isto é, quando as pessoas associadas ao indivíduo estigmatizado passam a internalizar o Estigma de Cortesia público, como ocorre com os casos predominantemente encontrados nesta revisão acerca de familiares de pacientes da saúde mental. (MAK; CHEUNG, 2008).

#### **4 CONCLUSÃO**

O Estigma de Cortesia tem sido estudado predominantemente entre familiares de pacientes usuários da saúde mental e pais de crianças com algum tipo de deficiência. Outros agrupamentos como profissionais da saúde mental e profissionais da saúde em geral também

tem sido alvo de estudo acerca do construto Estigma de Cortesia, porém em frequências significativamente menores.

Há uma carência de pesquisas voltadas para o estudo do Estigma de Cortesia em grupos específicos como os usuários de álcool em outras drogas, os quais aparecem em apenas três artigos dos 94 artigos finais incluídos nesta revisão. Também chama a atenção a concentração dos estudos em países específicos, como nos EUA e em países do continente asiático.

As pesquisas sobre o Estigma de Cortesia também tem apontado para as inúmeras variáveis da vida indivíduo que são afetadas indo desde problemas emocionais até alterações afetivas, cognitivas e comportamentais. Por outro lado, há uma escassez de estudos voltados para a intervenção e redução do Estigma de Cortesia, mesmo sabendo-se dos efeitos prejudiciais que esse tipo de estigma causa na vida das pessoas.

Dessa forma, há uma maior necessidade de estudos que priorizem analisar estratégias para redução do Estigma de Cortesia nos diferentes segmentos da população, visto que já se tem uma quantidade considerável de estudos que focam nas variáveis da vida dos indivíduos que são afetadas por ele. Nesse sentido, seria importante pesquisas que intervissem tanto na população estigmatizada, quanto na população que estigmatiza de modo a propor mecanismos que atenuassem os efeitos nocivos do estigma e no caso específico do Estigma de Cortesia intervenções desse tipo se tornam ainda mais sutis, justamente por ser um estigma que não recai diretamente na pessoa, mas sim como um produto dela estar associada com um indivíduo estigmatizado

## REFERÊNCIAS

- Abojabel H, & Werner P (2016). Exploring Family stigma among caregivers of persons with Alzheimer's disease: The experience of Israeli-Arab caregivers. *Dementia*, 18(1), 391-408. <https://doi.org/10.1177/1471301216673920>
- Bambauer KZ, & Prigerson HG (2006). The Stigma Receptivity Scale and its Association with Mental Health Service Use among Bereaved Older Adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 139-141. <https://doi.org/10.1097/01.nmd0000198200.20936.03>
- Baron J, Salvador M, & Loewy R (2018). Experience of associative stigma in parents of adolescents at risk of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 761-766. <https://doi.org/10.1111/eip.12555>
- Catthoor K, Schrijvers D, Hutsebaut J, Freesntra D, Persoons P, De Hert M et al. (2015). Associative stigma in family members of psychotic patients in Flanders: an exploratory study. *World J. Psychiatry*, 5(1), 118-125.

- Chang CC, Yen CF, Jang FL, Su JA, & Lin CY (2017). Comparing Affiliate Stigma between Family Caregivers of People with Different Severe Mental Illness in Taiwan. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 542-549. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000671>
- Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, & Thornicroft G (2015). What is the impact of mental health related stigma on help seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>.
- Corrigan PW (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology Science and Practice*, 7(1), 48-67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>.
- Corrigan PW, Larson J E, & Rusch, N (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81.
- Corrigan PW, & Watson AC (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9(1), 35-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Earnshaw VA, Kidman RC, & Violari, A (2018). Stigma, Depression, and Substance Use Problems Among perinatally HIV Infected Youth in South Africa. *AIDS and Behavior*, 22(12), 3892-3896. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2201-7>
- Fife BL, & Wright ER (2000). The Dimensionality of Stigma. A Comparison of its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 50-67. <https://doi.org/10.2307/2676360>
- Galvão TF, Pansani, TSA, & Harrad D (2015). Principais itens para relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises. A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Goffman E (1975). Estigma: notas sobre a Manipulação da identidade deteriorada. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC.
- Green SE (2003). “What do you mean ‘what’s wrong with her?’”. Stigma and the lives of families of children with disabilities. *Social Science & Medicine* (1982), 57(8), 1361-1374. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00511-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00511-7).
- Hansen B, Szaflarski M, Bebin EM, & Szaflarski JP (2018). Affiliate stigma and caregiver burden in intractable epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 85, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.05.028>.
- Koro-Ljungberg, M., & Bussing, R. (2009). The Management of Courtesy Stigma in the Lives of Families With Teenagers With ADHD. *Journal of Family Issues*, 30(9), 1175–1200. <https://doi.org/10.1177/0192513X09333707>
- Larson JE, Corrigan P (2008). The Stigma of families with mental illness. *Acad Psychiatry*, 32(2), 87-91.
- Mak WWS, & Cheung RYM (2008) Affiliate Stigma among Caregivers of People with Intellectual Disability or Mental Illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(6), 532-545. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00426.x>

- McCann TV, & Lubman DI (2017) Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 693-701. <https://doi.org/10.1111/inm.12355>
- Mo PKH, Lau JTF, Yu X, & Gu J (2015) A Model of Associative Stigma on Depression and Anxiety among Children of HIV- Infected Parents in China. *AIDS and Behavior*, 19(1), 50-59. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0809-9>
- Olagundoye O, Akhjemokhan V, & Alugo M (2017) Towards caring for caregivers: Assessing the burden of care and experience of associative stigma among caregivers of patients with chronic mental illnesses at a mental healthcare facility in Lagos Metropolis, Nigeria. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2, 149-155. <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2016.67124>
- Ostman M, Kjellin L (2002) Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J. Psychiatry*, 181(6), 494-498.
- Phillips R, & Benoit C (2012) Exploring stigma by association among front-line care providers serving sex workers. *Healthcare Policy = Politiques de Sante*, 9(Spec Issue), 139-151.
- Tamutiene I, & Laslett AM (2016) Associative stigma and others harms in a sample of families of heavy drinkers in Lithuania. *Journal of Substance Use*, 22(4), 425-433. <https://doi.org/10.1080/14659891.2016.1232760>
- Wong YLI, Kong D, Tu L, & Frasso R (2018) My bitterness is deeper than the ocean. Understanding internalized stigma from the perspectives of persons with schizophrenia and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0192-4>.
- World Health Organization (2001) *The World Health Report Mental Health: New Understanding*. World Health Organization. New hope. Geneva.
- Zhou T, Wang Y, & Yi C (2018) Affiliate Stigma and depression in caregivers of children with Autism Spectrum Disorders in China: Effects of self-esteem, shame and family functioning. *Psychiatry Research*, 264, 260-265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.071>.
- Zisman-Ilani Y, Levy-Frank I, Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Mashiac-Eizenberg M, & Rose D (2013) Measuring the Internalized Stigma of Parents of Persons with a Serious Mental Illness: The Factor Structure of the Parents' Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 183-187. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182845d00>.

## **ARTIGO 2: MENSURAÇÃO DO ESTIGMA DE CORTESIA EM CONDIÇÕES DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.**

Artigo enviado para publicação para a revista Teoria e Prática – Mackenzie em Dezembro de 2020.

*Daniel Augusto Costa Maldonado*

*Tháís Soares Pereira*

*Telmo Mora Ronzani*

*Leonardo Fernandes Martins*

### **RESUMO**

O presente artigo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura a respeito dos instrumentos utilizados para mensurar estigma de cortesia, nas bases de dados relacionadas ao campo de investigação (*Psycnet American Psychological Association, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Biblioteca Virtual em Saúde Brasil, Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Scientific Electronic Library Online e Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia*), utilizando-se os descritores *Courtesy Stigma, Affiliate Stigma e Associative Stigma*. Foram recuperados 564 artigos e, após serem avaliados os critérios de exclusão, dez foram selecionados. Notaram-se correlações positivas entre estigma de cortesia e depressão, ansiedade, carga do cuidador, *burnout*, consciência da desvalorização pública e consciência do estigma. Qualidade de vida, suporte social, autoestima, qualidade do cuidado e desajustabilidade social apresentaram correlações negativas com o constructo estudado. O estudo apontou que questões relacionadas ao gênero e à cultura exercem influência na forma com que o estigma é experienciado pelos cuidadores.

**Palavras-chave:** estigma social, psicométrica, cuidadores, família, revisão sistemática.

## ABSTRACT

This article aimed to conduct a literature review and respect the instruments used to measure the stigma of courtesy, in the databases related to the field of investigation (American Psychological Association of Psycnet, System of Analysis and Recovery of Medical Literature Online, Library Virtual Health in Brazil, Periodic Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel, Online Electronic Scientific Library and Portal of Electronic Periodicals in Psychology), using the descriptors Courtesy Stigma, Affiliate Stigma and Associative Stigma. 564 articles were retrieved and, after the exclusion criteria were evaluated, 10 were selected. Positive correlations were noted between courtesy stigma and depression, anxiety, caregiver burden, burnout, awareness of public devaluation and awareness of stigma. Quality of life, social support, self-esteem, quality of care and social desirability, negative correlations with the study studied. The study pointed out that issues related to gender and culture influence the way in which stigma is experienced by caregivers.

**Keywords:** Social stigma. Psychometrics. Caregivers. Family. systematic review.

## INTRODUÇÃO

De acordo com Erving Goffman (1875), o estigma social trata-se de uma marca ou diferenciação que coloca o indivíduo em uma posição de inferioridade quando comparado à grupos hegemônicos. Nesse sentido, têm-se que tal marca é um atributo depreciativo que, ao reforçar o ideal de superioridade do caráter normativo, provoca a desumanização e exclusão social da pessoa estigmatizada. Nesse âmbito, observa-se que, dependendo de sua origem, o estigma pode ser classificado de três maneiras: abominações do corpo, quando existe algum tipo de deformidade física; culpas de caráter individual, relacionadas à falha moral; e tribais de raça, nação e religião, as quais se referem à questões culturais (GOFFMAN, 1975).

A construção social do estigma se dá através do reconhecimento e consequente desvalorização de uma diferença ou marca portada pelo sujeito. Dessa forma, o estigma social ou público provém da ideia do outro em relação à pessoa estigmatizada, de modo que quando o sujeito marcado toma consciência a respeito dessa percepção pública e passa, então, a concordar com essa visão negativa e aplicá-la a si próprio, têm-se uma situação de estigma internalizado (RONZANI et al., 2017). Ainda nessa perspectiva, observa-se que a internalização dessa diferenciação pode estar associada à prejuízos para esse indivíduo, como diminuição da

autoestima, intensificação de emoções negativas e retraimento social (MALAGODI et al., 2019).

Pesquisas recentes (HUANG et al., 2016; McCANN; LUBMAN, 2017) têm investigado a forma com que o estigma social interfere na vida de pessoas que convivem diretamente com sujeitos que recebem essa marca, como é o caso de familiares e profissionais da saúde. Esse processo de estigmatização se dá quando o familiar ou cuidador, ao ser associado a esse indivíduo, passa a experienciar situações de sofrimento e prejuízo à sua saúde física e mental.

Mak e Cheung (2008) observaram que a internalização dessa visão negativa por cuidadores de indivíduos com deficiência intelectual ou doença mental está fortemente associada a uma maior carga subjetiva relacionada ao ato de cuidar e negativismo em relação a esse processo, além de um aumento na percepção de inferioridade e do retraimento social desses indivíduos. Assim, pode-se dizer que o estigma de cortesia resulta das percepções sociais negativas em relação à interação entre o sujeito marcado e pessoas próximas, enquanto o estigma de afiliação corresponderia a internalização dessas impressões (MAK; CHEUNG, 2008).

Sendo assim, faz-se necessário o desenvolvimento e a adaptação de escalas que tenham como intuito mensurar o estigma de cortesia e sua internalização em familiares de pessoas que recebem algum tipo de marca depreciativa, bem como em profissionais cujo trabalho está diretamente relacionado ao cuidado à saúde desses indivíduos. Assim, o presente artigo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca dos estigmas de cortesia e de afiliação, com foco na validação dos instrumentos utilizados para mensurar esses constructos. A análise do estado da arte visa estabelecer um ponto de partida para pesquisas futuras.

## 2 MÉTODO

O relato desta revisão sistemática de literatura foi realizado com base nas recomendações *Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (GALVÃO et al., 2015), com o objetivo de aumentar a sua reprodutibilidade futura. Para tanto, efetuou-se uma busca bibliográfica envolvendo o conceito Estigma de Cortesia como assunto principal em artigos indexados nas bases de dados PsycNET (APA), Pubmed, Bvs Brasil, Periódicos CAPES, SciELO e Pepsic Psicologia. Utilizaram-se as palavras-chave *Courtesy Stigma*, *Affiliate Stigma* e *Associative Stigma*.

A escolha por essas bases de dados se deu pelo fato de todas serem reconhecidas nas áreas da saúde e na publicação de estudos baseados em evidências e em avaliação por pares.

Apesar das palavras-chaves utilizadas não constarem nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), o critério para as suas seleções foi com base primeiramente na palavra-chave *Courtesy Stigma*, mantida por ser um termo inicialmente utilizado por Goffman (1975), autor canônico na área de estigma, enquanto as palavras-chave *Affiliate Stigma* e *Associative Stigma* foram posteriormente utilizadas pela aproximação conceitual que estabelecem com a primeira e por também serem termos comumente encontrados nos artigos.

No que se refere aos operadores booleanos utilizados no processo de busca, optou-se apenas pelo operador AND, sendo o procedimento de digitação nos endereços eletrônicos de todas as bases feito da seguinte forma: “Courtesy” AND “Stigma”, “Associative” AND “Stigma” e “Affiliate” AND “Stigma”. No caso do Portal de Periódicos da CAPES não foi selecionada nenhuma base de dados em específico dentre as que integram o seu acervo, uma vez que se procurou ampliar o processo de rastreio de artigos relativos ao tema.

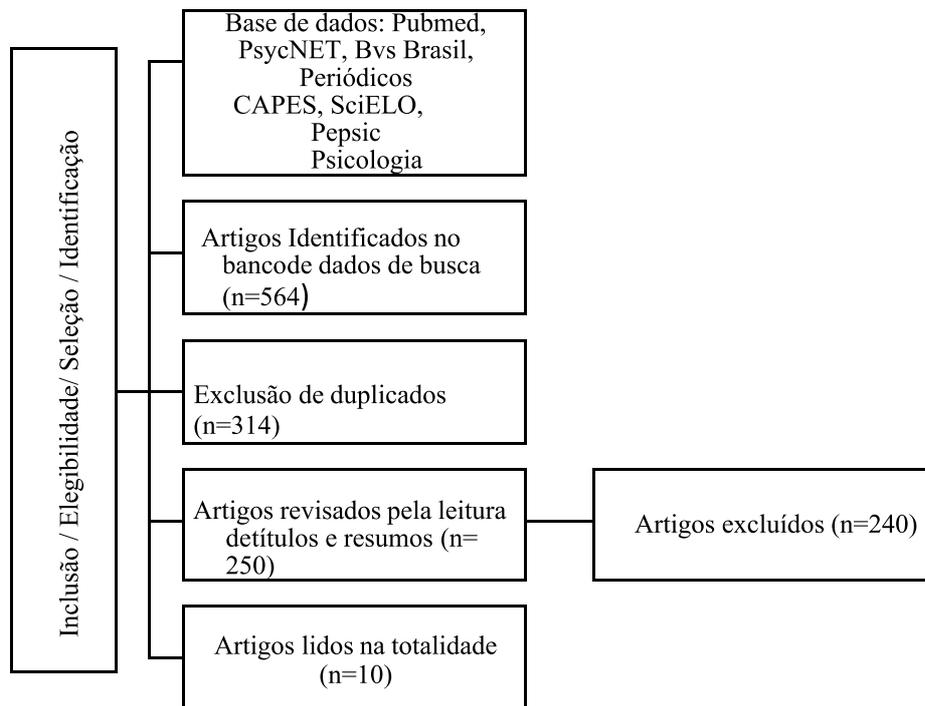
Como critérios de inclusão foram considerados somente artigos publicados nos idiomas Inglês, Português ou Espanhol, que tivessem como tema central o Estigma de Cortesia e que fossem estudos originais, de natureza empírica, que analisassem as propriedades psicométricas de instrumentos que mensuram o Estigma de Cortesia ou constructos similares. Não foi estabelecido um período de tempo em relação ao ano de publicação dos artigos. Os artigos foram incluídos até o ano de 2019.

Primeiramente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos artigos e observou-se se estes obedeciam aos critérios de inclusão propostos para esta revisão de literatura, de modo que os artigos que não obedeciam a tais critérios foram descartados. Posteriormente, conduziu-se a eliminação dos artigos duplicados e com os artigos restantes foram feitas as leituras na íntegra. Para facilitar o processo de análise dos artigos, foram elaboradas categorias descritivas com base na população estudada, condição das pessoas que necessitam de cuidados, nome do instrumento utilizado, ausência ou presença de tradução, tamanho da amostra, número de itens e de fatores desses instrumentos e tipos de validade e fidedignidade empregados na pesquisa.

### **3 RESULTADOS**

A busca eletrônica nas bases de dados resultou em um total de 564 resumos, sendo que destes foram eliminados 314 por serem duplicados. Um total de 240 estudos foram excluídos após a leitura dos títulos e do conteúdo do resumo, resultando em dez textos completos que atenderam aos critérios de inclusão e que foram lidos na íntegra. (Figura 1).

**Figura 1: Fluxograma PRISMA. Procedimentos de identificação e seleção dos estudos incluídos na revisão sistemática.**



Fonte: elaborado pelos autores.

Entre os dez estudos selecionados, foram detectados ao todo seis instrumentos que mensuram o constructo Estigma de Cortesia ou a internalização desse tipo de estigma, denominada Estigma de Afiliação, no caso de familiares e pessoas próximas que convivem com o indivíduo estigmatizado, ou Estigma de Associação, quando se trata de profissionais da saúde, sendo eles: *Affiliate Stigma Scale (ASS)*; *Clinician Associative Stigma Scale (CASS)*; *Chinese Courtesy Stigma Scales (CCSS)*; *Parents' Internalized Stigma of Mental Illness (PISMI)*; *Lesbian, Gay, Bisexual Affiliate Stigma Measure (LGB-ASM)*; *Affiliate Stigma Scale-Malay (ASS-M)*.

A ASS (MAK; CHEUNG, 2008) é um instrumento desenvolvido na China e utiliza como amostra familiares de indivíduos com algum tipo de doença mental ou deficiência intelectual, sendo que os seus dados tem apresentado boa estabilidade e validade para esses agrupamentos (SAFFARI et al., 2019).

A CASS (YANOS et al., 2017), escala desenvolvida recentemente com profissionais da saúde mental nos Estados Unidos da América (EUA), mensura o estigma associativo desses profissionais com pessoas que necessitam de cuidados nessa área, tendo demonstrado boa consistência interna e validade convergente com outros indicadores de estigma (YANOS et al., 2017).

A CCSS (LIU et al., 2014) possui como foco o estigma vivenciado por familiares e cuidadores de pessoas portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O estudo que

originou essa escala parte do princípio que pessoas soro negativas também podem vivenciar certo grau de estigma, na medida em que se encontram associadas com pessoas soropositivas.

A PISMI (ZISMAN-ILANI et al., 2013), escala elaborada com base na escala Interanlized Stigma of Mental Illness (ISMI) (RITSHER et al., 2003), parte da ponderação de que familiares de pessoas com doenças mentais severas também podem ser alvo de estigma. Sendo assim, a elaboração da PISMI teve como premissa apresentar a mesma estrutura fatorial da ISMI.

A LBG-ASM (ROBINSON; BREWSTER, 2016) foi desenvolvida visando compreender o impacto emocional e psicológico do estigma entre familiares e amigos próximos de pessoas lésbicas, bissexuais e gays (LGB) e, dessa forma, propor iniciativas que as ofereçam maior suporte. Por fim, tem-se a escala ASS-M (YUN et al., 2018), que foi elaborada para o contexto da população que reside na Malásia e tem como base a ASS citada anteriormente.

Em relação a algumas características gerais dos estudos incluídos, tem-se que as amostras utilizadas variaram entre um mínimo de cento e oitenta pessoas e um máximo de 649 pessoas, enquanto o número de itens presentes nas escalas teve um mínimo de doze e um máximo de vinte e dois itens. No que diz respeito ao número de fatores, boa parte das escalas são compostas por três fatores, com exceção das escalas CASS e ASS-M, que apresentam quatro fatores cada e a escala CCSS, com dois fatores apenas. (Tabela 1).

Alguns estudos utilizaram versões traduzidas dos instrumentos para os idiomas persa, chinês, hebraico, árabe e malaio. Nesses estudos adotou-se a técnica de tradução para o idioma de interesse da pesquisa e retro tradução para o idioma original, que em todos os casos foi o inglês. No caso específico da escala ASS, sabe-se que esse instrumento já foi traduzido para sete idiomas: chinês (MAK; CHEUNG, 2008), urdu (FARZAND; ABID, 2013), hebraico (WERNER; SHULMAN, 2015), hindi (BANGA; GHOSH, 2017), persa (DENAHI et al., 2011), malaio (YUN et al., 2018) e amárica (HAILEMARIAM, 2015). (Tabela 1).

Em relação às características da população estudada, oito entre os dez estudos selecionados consideraram familiares e pessoas próximas como sendo os principais alvos do Estigma de Cortesia, enquanto apenas dois estudos abordaram profissionais da saúde mental. No que diz respeito aos contextos abordados nas pesquisas, metade refere-se à doença mental, seguido de demência em dois dos estudos. Já as temáticas de pessoas com doença mental ou deficiência intelectual, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pessoas Lésbicas, Bissexuais e Gays (LGB), apareceram em um estudo cada (Tabela 2).

**Tabela 1. Características gerais dos estudos selecionados.**

Referências	Instrumento	País/Idioma	Tradução	Amostra	Itens	Fatores
Saffari M. et al.(2019)	ASS	Irã/Inglês	P/ Persa	541	22	3
Mak, W. W. S. & Cheung R.Y.M(2008)	ASS	China/Inglês	P/ Chinês	318	22	3
Lin, X. et al. (2018)	CASS	China/Inglês	P/Chinês	649	19	4
Yanos P.T. et al.(2017)	CASS	EUA/Inglês	N/D	472	18	4
Liu, H. et al. (2014)	CCSS	EUA/Inglês	P/Chinês	512	22	2
Zismani-Ilani, L. et al. (2013)	PISMI	Israel/Inglês	P/Hebraico e Árabe	180	12	3
Cheng-Chang, C. et al. (2015)	ASS	Taiwan/Inglês	N/D	453	22	3
Robinson M. A. & Brewster M. E.(2015)	LGB-ASM	EUA/Inglês	N/D	572	17	3
Chang, C. C. et al.(2016)	ASS	Taiwan/Inglês	N/D	271	22	3
Yun, Y.S. et al. (2018)	ASS-M	Malásia/Inglês	P/Malaio	372	21	4

Affiliate Stigma Scale (ASS); Clinician Associative Stigma Scale (CASS); Chinese Courtesy Stigma Scales (CCSS); Parents' Internalized Stigma of Mental Illness (PISMI); Lesbian, Gay, Bisexual Affiliate Stigma Measure (LGB-ASM); Affiliate Stigma Scale-Malay (ASS-M).

Fonte: elaborado pelos autores.

**Tabela 2. Característica da população estudada.**

Pessoas que prestam cuidado	Nº/ (%)
Familiares	5/(50%)
Familiares e pessoas próximas	3/(30%)
Profissionais da saúde mental	2/(20%)
<b>Condição da pessoa que necessita de cuidado</b>	
Doença mental	5/(50%)
Demência	2/(20%)
Doença mental ou deficiência intelectual	1/(10%)
HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)	1/(10%)
Pessoas LGB	1/(10%)

Fonte: elaborado pelos autores.

No que tange a confiabilidade dos instrumentos, foram considerados os valores do *Alfa de Cronbach*, tanto para as escalas como um todo, quanto para as suas respectivas dimensões, sendo estabelecido que valores superiores a 0,7 correspondem a um bom indicativo de consistência interna (SOUZA et al., 2017). Em quase todos os estudos os valores de alfa foram acima de 0,7, com exceção de um, realizado com a escala CASS, em que a dimensão Estereótipo Sobre a Saúde Mental do Profissional (ESMP) apresentou alfa de 0,68, e outro, com a escala PISMI, no qual as dimensões Retirada Social (RS) e Alienação (AL) apresentaram alfa de 0,65 e 0,61, respectivamente. Vale destacar, ainda, que três estudos informaram apenas os valores de alfa referentes às dimensões da escala, e não o alfa geral do instrumento. (Tabela 3).

Quanto à estabilidade das escalas, considerou-se a análise estatística de teste-reteste e o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) acima de 0,70 como sendo usualmente recomendado (SOUZA et al., 2017). Apenas dois estudos utilizaram esse tipo de análise e em ambos os valores de ICC foram acima de 0,7, com um intervalo de duas a três semanas entre a primeira e a segunda aplicação do instrumento. (Tabela 3).

Para a verificação da validade fatorial dos instrumentos, a maioria dos estudos utilizou a Análise Fatorial Exploratória (EFA) e Análise Fatorial Confirmatória (CFA), sendo que em alguns casos foram adotadas a técnica de Análise de Componentes Principais (ACP) e o modelo Rasch. Considerou-se 50% da variância como a mínima porcentagem acumulativa da variância total extraída por sucessivos fatores para a indicação de um adequado ajuste fatorial. (HOWARD, 2016).

Na escala PISMI, a extração de três fatores foi responsável por 54,2% da variância total, indicando um adequado ajuste ao modelo. Valor semelhante também foi encontrado na escala LGB-ASM, em que a extração de três fatores representou 54,4%. Para a escala CASS apenas um artigo confirmou a estrutura de quatro fatores por meio da CFA. Já outro utilizou as técnicas estatísticas da EFA combinada com ACP, porém não informou a porcentagem da variância extraída de cada fator (Tabela 3).

Na escala CCSS, o modelo de dois fatores representou 83% da variância extraída, o que indicou um bom ajuste ao modelo e também a melhor variância extraída se comparada aos outros instrumentos encontrados nesta revisão. A estrutura fatorial dessa escala também foi confirmada utilizando CFA. (Tabela 3).

A escala ASS, por sua vez, teve o modelo de três fatores confirmado em dois estudos por meio da CFA, enquanto no estudo original, no qual a escala foi desenvolvida, a ACP indicou que a extração de um fator é responsável por 49,03% da variância total considerando uma amostra de familiares de pessoas com deficiência intelectual e de 43,87% para uma amostra de familiares de pessoas com doença mental, evidenciando, assim, a impossibilidade de que a escala tenha apenas um fator. (Tabela 3).

Ainda em relação à escala ASS, um estudo específico utilizou a análise Rasch para justificar a unidimensionalidade de cada um dos três fatores, confirmando se tratar de domínios separados. A ACP ainda demonstrou nesse estudo que a extração de um fator é responsável apenas por 46,28 % da variância total. Vale ressaltar também, que outro estudo também utilizou a análise Rasch, porém visando avaliar a dificuldade dos itens de cada fator. Por fim, a escala ASS-M teve sua estrutura de quatro fatores justificada pela EFA e pela CFA, apesar de o estudo em questão não indicar a porcentagem da variância extraída de cada fator. (Tabela 3).

Com relação à validade convergente, os instrumentos: *Hospital Anxiety and Depression* (LIN; PAKPOUR, 2017), *Beck Anxiety Inventory* (BECK et al., 1988), *Scale Zarit Burden Interview* (RAJABI-MASHADI et al., 2015), *Caregiver Burden Inventory* (CHOU et al., 2002), *The Oldenburg Burnout Inventory* (HALBESLEBEN; DEMEROUTI, 2005), *Collective Self Esteem Scale* (LUHTANEN; CROCKER, 1992) e *Stigma Consciousness Questionnaire* (PINEL, 1999) demonstraram correlações significativas e positivas entre o estigma de afiliação e depressão, ansiedade, carga de cuidador, *burnout*, consciência da desvalorização pública e consciência do estigma. (Tabela 3).

Na validade discriminante, correlações significativas e negativas foram encontradas entre o estigma de afiliação e qualidade de vida, suporte social, autoestima, qualidade do cuidado e desejabilidade social, por meio dos instrumentos: *Short Form 12* (MONTAZERI et al., 2009), *World Health Organization Quality of Life-BREF* (YAO et al., 2002) *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (BAGHERIAN-SARAROUDI et al., 2013), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (SHAPURIAN; NAYERAHMADI, 1987), *The Quality of Care Scale* (SALYERS et al., 2015), *Balanced Inventory of Desirable Responding*. (PAULHUS; REID, 1991). (Tabela 3).

A validade de grupos conhecidos foi obtida através do Modelo de Regressão Hierárquica, da Análise de Regressão Linear Múltipla, do Modelo Rasch ou por meio de correlações simples, a exemplo do *r* de Pearson. Nesse sentido, um estudo com a escala ASS demonstrou associação significativa entre a idade do cuidador de pessoas com doença mental e a pontuação total da escala. Outro estudo, por sua vez, apesar de também aplicar a ASS, utilizou o modelo Rasch, com o objetivo de acessar a dificuldade dos itens, e sugeriu que homens e mulheres pontuam a escala de forma diferente. Já outras duas pesquisas, nas quais a escala CASS foi utilizada constataram que profissionais da saúde mental obtêm resultados diferentes na pontuação total da escala em função da idade, gênero, nível educacional e ocupação profissional (Tabela 3).

**Tabela 3. Confiabilidade e validade dos instrumentos**

Referências	Instrumento	Alfa de Cronbach Geral/ cada fator	Teste-reteste	Validade fatorial	Validade convergente	Validade discriminante	Validade grupos conhecidos
Saffari M. et al.(2019)	ASS	0.94/ AF=0,92; CG=0,89; CO=0,88	ICC = 0.72 - 0.89 intervalo de duas semanas	CFA: adequado ajuste;	HADS ( $\beta=0.35-0.46$ ); ZBI ( $\beta=0.35$ )	SF12 ( $\beta = -0,35 - -0,33$ ); MSPSS ( $\beta = -0,60$ ); RSES ( $\beta = -0,23$ )	N/D
Mak; Cheung (2008)	ASS	0,95; 0,94 duas amostras/ N/D	N/D	EFA rotação ortogonal, ACP: único fator 49,03% e 43,87% da variância para duas amostras	N/D	N/D	Associação significativada idade em uma das amostras
Lin, X. et al.(2018)	CASS	N/D / ENEP=0,796 DD=0,922; ESMP=0,838; ENDM=0,860	N/D	CFA: bom ajuste	N/D	N/D	Associação significativada, nível educacional ,profissional
Yanos P.T. et al. (2017)	CASS	N/D/ ENEP= 0.77; DD=0,84; ESMP=0,68; ENDM=0,76	N/D	EFA rotação ortogonal; ACP	Moderada e positivamente associada com OBI	Fraca e negativamente associada com QoCS	Associação fraca idade e gênero
Liu, H. et al.(2014)	CCSS	N/D/ EP=0,90; AEP= 0,88	N/D	EFA rotação oblíqua, 2 fatores: 83% da variância; CFA: bom ajuste	N/D	N/D	N/D
Zismani-Ilani, L. et al. (2013)	PISMI	0,76/ ED=0,78; RS=0,65; AL=0,61	N/D	EFA rotação ortogonal, 3 fatores: 54,2% da variância	N/D	N/D	N/D

Continua...

Tabela 3, Cont.

<b>Cheng-Chang et al. (2015)</b>	ASS	0,94/ AF= 0,87; CG=0,90;CO=0,85	N/D	ACP: primeiro componente 46,28% da variância	Moderada BAI (rs =0,27-0.34)	Moderada RSES (rs=-0.50- -046)	Gênero associado a pontuação da escala ASS
<b>Robinson e Brewster M. E. (2016)</b>	LGB-ASM	0.87/EADR=0,86; EAFV=0,89; EAVP=0.84	ICC = 0.74-0.76 intervalo de duas a três semanas	EFA rotação oblíqua, 3 fatores: 54,4% da variância; CFA: adequado ajuste	Versões modificadas do Stigma SCQ e CSES (r = 0.17- 0.45; r =0.18- 0.28).	Subescala da BIDR ( r = -0.16-0.5)	N/D
<b>Chang et al.(2016)</b>	ASS	0.929/ AF=0,849; CG=0,855; CO=0,822	N/D	CFA: satisfatório ajuste	CBI (r= 0.290-0.628), TDQ (r= 0.391-0.612), BAI (r= 0.367-0.467)	Versão taiwanesa da WHOQOL- BREF (r = -0.590- -0.365)	N/D
<b>Yunet al. (2018)</b>	ASS-M	N/D/ AF=0.801; CG=0.918;CO=0,796; AE=0,904	N/D	EFA rotação oblíqua; CFA: bom ajuste	N/D	N/D	N/D

Afetivo (AF); Cognitivo (CG); Comportamental (CO); Desconforto com a divulgação (DD); Estereótipos sobre a saúde mental do profissional (ESMP); Estereótipos negativos sobre pessoas com doença mental (ENDM); Estereótipos negativos sobre eficácia profissional (ENEP), Estigma Público (EP); Auto estigma Percebido (AEP); Experiência de discriminação (ED); Retirada Social (RS); Alienação (AL); Estigma afiliado de discriminação/rejeição pública (EADR), Estigma afiliado vicário (EAFV); Estigma afiliado de vergonha pública (EAVP); Auto Estima (AE), Coeficiente de correlação intraclasse (ICC). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Zarit Burden Interview (ZBI); The Oldenburg Burnout Inventory (OBI); Beck Anxiety Inventory (BAI); Stigma Consciousness Questionnaire (SQC); Collective Self Esteem Scale (CSES); Caregiver Burden Inventory (CBI); Taiwanese Depression Questionnaire (TDQ); Short Form 12 (SF-12); Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS); Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES); The Quality of Care Scale (QoCS); Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR); World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF); Exploratory factor analysis (EFA); Confirmatory factor analysis (CFA); Análise de Componentes Principais (ACP) Coeficiente de Correlação de Pearson (r); Coeficiente de Correlação de Spearman (rs) Coeficiente de Regressão Padronizado ( $\beta$ ).

Fonte: elaborado pelos autores.

### 3 DISCUSSÃO

Os instrumentos encontrados nesta revisão de literatura apresentaram, em geral, valores de *Alfa de Cronbach* superiores a 0,7, o que indica boa consistência interna. Porém, vale ressaltar que tais valores estão sujeitos a influência das características das amostras, do tipo de instrumento e do método de administração utilizados, fatores esses que foram bastante diversificados nas pesquisas analisadas (ROACH, 2016). Outro ponto importante em relação ao coeficiente alfa refere-se ao fato de que esse valor é fortemente influenciado pela quantidade de itens do instrumento de medida e, apesar das escalas presentes nesta revisão apresentarem número de itens próximos, houve escalas com diferença de até dez itens quando comparadas entre si. (ROACH, 2016).

No que diz respeito à análise estatística de teste-reteste, apenas dois estudos utilizaram-se desse recurso. Nesse sentido, é importante considerar que, apesar de tais pesquisas terem apresentado valores satisfatórios (ICC acima de 0,7), faz-se necessário a reaplicação desse método considerando diferentes espaçamentos de tempo entre a primeira e a segunda aplicação, visto que sabe-se que a confiabilidade do teste-reteste tende a diminuir à medida em que a reaplicação do teste é prolongada (NAKAGAWA et al., 2017).

Em relação a validade fatorial poucos estudos incluídos avaliaram repetidamente o mesmo instrumento. A exceção se deu com a escala ASS, na qual um estudo confirmou os dados obtidos do artigo original de desenvolvimento da escala. Isso ocorreu, pois, ao analisar os valores obtidos pela pesquisa original através da Teoria Clássica dos Testes (CTT) e com técnicas estatísticas modernas, como é o caso do modelo Rasch, o estudo recente confirmou a unidimensionalidade de cada um dos três fatores da escala (CHENG-CHANG et al., 2015). Outros dois estudos conseguiram, através da utilização do Modelo Rasch, confirmar a estrutura fatorial da escala, bem como a sua adequabilidade para aplicação em outros segmentos além de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual ou doença mental, como é o caso dos cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer (CHANG et al., 2016; SAFFARI et al., 2019).

No que diz respeito à validade convergente, as pesquisas sugerem que maiores pontuações na escala de estigma de afiliação são acompanhadas de um aumento na pontuação das escalas que mensuram as variáveis depressão, ansiedade, carga do cuidador, *burnout*, consciência da desvalorização pública e consciência do estigma. De forma análoga, na validade discriminante pontuações elevadas na escala de estigma de afiliação sugerem diminuição na pontuação das escalas que mensuram qualidade de vida, suporte social, autoestima, qualidade

do cuidado e deseabilidade social (CHENG-CHANG et al., 2015; ROBINSON; BREWSTER, 2016; CHANG et al., 2016; YANOS et al., 2017; SAFFARI et al., 2019).

Por último, na validade de grupos conhecidos verificou-se na escala CASS, por meio de uma pesquisa feita com profissionais da saúde mental na China, que profissionais mais velhos, com menor nível de escolaridade e que trabalhavam nas unidades de internação estavam mais sujeitos ao estigma por associação (LIN et al., 2018). A ASS, por sua vez, um estudo demonstrou, através de análises do Funcionamento Diferencial do Item (DIF), que mulheres e homens pontuam de forma diferente em relação às dimensões afetivas e cognitivas da escala, o que levanta a hipótese de que tal constatação se deve às percepções de papel de gênero na sociedade (SU et al., 2013; CHENG-CHANG et al., 2015).

#### **4 CONCLUSÃO**

A análise dos artigos incluídos nesta revisão aponta que ainda se carece de estudos que avaliem as propriedades psicométricas de instrumentos que mensuram o Estigma de Cortesia ou constructos similares. Nesse sentido, observa-se que mesmo sendo notórias as iniciativas voltadas para a elaboração de novas escalas, grande parte dos estudos apresentam baixa reprodutibilidade no sentido de não haver estudos adicionais que permitam validar as estruturas fatoriais dos instrumentos inseridos nesta revisão ou mesmo generalizar sua aplicação para diferentes culturas, contextos populacionais e condições de saúde. Torna-se, assim, necessário a elaboração e a validação de instrumentos que mensurem o Estigma de Cortesia levando-se em consideração diferentes contextos populacionais e conjugados com propostas de intervenção que minimizem os efeitos nocivos desse tipo de estigma nas sociedades.

#### **REFERÊNCIAS**

Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Ehsan HB, Sarafraz MR, & Zimet GD (2013) Psychometric properties of the persian version of the multidimensional scale of perceived social support in iran. *International journal of preventive medicine*, 4(11), 1277–1281.

Banga G, & Ghosh S (2017) The Impact of Affiliate Stigma on the Psychological Well- Being of Mothers of Children with Specific Learning Disabilities in India: The Mediating Role of Subjective Burden. *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*, 30(5), 958–969. <https://doi.org/10.1111/jar.12311>.

- Beck AT, Epstein N, Brown G, & Steer RA (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>.
- Chang CC, Su JA, & Lin CY (2016) Using the Affiliate Stigma Scale with caregivers of people with dementia: psychometric evaluation. *Alzheimer's research & therapy*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13195-016-0213-y>.
- Cheng-Chang C, Su JA, Tsai CS, Yen CF, Liu JH, & Lin CY (2015) Rasch analysis suggested three unidimensional domains for Affiliate Stigma Scale: additional psychometric evaluation. *Journal of clinical epidemiology*, 68(6), 674–683. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.0>.
- Chou KR, Jiann-Chyun L, & Chu H (2002) The reliability and validity of the Chinese version of the caregiver burden inventory. *Nursing research*, 51(5), 324–331. <https://doi.org/10.1097/00006199-200209000-00009>.
- Dehnavi SR, Malekpour M, Faramarzi S, & Talebi H (2011) The Share of Internalized Stigma and Autism Quotient in Predicting the Mental Health of Mothers with Autism Children in Iran. *International Journal of Business and Social Science* 2.
- Farzand M, & Abidi M. Effects (2013) of mental illness stigma on social identity and social isolation among family caregivers of psychiatric patients. *International Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*; 4(1):31–40.
- Galvão TF, Pansani TSA, & Harrad D (2015) Principais itens para relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises. A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>.
- Goffman E (1975) Estigma: notas sobre a Manipulação da identidade deteriorada. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC.
- Hailemariam KW (2015) The psychological distress, subjective burden and affiliate stigma among caregivers of people with mental illness in Amanuel Specialized Mental Hospital. *American Journal of Applied Psychology*. ; 4(2):35– 49. <https://doi.org/10.11648/j.ajap.20150402.13>.
- Halbesleben JRB, & Demerouti E (2005) The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19(3), 208–220. <https://doi.org/10.1080/02678370500340728>.
- Howard MC (2016) A Review of Exploratory Factor Analysis Decisions and Overview of Current Practices: What We Are Doing and How Can We Improve? *International Journal of Human–Computer Interaction*, 32:1, 51-62, DOI: 10.1080/10447318.2015.1087664.
- Huang CH, Li SM, & Shu BC (2016) Exploring the Relationship Between Illness Perceptions and Negative Emotions in Relatives of People With Schizophrenia Within the Context of an Affiliate Stigma Model. *The journal of nursing research : JNR*, 24(3), 217– 223. <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000124>.
- Lin CY, & Pakpour AH (2017) Using Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) on patients with epilepsy: Confirmatory factor analysis and Rasch models. *Seizure*, 45, 42–46. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2016.11.019>.

- Lin X, Rosenheck R, Sun B, Xie G, Zhong G, Tan C, Li Z, Yu M, & He H (2018) Associative stigma experienced by mental health professionals in China and the United States. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(6), 745–753. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1643-6>.
- Liu H, Xu Y, Sun Y, & Dumenci L (2014) Measuring HIV stigma at the family level: psychometric assessment of the Chinese Courtesy Stigma Scales (CCSSs). *PloS one*, 9(3), e92855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092855>.
- Luhtanen R, & Crocker J (1992) A collective self-esteem scale: Selfevaluation of one's social identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 302–318. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167292183006>.
- Mak WWS, & Cheung RYM (2008) Affiliate Stigma among Caregivers of People with Intellectual Disability or Mental Illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(6), 532-545. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00426.x>.
- Malagodi BM, Greguol M, Carraro A, & Junior HS (2019) Estigma internalizado de indivíduos em tratamento para dependência química e sua relação com a prática de atividade física. *Movimento, Porto Alegre*, v. 25, e25050, 2019. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.84970>.
- McCann TV, & Lubman DI (2017) Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 693- 701. <https://doi.org/10.1111/inm.12355>.
- Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, & Omidvari S (2009) The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC public health*, 9, 341. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-341>.
- Nakagawa S, Johnson PCD, & Schielzeth H (2017) The coefficient of determination  $R^2$  and intra-class correlation coefficient from generalized linear mixed effects models revisited and expanded. *Journal of the Royal Society. Soc. Interface* 14: 20170213. <http://dx.doi.org/10.1098/rsif.2017.0213>.
- Paulhus DL, & Reid DB (1991) Enhancement and denial in socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 307–317. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.2.307>.
- Pinel EC (1999) Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 114–128. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.76.1.114>.
- Rajabi-Mashhadi MT, Mashhadinejad H, Ebrahimzadeh MH, Golhasani-Keshtan F, Ebrahimi H, & Zarei Z (2015) The Zarit Caregiver Burden Interview Short Form (ZBI- 12) in spouses of Veterans with Chronic Spinal Cord Injury, Validity and Reliability of the Persian Version. *The archives of bone and joint surgery*, 3(1), 56–63.

Ritsher JB, Otilingam PG, & Grajales M (2003) Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>.

Roach KE (2016) Measurement of health Outcomes: Reliability, validity and responsiveness. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 18(6 PROCEEDINGS), P8-P12.

Robinson MA, & Brewster ME (2016) Understanding affiliate stigma faced by heterosexual family and friends of LGB people: A measurement development study. *Journal of a Family Psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 30(3), 353–363. <https://doi.org/10.1037/fam0000153>.

Ronzani T, Soares, RG, Nery, FC, & Silveira PS (2017) Adaptação transcultural brasileira da escala de estigma internalizado de transtorno mental - ismi-br. *Geraiis : Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(1), 25-34.

Saffari M, Lin CY, Koenig HG, O'Garro KN, Broström A, & Pakpour AH (2019) A Persian version of the Affiliate Stigma Scale in caregivers of people with dementia. *Healthpromotion perspectives*, 9(1), 31–39. <https://doi.org/10.15171/hpp.2019.04>.

Salyers MP, Fukui S, Rollins AL, Firmin R, Gearhart T, Noll JP, Williams S, & Davis CJ (2015) Burnout and self-reported quality of care in community mental health. *Administration and policy in mental health*, 42(1), 61–69. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0544-6>.

Shapurian R, Hojat M, & Nayerahmadi H (1987) Psychometric characteristics and dimensionality of a Persian version of Rosenberg Self-esteem Scale. *Perceptual and motor skills*, 65(1), 27–34. <https://doi.org/10.2466/pms.1987.65.1.27>.

Souza AC, Alexandre NMC, & Guirardello EB (2017) Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços da Saúde*, 26 (3), 649-659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>.

Su CT, Wang JD, & Lin CY (2013) Child-rated versus parent-rated quality of life of community-based obese children across gender and grade. *Health and quality of life outcomes*, 11, 206. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-206>.

Werner S, & Shulman C (2015) Does type of disability make a difference in affiliate stigma among family caregivers of individuals with autism, intellectual disability or physical disability? *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 59(3), 272–283. <https://doi.org/10.1111/jir.12136>.

Yanos PT, Vayshenker B, DeLuca JS, & O'Connor LK (2017) Development and Validation of a Scale Assessing Mental Health Clinicians' Experiences of Associative Stigma. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 68(10), 1053–1060. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600553>.

Yao G, Chung CW, Yu CF, & Wang JD (2002) Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BREF Taiwan version. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*, 101(5), 342–351.

Yun YS, Jaapar S, Fadzil NA, & Cheng KY (2018) Validation of the Malay Version of the Affiliate Stigma Scale among Caregivers of Patients with Mental Illness. *The Malaysian*

*journal of Medical sciences: MJMS*, 25(6), 127–136. <https://doi.org/10.21315/mjms2018.25.6.13>.

Zisman-Ilani Y, Levy-Frank I, Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Mashiach-Eizenberg M, & Roe D (2013) Measuring the internalized stigma of parents of persons with a serious mental illness: the factor structure of the parents' internalized stigma of mental illness scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(3), 183–187. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182845d00>.

### **ARTIGO 3: CONSTRUÇÃO DA ESCALA DE ESTIGMA DE CORTESIA ENTRE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGAS (ECOFAD)**

Artigo enviado para publicação para a revista Psico-USF – Universidade de São Francisco em junho de 2021.

*Daniel Augusto Costa Maldonado  
Telmo Mota Ronzani  
Leonardo Fernandes Martins  
Pollyanna Santos da Silveira*

#### **RESUMO**

O presente artigo tem como objetivo apresentar a construção e evidências de validade de conteúdo da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFAD). A partir de uma ampla revisão de literatura acerca do constructo Estigma de Cortesia nas bases de dados PsycNET (APA), Pubmed, Bvs Brasil, Periódicos CAPES, SciELO, e Pepsic, foram identificados seis instrumentos que mensuram esse fenômeno e que serviram como base para a proposição de uma escala com três dimensões (cognitiva, afetiva e comportamental). A primeira versão do instrumento foi avaliada por uma comissão de sete juízes especialistas na área, com base em sua escrita, clareza e pertinência dos itens nas dimensões correspondentes. Por último aplicou-se a escala em uma amostra *online* de familiares de usuários de drogas (n=86) e o índice de confiabilidade das subescalas variou com Alfa de Cronbach de 0,81 a 0,89. A versão final da ECOFAD contém 38 itens apresentando resultados promissores para atender a esta lacuna da literatura e apoiar o tratamento e serviços na área de álcool e outras drogas.

**Palavras-chave:** Estigma. Psicometria. Drogas.

## ABSTRACT

This article aims to present the construction and evidence of content validity of the Courtesy Stigma Scale among Family Members of Drug Users (ECOFAD). From a wide literature review about the Courtesy Stigma construct in the PsycNET (APA), Pubmed, Bvs Brasil, CAPES, SciELO, and Pepsic databases, 6 instruments were identified that measure this phenomenon and which served as a basis for the proposition of a scale with 3 dimensions (cognitive, affective and behavioral). The first version of the instrument was evaluated by a committee of seven expert judges in the area, based on their writing, clarity and pertinence of the items in the corresponding dimensions. Finally, the scale was applied to an online sample of family members of drug users ( $n = 86$ ) and the subscales reliability index varied with Cronbach's alpha from 0.81 to 0.89. The final version of ECOFAD contains 38 items showing promising results to address this gap in the literature and support treatment and services in the area of alcohol and other drugs.

**Keywords:** Stigma. Psicometry. Drugs.

## 1 INTRODUÇÃO

O Estigma Social foi definido por Erving Goffman (1975) como base no estranhamento em relação ao outro que possui um atributo diferente e que o tornaria “uma espécie menos desejável ou, em algumas situações, como uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída” (GOFFMAN, 1975, p. 6). A partir dos estudos de Goffman para a compreensão dos mecanismos subjacentes ao estigma, o constructo continuou a ser pesquisado, gerando diferentes ênfases e atualizações teóricas. Dentre elas, destaca-se o da Psicologia Social Cognitiva, a qual define o estigma com base em quatro tipos: o estigma público, o auto-estigma, o estrutural e o de cortesia. (PRYOR; REEDER, 2011).

No nível social, o estigma público pode ser definido como sendo fruto de reações sociais e psicológicas da sociedade em relação ao indivíduo estigmatizado. Quando o indivíduo se torna consciente desse estigma, concorda com o mesmo, incorporando, assim, os estereótipos sociais e avaliações negativas a ele atribuídas, tem-se um processo conhecido como a internalização do estigma público pelo sujeito estigmatizado, ou auto-estigma. Já o estigma estrutural deriva de políticas nos setores público e privado capazes de restringir o acesso a grupos minoritários. Por fim, o Estigma de Cortesia está relacionado àqueles que são estigmatizados por manterem contato frequente e convívio próximo com indivíduos alvo de estigma. (CORRIGAN; WATSON, 2002; CORRIGAN et al., 2011). Um ponto crucial desse modelo é que o estigma público ocupa o papel central e do qual derivam os outros três tipos de estigma, de modo que a sua inexistência também acarretaria na inexistência dos demais. (PRYOR; REEDER, 2011).

Mais recentemente, outros tipos de estigma têm sido inseridos nesse modelo como é o caso do “estigma do poder” que refere-se a forma como estigmatizadores mantêm o poder social através do controle, exploração e exclusão de grupos estigmatizados; o “estigma automático” fruto de pensamentos, sentimentos e comportamentos estigmatizantes automáticos com baixo ou sem nenhuma consciência e o “múltiplo estigma” em relação as pessoas que se encontram em mais de um grupo alvo de estigma. (SHEEHAN et al., 2017).

A Psicologia Social Cognitiva sustenta que o estigma é fundado em um modelo estrutural composto por três elementos principais: estereótipos, preconceitos e discriminação (CORRIGAN et al., 2003). Dessa forma, os estereótipos corresponderiam a crenças coletivas sobre determinados grupos sociais, sendo meios eficientes para categorizar os sujeitos, o preconceito como produto de sentimentos negativos em relação a pessoa estigmatizada e a discriminação, a qual diz respeito a ações de segregação e isolamento. (FISKE, 1998;

CORRIGAN et al., 2003; CORRIGAN et al., 2011; SHEEHAN et al., 2017). Um ponto bastante notório desse modelo diz respeito as possibilidades de reações situacionais tanto por parte dos indivíduos estigmatizadores, quando dos estigmatizados, também em três respostas possíveis, sendo elas: cognitivas, afetivas e comportamentais (HARDING et al., 1969).

Nesse sentido, destaca-se a forma como o indivíduo reage a variáveis situacionais, abrangendo desde as características específicas do meio capaz de evocar o receio de ser descoberto, até as consequências que isso poderia causar em sua vida. Desse modo, é comum que no âmbito cognitivo impere pensamentos relacionados à constante preocupação, vigilância e a autopercepção de ser alguém suspeito na visão dos outros. A esfera afetiva, operaria em conjunto com os processos cognitivos, ocasionando sentimentos de ansiedade, tristeza, hostilidade, desmoralização, culpa e vergonha. Essas duas dimensões determinariam a resposta comportamental do indivíduo em ações de auto monitoramento e manejo de impressões, evitação social e isolamento, comportamentos mal adaptativos com relação a pessoas próximas e uma dependência do *feedback* das pessoas uma vez o estigma descoberto. (PACHANKIS, 2007).

Estes esquemas de respostas têm sido estudadas, principalmente, com relação aos tipos de estigma em que a marca não se encontra nítida, como nos casos em que existe a real ameaça de descobrimento do atributo indesejado ou de se estar associado com alguém que o tenha. Dessa forma, pessoas que são vítimas do Estigma de Cortesia se enquadram nesta última categoria, visto que estes tem a possibilidade de encobrir a sua relação de parentesco ou proximidade com sujeitos que são alvos de estigma direto (QUINN; CHAUDIOR, 2009).

Um agrupamento alvo de Estigma de Cortesia e ponto central desse estudo diz respeito aos familiares de usuários de drogas. Em uma pesquisa recente realizada com trinta e um familiares de usuários de drogas na Austrália, demonstrou que o principal ponto temático trazido pelos participantes foi o esforço em tentar manter em segredo o fato de possuírem um parente que faz uso de drogas, acarretando como consequência o isolamento e a evitação de buscar apoio tanto formal quanto informal. Nesse sentido, a manutenção do segredo decorria de fatores como: o medo de ser julgado, a luta contra sentimentos de vergonha e embaraço e a falta de conhecimento e empatia dos outros, uma vez revelada a informação de possuírem um familiar dependente de drogas. (McCANN; LUBMAN, 2018).

Um dos principais agravantes em relação a dificuldade de familiares de usuários de drogas em exporem essa relação de parentesco publicamente, deve-se ao fato de que historicamente o senso comum atribuiu a eles como sendo parte do problema no que diz respeito a perpetuação de um dinâmica familiar favorável ao abuso e dependência de drogas (LIGON,

2005). Por outro lado, é sabido que familiares de usuários de drogas possuem um papel crucial no que se refere a prestar suporte, oferecer cuidados e a defender o usuário de drogas quando este se encontra em situação fragilizada. Soma-se a isso, que os familiares muitas vezes podem servir como agentes facilitadores da adesão e de um melhor engajamento por parte do usuário de drogas a algum tipo de tratamento (FRYE et al., 2008; ROOZEN et al., 2010).

Apesar da centralidade que os familiares ocupam na vida do usuário de drogas, pouco ainda se sabe acerca dos efeitos do Estigma de Cortesia enfrentados por eles, mesmo havendo alguns escassos estudos exploratórios sobre o assunto que indiquem que familiares podem sofrer com o isolamento social decorrente da tentativa de esconder o *status* de possuírem um parente usuário de substâncias e do sentimento de fracasso e falha pessoal em tentar ajudar este último. (McCANN; LUBMAN, 2018).

Diante disso, destaca-se que para compreender os prejuízos psicológicos e sociais relacionados ao Estigma de Cortesia entre familiares de usuários de drogas, se faz necessário o desenvolvimento de instrumentos capazes de avaliar os efeitos nocivos que esse tipo de estigma provoca nessas pessoas. Portanto, o objetivo do presente artigo é construir e apresentar evidências preliminares de validade e confiabilidade da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFA) que considere a realidade social e cultural brasileira.

## **2 MÉTODO**

A construção da ECOFAD consistiu em três etapas. Na primeira delas foi feita uma revisão de literatura com o intuito de identificar os instrumentos utilizados para mensurar o constructo Estigma de Cortesia, independente destes serem ou não destinados aos familiares de usuários de drogas, de modo a tentar coletar a maior quantidade de informações possíveis relacionadas a esse fenômeno. A segunda etapa correspondeu a construção do instrumento propriamente dito. Por fim, a terceira etapa avaliou as evidências de validade de conteúdo, por meio de uma comissão de juízes e a aplicação *online* em uma amostra-piloto de familiares de usuários de drogas possibilitou obter os primeiros dados de confiabilidade.

### **2.1 ETAPA 1: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

O intuito da revisão foi a de mapear os principais instrumentos utilizados para mensurar o constructo Estigma de Cortesia e de servir como base para a etapa posterior de construção dos

itens. Os detalhes desta revisão foram reportados em outro artigo, submetido a outro periódico e aguardando avaliação. De uma forma geral, a revisão sistemática de literatura foi realizada com base nas recomendações *Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (GALVÃO et al., 2015), com o objetivo de aumentar a sua reprodutibilidade futura. Para tanto, efetuou-se uma busca bibliográfica envolvendo o conceito Estigma de Cortesia como assunto principal em artigos indexados nas bases de dados PsycNET (APA), Pubmed, Bvs Brasil, Periódicos CAPES, SciELO e Pepsic Psicologia. Utilizaram-se as palavras-chave *Courtesy Stigma, Affiliate Stigma e Associative Stigma*

Ao todo foram encontrados seis instrumentos que mensuram o constructo Estigma de Cortesia ou a internalização desse tipo de estigma, denominada Estigma de Afiliação, no caso de familiares e pessoas próximas que convivem com o indivíduo estigmatizado, ou Estigma de Associação, quando se trata de profissionais da saúde, sendo eles: *Affiliate Stigma Scale (ASS)* (MAK; CHEUNG, 2008); *Clinician Associative Stigma Scale (CASS)* (YANOS et al., 2017); *Chinese Courtesy Stigma Scales (CCSS)* (LIU et al., 2014); *Parents' Internalized Stigma of Mental Illness (PISMI)* (ZISMAN-ILANI et al., 2013); *Lesbian, Gay, Bisexual Affiliate Stigma Measure (LGB-ASM)* (ROBINSON; BREWSTER, 2016); *Affiliate Stigma Scale-Malay (ASS-M)* (YUN et al., 2018).

## 2.2 ETAPA 2: CONSTRUÇÃO DOS ITENS DO INSTRUMENTO

A construção do instrumento se deu através da junção de todos os itens dos seis instrumentos encontrados na revisão de literatura. Os itens foram traduzidos para o português, já que todos eles estavam disponíveis apenas no idioma inglês, e adaptados para o contexto de familiares de indivíduos que fazem uso de álcool e outras drogas, visto que nenhum dos instrumentos encontrados trabalhavam com essa temática, sendo quatro deles destinados a familiares de pessoas com algum tipo de transtorno mental ou a profissionais da saúde que prestam cuidados a esse agrupamento da população, um relacionado a familiares de indivíduos soropositivos e outro voltado para familiares e amigos de pessoas lésbicas, gays ou bissexuais. Essa etapa de tradução e adaptação passou por uma análise de dois especialistas na área de drogas e validação de instrumentos, com o objetivo de se certificar a adequação dos itens para o contexto do consumo de substâncias psicoativas e clareza dos enunciados. Outros itens foram adicionados pelos pesquisadores com o objetivo de cobrir o máximo possível o constructo estudado e para a população que o instrumento é focado.

No que diz respeito a categorização dos itens, utilizou-se a perspectiva da Psicologia Social Cognitiva, ou seja, os itens foram alocados tomando como referência as dimensões: cognitiva, afetiva e comportamental. A escolha por adotar esse modelo se deveu a dois motivos principais: a possibilidade de sua generalização para diferentes condições de saúde, inclusive para o contexto de familiares de usuários de drogas, e por ele focar nas relações entre os indivíduos, considerando as possíveis respostas situacionais tanto por parte de quem estigmatiza, quanto por quem é alvo do estigma. (SHEEHAN et al., 2017).

Em relação aos itens que não foram aproveitados no processo de construção do instrumento, os critérios de exclusão adotados foram: itens que não faziam sentido para o contexto de familiares de usuários de drogas ou que não delimitavam adequadamente o conceito do Estigma de Cortesia, aqueles repetidos ou com sentidos muito semelhantes entre si, os que não podiam ser agrupados nas dimensões cognitivas, afetivas ou comportamentais por se tratarem de situações hipotéticas de um estigma experimentado a exemplo de “Eu já estive em situações que fui tratado com menos competência do que os outros”, os que exigiam um tipo de resposta discursiva ou que expressassem uma atitude positiva do familiar em relação ao usuário de drogas, a exemplo “Eu me preocupo que o meu familiar usuário de drogas possa sofrer ao ser estigmatizado”.

No caso da exclusão dos itens com sentido positivo, essa escolha se deu em razão do estigma ter uma natureza essencialmente negativa, gerando no indivíduo estigmatizado sempre efeitos nocivos. Além disso, tal exclusão teve o intuito de evitar pontuações invertidas e confusões no momento de preenchimento do instrumento. Dessa forma, a versão final da escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFAD) ficou ao todo composta por 38 itens, distribuídos da seguinte forma: dez itens na dimensão afetiva, 18 na dimensão cognitiva e dez na dimensão comportamental.

### 2.3 ETAPA 3: AVALIAÇÃO DE JUÍZES E APLICAÇÃO ONLINE DA ESCALA EM UMA AMOSTRA-PILOTO DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGAS

Participaram do estudo sete juízes, todos psicólogos e especialistas em estigma, álcool e outras drogas, psicoterapia familiar ou psicométrica. A escolha dos juízes foi por amostra de conveniência, os quais receberam uma carta convite via *email* e o *link* contendo os itens do instrumento elaborado no *Google Forms*. A avaliação dos Juízes consistiu em dois aspectos principais: avaliação da clareza e escrita dos itens e avaliação da pertinência dos itens nas categorias correspondentes. No primeiro aspecto foi solicitado que se avaliassem os itens com

base na sua inteligibilidade e capacidade de representar uma ideia única, de forma simples, direta e sem ambiguidades, sendo que as opções de resposta possíveis para a avaliação da escrita e clareza era uma escala *likert* com cinco alternativas: discordo totalmente, discordo parcialmente, nem concordo nem discordo, concordo parcialmente e concordo totalmente. Também foi disponibilizado um espaço para sugestões de reescrita.

No aspecto avaliação da pertinência dos itens na dimensão correspondente, também foi utilizado o mesmo modelo de resposta do tipo *likert* e foi apresentado as definições conceituais de cada dimensão: afetivo referente a emoções, sentimentos, sensações sobre um dado objeto social; cognitivo como sendo o conjunto de ideias, crenças, informações e opiniões que se tem sobre um dado objeto social; comportamental como um conjunto de ações, reações, respostas comportamentais frente ao objeto social.

Após a avaliação dos juízes e adequações gerais dos itens, foi realizada a coleta de dados da escala em uma amostra-piloto com familiares de usuário de drogas que fazem parte de grupos de mútua ajuda. A escala foi aplicada por formulário *online*, através do *Google Forms*. O objetivo dessa etapa foi realizar os primeiros estudos de confiabilidade da ECOFAD. Para tanto foram realizadas análises do alfa de *Cronbach* e do método das duas metades (*Split half*), dividindo a escala entre os itens pares e ímpares.

## 2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização do pesquisa piloto, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Católica de Petrópolis (UCP), número do parecer 4.801.497 e todos os participantes assinaram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 3 RESULTADOS

### 3.1 RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE JUÍZES

A análise da escrita, clareza e pertinência dos itens nas dimensões correspondentes foram feitas através do Coeficiente de Validade de Conteúdo. Para Cassep-Borges et al. (2010), é esperado que esse coeficiente esteja acima de 0,8 para se considerar um bom grau de concordância entre juízes, apesar de que valores um pouco abaixo, também podem ser aceitos, caso os juízes tenham formações e especialidades distintas.

Os Coeficientes de Validade de Conteúdo para a escrita, clareza e pertinência dos itens nas dimensões foram de: 0,78, 0,82 e 0,87, respectivamente. A única categoria, portanto, que apresentou o coeficiente um pouco abaixo do esperado foi em relação a redação dos itens e isso se deveu pelas várias sugestões de reescrita propostas pelos juízes. Aquelas que indicaram melhorias no entendimento, tornado as frases mais curtas, simplificando a compreensão para pessoas de baixa escolaridade ou colaborando para eliminação de ambiguidades foram acatadas.

Sendo assim, boa parte dos itens continham a expressão “familiar usuário de droga”, a qual foi substituída por “familiar que faz uso de drogas”, visando justamente melhorar o entendimento da frase como ocorreu na afirmativa “Eu me sinto fracassado por ter um familiar usuário de drogas” modificado para “Eu me sinto fracassado por ter um familiar que faz uso de drogas”.

Itens contendo adjetivações vagas, imprecisas ou pouco utilizadas no vocabulário cotidiano brasileiro também foram retirados, a exemplo das sentenças “Eu me sinto sem esperança por ter um familiar que faz uso de drogas” e “Eu me sinto abalado emocionalmente por ter um familiar que faz uso de drogas” substituídos para “Eu me sinto desanimado por ter um familiar que faz uso de drogas” e “Eu me sinto chateado por ter um familiar que faz uso de drogas” respectivamente.

Modificações nas estruturas e tempos verbais também ocorreram, de modo a evitar itens com estruturas gramaticais pouco homogêneas entre si ou incorretos do ponto de vista do português padrão, como “Eu me preocupo caso as pessoas descubram que tenho um familiar que faz uso de drogas” e “Por eu ter um familiar que faz uso de drogas, eu acho que as pessoas não verão mais minhas qualidades” alterados para “Eu me preocuparia se as pessoas descobrissem que eu tenho um familiar que faz uso de drogas” e “Por eu ter um familiar que faz uso de drogas, eu acho que as pessoas não percebem minhas qualidades”.

De forma semelhante, sugestões de alterações entre voz ativa e passiva também foram aceitas, a exemplo “Ter um familiar que faz uso de drogas gera um impacto negativo em mim” e “Ter um familiar que faz uso de drogas estragou a minha vida” trocados para “Sofro impactos negativos por ter um familiar que faz uso de drogas” e “Minha vida foi estragada por ter um familiar que faz uso de drogas”, respectivamente.

Apesar de vários itens terem sofrido alterações, na análise da escrita aproximadamente 82% deles tiveram o Coeficiente de Validade de Conteúdo acima de 0,7. No quesito clareza 89,5% apresentaram esse resultado e em relação a pertinência na dimensão, praticamente todos

eles, 97,4 %, tiveram esse coeficiente acima de 0,7. Dessa forma, optou-se por manter os 38 itens da ECOFAD para o estudo piloto com familiares de usuários de drogas (Tabela 1).

**Tabela 1. Coeficiente de Validade de Conteúdo para escrita, clareza e pertinência na dimensão**

Intervalos CVC	Escrita		Clareza		Pertinência na dimensão	
	n	%	n	%	n	%
≥ 0,8	19	50	28	73,7	34	89,5
0,7 a 0,79	12	31,6	6	15,8	3	7,9
<0,7	7	18,4	4	10,5	1	2,6
<b>Itens CVC &gt;0,7</b>	<b>31</b>	<b>81,6</b>	<b>34</b>	<b>89,5</b>	<b>37</b>	<b>97,4</b>

Fonte: elaborada pelos autores.

### 3.2 RESULTADO DO ESTUDO-PILOTO COM FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGAS

Participaram do estudo piloto 86 familiares de usuários de drogas, sendo 80 mulheres (93%) e seis homens (7%). A média de idade foi de 53,46 anos, sendo o mais jovem participante de 32 anos e o mais velho de 78 anos. Quatro pessoas não informaram a idade.

No que diz respeito à relação de parentesco com o familiar que faz uso de drogas, mais da metade (58,1%) informou serem pais. Os outros agrupamentos que mais apareceram foram esposo (a)/companheiro(a) (14%), irmão(ã) (10,5%), filho(a) (7%) e tio (a) (4,6%). No agrupamento Outros (5,8%) foram casos de ex-companheiros, pessoas com mais de um parente usuário de drogas, sobrinho(a) e avô(ó). (Tabela 2).

**Tabela 2. Caracterização da amostra-piloto**

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	80	93
	Masculino	6	7
Faixa etária*	32 a 54	42	51,2
	55 a 78	40	48,8
Relação de parentesco	Pais	50	58,1
	Espos(a)/companheiro (a)	12	14
	Irmão (ã)	9	10,5
	Filho (a)	6	7
	Tio (a)	4	4,6
	Outros	5	5,8

\* Quatro pessoas não informaram a idade.

Fonte: elaborada pelos autores.

Em relação a consistência interna, as três dimensões apresentaram *Alfa de Cronbach* acima de 0,8, sendo 0,89 para a dimensão Afetiva, 0,88 para a Cognitiva e 0,82 para a Comportamental. A escala como um todo apresentou *Alfa de Cronbach* de 0,94. Por meio desses resultados é possível afirmar que os itens são homogêneos e que todas as subpartes do instrumento medem a mesma característica.

Os coeficientes de correlação item total corrigidos foram todos acima do valor de critério de 0,30, com exceção do item 15 “As pessoas se preocupam com minha segurança, quando descobrem que eu tenho um familiar que faz uso de drogas” e do 25 “Por eu ter um familiar que faz uso de drogas, eu acho que as pessoas não percebem as minhas qualidades”, ambos da dimensão Cognitiva. Apesar desses itens apresentarem uma correlação item total baixa, optou-se por mantê-los, uma vez que a exclusão dos mesmos não implicaria em aumento do coeficiente *Alfa de Cronbach*. (Tabelas 3, 4 e 5).

Outra medida utilizada para avaliar a confiabilidade do instrumento foi o método das duas metades (*Split Half*), na qual a escala foi dividida em duas metades contendo o mesmo número de itens, sendo uma metade composta por itens ímpares e a outra metade por itens pares. O coeficiente de correlação de Spearman-Brown foi de 0,95.

**Tabela 3. Dimensão Afetiva. Média, desvio-padrão, correlação item total corrigida e Alfa de Cronbach se item retirado.**

Item	M	DP	CITC	$\alpha$
1.Eu me preocuparia se as pessoas descobrissem que eu tenho um familiar que faz uso de drogas	2.40	1.38	0.56	0.89
2.Eu tenho receio de ser rejeitado pelas pessoas no meu trabalho, se elas descobrirem que eu tenho um familiar que faz uso de drogas	2.09	1.50	0.64	0.88
3.Eu me sinto inferior as outras pessoas por ter um familiar usuário de drogas	1.84	1.30	0.60	0.88
4.Eu me sinto chateado por ter um familiar que faz uso de drogas	3.83	1.50	0.65	0.88
5.Eu me sinto envergonhado por ter um familiar que faz uso de drogas	2.69	1.54	0.70	0.88
6.Eu me sinto desanimado por ter um familiar que faz uso de drogas	3.17	1.57	0.62	0.88
7.Eu me sinto triste por ter um familiar que faz uso de drogas	3.85	1.47	0.70	0.88
8.Eu me sinto muito pressionado por ter um familiar que faz uso de drogas	2.90	1.52	0.65	0.88
9.Eu me sinto culpado por ter um familiar que faz uso de drogas	1.91	1.33	0.51	0.89
10.Eu me sinto fracassado por ter um familiar que faz uso de drogas	2.24	1.53	0.67	0.88

Média (M), Desvio-padrão (DP), Correlação item total corrigida (CITC), Alfa de Cronbach se o item for retirado ( $\alpha$ ).

Fonte: elaborada pelos autores.

**Tabela 4. Dimensão Cognitiva. Média, desvio-padrão, correlação item total corrigida e Alfa de Cronbach se item retirado.**

<b>Item</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>CITC</b>	<b><math>\alpha</math></b>
11. Eu sofro discriminação por ter um familiar que faz uso de drogas	2.28	1.44	0.61	0.87
12. A minha reputação está prejudicada por eu ter um familiar que faz uso de drogas	1.73	1.17	0.67	0.87
13. Ter um familiar que faz uso de drogas me faz pensar que sou incompetente em comparação as outras pessoas	1.74	1.21	0.48	0.88
14. As pessoas acham que a família é responsável pelos comportamentos do usuário de drogas.	3.33	1.48	0.62	0.87
15. As pessoas se preocupam com minha segurança, quando descobrem que eu tenho um familiar que faz uso de drogas	2.78	1.45	0.25	0.88
16. As pessoas consideram que os usuários de drogas não melhoram no tratamento, e isto deve causar tristeza aos familiares	3.30	1.53	0.57	0.88
17. Familiares de usuários de drogas são considerados pela mídia como pessoas com desvio de caráter	2.14	1.42	0.55	0.88
18. As pessoas não estão dispostas a cuidar de um membro na família que faz uso de drogas	2.63	1.43	0.34	0.88
19. As pessoas acham que filhos de pais que usam drogas não deveriam ir à escola	1.41	0.90	0.34	0.88
20. As pessoas não se casariam com alguém que tenha uma pessoa que faz uso de drogas na família	2.01	1.25	0.48	0.88
21. Pais vão querer manter seus filhos longe das crianças que têm familiares que fazem uso de drogas	3.05	1.45	0.60	0.87
22. As pessoas frequentemente me tratam com ar de superioridade por eu ter um familiar que faz uso de drogas	2.00	1.34	0.66	0.87
23. Ninguém gostaria de se aproximar de mim porque eu tenho um familiar que faz uso de drogas	1.50	0.85	0.57	0.88
24. As pessoas não me levam a sério por eu ter um familiar que faz uso de drogas	1.26	0.58	0.34	0.88
25. Por eu ter um familiar que faz uso de drogas, eu acho que as pessoas não percebem minhas qualidades	1.58	1.10	0.30	0.88
26. Eu sofro impactos negativos por ter um familiar que faz uso de drogas	2.63	1.59	0.58	0.88
27. Familiares de usuários de drogas não têm uma vida boa e tranquila	3.45	1.51	0.62	0.87
28. Minha vida foi estragada por eu ter um familiar que faz uso de drogas	2.52	1.45	0.68	0.87

Média (M), Desvio- Padrão (DP), Correlação item total corrigida (CITC), Alfa de Cronbach se o item for retirado ( $\alpha$ ).

Fonte: elaborada pelos autores.

**Tabela 5. Dimensão Comportamental. Média, desvio-padrão, correlação item total corrigida e Alfa de Cronbach se item retirado.**

Item	M	DP	CITC	$\alpha$
29. Eu evito dizer as outras pessoas que tenho um familiar que faz uso de drogas	2.91	1.50	0.49	0.80
30. Eu não tenho mais relações com amigos e outros parentes porque eu tenho um familiar que faz uso de drogas	1.77	1.20	0.46	0.80
31. Eu evito participar de atividades voltadas para o tratamento de dependentes para que as pessoas não saibam que eu tenho um familiar que faz uso de drogas	1.26	0.69	0.44	0.81
32. Eu não tenho mais relações com meus vizinhos porque eu tenho um familiar que faz uso de drogas	1.57	1.01	0.50	0.80
33. Eu evito levar meu familiar que faz uso de drogas em festas e confraternizações	2.56	1.47	0.43	0.81
34. Eu não falo sobre meu familiar que faz uso de drogas, porque eu não quero incomodar os outros	2.03	1.21	0.58	0.79
35. Quando eu estou com meu familiar que faz uso de drogas, eu me comporto da forma mais discreta possível	2.57	1.47	0.59	0.79
36. Eu evito conversar com meu familiar que faz uso de drogas	1.52	1.12	0.52	0.80
37. Eu evito sair com meu familiar que faz uso de drogas	1.81	1.20	0.58	0.79
38. Eu não tenho mais contato com meu familiar que faz uso de drogas	1.23	0.76	0.47	0.80

Média (M), Desvio-padrão (DP), Correlação item total corrigida (CITC), Alfa de Cronbach se o item for retirado ( $\alpha$ ).

Fonte: elaborada pelos autores.

#### 4 DISCUSSÃO

Apesar da importância em avaliar os impactos do Estigma de Cortesia na área de álcool e outras drogas, ainda existe uma lacuna nos estudos e desenvolvimento de instrumentos para essa população, em especial entre familiares de usuários de drogas (TAMUTIENE; LASLETT, 2016). Instrumentos que mensuram esse fenômeno, encontrados por meio de revisão de literatura e que fundamentaram a construção dessa escala, foram, em sua maioria, concebidos para pessoas que convivem com indivíduos com algum tipo de transtorno mental, sendo que nenhum deles era voltado para o público de pessoas próximas aos usuários de drogas. Tal constatação apontou para um elemento relevante de originalidade deste estudo, ao preencher uma lacuna importante que possui potencial de informar não só novos estudos, mas também de fornecer subsídio para profissionais da área e que reconhecem importância relativa ao vínculo entre o familiar e pessoas com problemas relacionados com a dependência de substâncias.

A adoção dos pressupostos teóricos da Psicologia Social Cognitiva ganha relevância por ser um modelo generalista de entendimento do fenômeno, com abrangência e potencial suporte empírico na forma de mensurar estigma, na medida que assume que o Estigma Público, fonte matriz dos demais tipos de estigma, inclusive do Estigma de Cortesia, estaria calcado no tripé

macrossocial dos estereótipos, preconceitos e discriminações. Esses por sua vez seriam representados, do ponto de vista das micro relações humanas, por reações cognitivas, afetivas e comportamentais, no sentido de que estereótipos são processamentos cognitivos, preconceitos são respostas afetivas e discriminações correspondem a manifestações comportamentais. (SHEEHAN et al., 2017)

Tal modelo é especialmente vantajoso, quando são escassas na literatura informações acerca dos descritores ou fatores preditivos do Estigma de Cortesia referentes a determinado agrupamento populacional, como é o caso de familiares de usuários de drogas. Coincidentemente a escala Affiliate Stigma Scale (ASS) (MAK; CHEUNG, 2008), desenvolvidano contexto de familiares de indivíduos com deficiência intelectual e transtorno mental na China, adota essa divisão tripartite de atitudes frente ao estigma, fato esse que favoreceu o seu aproveitamento conjuntamente com os demais instrumentos encontrados para a construção da escala.

Os primeiros dados de consistência interna da ECOFAD, mostraram que as suas sub escalas apresentaram valores para o *Alfa de Cronbach* acima de 0,8, e a escala como um todo o valor de 0,94, sendo um bom indicativo da homogeneidade dos seus itens. Números elevados como esse, também foram encontrados na pesquisa que deram origem a escala ASS, sendo encontrado o mesmo valor de *Alfa*, de 0,94, para familiares de pessoas com transtorno mental e de 0,95 para familiares de pessoas com deficiência intelectual (MAK; CHEUNG, 2008). Estudos de validação da ASS destinados a cuidadores de pessoas com demência vascular e doença de Alzheimer, também apresentaram bons resultados de consistência interna (SAFFARI et al. 2019; CHANG et al., 2016).

No que tange a análise da confiabilidade pelo método das duas metades (*Split Half*) o instrumento apresentou um elevado coeficiente de correlação de Spearman-Brown de 0,95. Esse dado é particularmente útil porque corrobora com os dados de consistência interna obtidos por meio do *Alfa de Cronbach*, além de ser uma técnica utilizada quando se tem a aplicação do instrumento apenas uma única vez, como foi o caso do presente estudo (MARTINS, 2006).

Em relação aos dados coletados para a análise piloto da ECOFAD, vale ressaltar que trata-se de uma amostra por conveniência, sem a pretensão de compor uma distribuição probabilística da população alvo, o que levou a uma caracterização específica dos respondentes, com predominância de mulheres (93%), em sua maioria mães e esposas/companheiras de usuários de drogas. Esse achado é corroborado por pesquisas sobre Estigma de Cortesia em diferentes contextos de saúde, nas quais o número de participantes do gênero feminino é predominante, justificado pelo fato de que as mulheres, na maioria da culturas, ocupam o papel

central de cuidadoras e responsáveis pelo zelo familiar e pela maior prevalência de dependência e consumo de drogas entre homens. (LIU et al., 2008; SAFFARI et al., 2018; WEISMAN DE MAMANI et al., 2018).

Outro ponto importante diz respeito ao dado de que todos os participantes da amostra-piloto são membros de grupos de ajuda-mútua. Apesar da relevância destes grupos, estando espalhados por todo território nacional e em diversos outros países, recomenda-se, para estudos posteriores, a seleção de grupos mais diversificados, principalmente considerando aqueles que não recebem nenhum tipo de apoio, uma vez que a literatura sobre o Estigma de Cortesia entre familiares de usuários de drogas tem apontado que os principais alvos desse estigma são, além das mulheres, aquelas pessoas que não procuram nenhum tipo de ajuda formal ou informal, mantendo o *status* de ter um membro da família que faz uso de drogas em segredo (TAMUTIENE; LASLETT, 2016).

## 5 CONCLUSÃO

A construção da escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFAD) apresentou dados iniciais promissores quanto às suas propriedades psicométricas, boa confiabilidade e aderência em termos de construto teórico para o agrupamento de indivíduos que possuem algum parente usuários de drogas. Porém, se faz necessário estudos adicionais que busquem avaliar outras evidências de validade do instrumento, em especial no que se refere a sua estrutura fatorial, de modo assim, a colaborar com os achados teóricos encontrados até aqui, por meio de revisão de literatura e pela a avaliação de juízes acerca da validade de conteúdo.

A ECOFAD, uma vez tendo as suas principais propriedades psicométricas analisadas, poderá servir como um importante instrumento de avaliação e intervenção nos serviços públicos de saúde destinados ao atendimento dos usuários de drogas e de seus familiares, com vistas para um melhor acompanhamento e tratamento dessas pessoas, principalmente no que diz respeito a minimização dos efeitos nocivos do Estigma de Cortesia.

## REFERÊNCIAS

Cassep-Borges V, Balbinotti MAA, & Teodoro MLM (2010) Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Porto Alegre, RS: Artmed. (p. 506-520).

Chang CC, Su JA, & Lin CY (2016) Using the Affiliate Stigma Scale with caregivers of people with dementia: psychometric evaluation. *Alzheimer's research & therapy*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13195-016-0213-y>.

Corrigan PW, & Watson AC (2002) The paradox of selfstigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53.

Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, & Kubiak MA (2003) An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of health and social behavior*, 44(2), 162–179.

Corrigan PW, Roe D, & Tsang HW (2011) Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates. West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Fiske ST (1998) Stereotyping, prejudice, and discrimination. In D. Gilbert, S. Fiske & G. Lindzey (Ed.) *Handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 2, pp. 357- 411). New York: McGraw Hill.

Frye S, Dawe S, Harnett P, Kowalenko S, & Harlen M (2008) Supporting the families of young people with problematic drug use: Investigating support options. Canberra: Australian National Council on Drugs

Galvão TF, Pansani TSA, & Harrad, D (2015) Principais itens para relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises. A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>

Goffman E (1975) Estigma: notas sobre a Manipulação da identidade deteriorada. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC.

Harding J, Proshansky H, Kumer B, & Chen I (1969) Prejudice and ethnic relations: In: G. Lindzey & E. Aronson (eds), *Handbook of social psychology: Vol.5. Applied social psychology*. 2nd ed., (pp.1-76). Reading; MA: Addison-Wesley.

Ligon J (2005) Families and significant others: The silent majority in addiction treatment and recovery. *NAADAC News*, National Association for Addiction Professionals, 15, 8.

Liu D, Hinton L, Tran C, Hinton D, & Barker JC (2008) Reexamining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers. *J Cross Cult Gerontol*; 23(3):283-99. doi: 10.1007/ s10823-008-9075-5.

Liu H, Xu Y, Sun Y, & Dumenci L (2014) Measuring HIV stigma at the family level: psychometric assessment of the Chinese Courtesy Stigma Scales (CCSSs). *PLoS one*, 9(3), e92855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092855>.

Mak WWS, & Cheung RYM (2008) Affiliate Stigma among Caregivers of People with Intellectual Disability or Mental Illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(6), 532-545. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00426.x>.

McCann TV, & Lubman DI (2018) Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse. *International journal of mental health nursing*, 27(2), 693–701. <https://doi.org/10.1111/inm.12355>.

Martins GA (2006) Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 8(20), 1-12.

Pachankis JE (2007) The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychological bulletin*, 133(2), 328–345. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.328>.

Pryor JB, & Reeder GD (2011) HIV - related stigma. In J.C. Hall, B.J. Hall & C.J. Cockerell (Eds.), *HIV/AIDS in the Post - HAART Era: anifestations, treatment, and Epidemiology* (pp. 790–806). Shelton, CT: PMP H- USA, Ltd.

Quinn DM, & Chaudoir SR (2009) Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of personality and social psychology*, 97(4), 634–651. <https://doi.org/10.1037/a0015815>.

Robinson MA, & Brewster ME (2016) Understanding affiliate stigma faced by heterosexual family and friends of LGB people: A measurement development study. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 30(3), 353–363. <https://doi.org/10.1037/fam0000153>.

Roozen HG, De Waart R, & Van Der Kroft P (2010) Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105, 1729–1738.

Saffari M, Koenig HG, O'Garro KN, & Pakpour AH. (2018) Mediating effect of spiritual coping strategies and family stigma stress on caregiving burden and mental health in caregivers of persons with dementia. *Dementia (London)*; In Press. doi: 10.1177/1471301218798082.

Saffari M, Lin CY, Koenig HG, O'Garro KN, Broström A, & Pakpour AH. (2019) A Persian version of the Affiliate Stigma Scale in caregivers of people with dementia. *Health promotion perspectives*, 9(1), 31–39. <https://doi.org/10.15171/hpp.2019.04>.

Sheehan L, Niweglowski K, & Corrigan PW (2017) The stigma of mentall illness – End of the story? Structures and Types of Stigma (pp.43-67). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1>.

Tamutien I, & Laslett AM (2016) Associative stigma and other harms ina sample of families of heavy drinkers in Lithuania. *J Subst Use*.22 (4):425-433.

Weisman de Mamani A, Weintraub MJ, Maura J, Martinez de Andino A, & Brown CA. (2018) Stigma, expressed emotion, and quality of life in caregivers of individuals with dementia. *Fam Process.*; 57(3):694-706. doi: 10.1111/famp.12325.

Yanos PT, Vayshenker B, DeLuca JS, & O'Connor LK (2017) Development and Validation of a Scale Assessing Mental Health Clinicians' Experiences of Associative Stigma. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 68(10), 1053–1060. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600553>.

Yun YS, Jaapar S, Fadzil NA, & Cheng KY (2018) Validation of the Malay Version of the Affiliate Stigma Scale among Caregivers of Patients with Mental Illness. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 25(6), 127–136. <https://doi.org/10.21315/mjms2018.25.6.13>.

Zisman-Ilani Y, Levy-Frank I, Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Mashiach-Eizenberg M, & Roe D. (2013) Measuring the internalized stigma of parents of persons with a serious mental illness: the factor structure of the parents' internalized stigma of mental illness scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(3), 183–187. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182845d00>.

## 2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira revisão sistemática de literatura possibilitou uma compreensão ampla do Estigma de Cortesia em várias condições de saúde, em específico em familiares de indivíduos com alguma doença mental e pais de criança com deficiências física, cognitiva e de desenvolvimento. Apesar desse fenômeno ser relatado também em outros agrupamentos populacionais, a exemplo de profissionais da saúde, percebe-se que a proximidade, o convívio por longos períodos e o fator parentesco, em especial no que se refere ao compartilhamento genético, fazem com que familiares de indivíduos estigmatizados sejam o principal alvo do Estigma de Cortesia.

A segunda revisão sistemática de literatura, derivado dessa primeira, investigou os principais instrumentos utilizados para mensurar esse constructo. Ao todo foram detectados seis instrumentos, sendo quatro deles destinados a familiares de pessoas com algum transtorno psiquiátrico, um voltado para parceiros e cônjuges de indivíduos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outro para filhos de pais gays, lésbicas ou bissexuais. Desses instrumentos dois chamaram a atenção, por terem mais de um estudo avaliando suas propriedades psicométricas e por também por serem os mais citados em estudos empíricos, sendo eles: a *Affiliate Stigma Scale* (ASS), desenvolvida para o contexto de familiares de indivíduos com doença mental e deficiência intelectual, e a *Clinician Associative Stigma Scale* (CASS) elaborada para avaliar os efeitos do estigma em profissionais da saúde mental no Estados Unidos da América (EUA).

Esses dois primeiros estudos teóricos foram importantes para a delimitação conceitual do Estigma de Cortesia, bem como para a escolha de um referencial teórico que embasasse a construção da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFAD). Optou-se pela perspectiva da Psicologia Social Cognitiva, a qual compreende que o processo de estigmatização deriva tanto das atitudes que os indivíduos têm entre si, quanto da influência da estrutura macrossocial.

Este modelo é particularmente vantajoso pelo fato de focar nas relações que os sujeitos estabelecem uns com os outros, possibilitando o entendimento do processo de estigmatização de um ponto de vista da interação pessoal. Sendo assim, nas pesquisas relacionadas ao estigma, muita das vezes se privilegia apenas o estudo do indivíduo isolado, geralmente aquele que é alvo do estigma, no entanto, sabe-se que no caso de familiares de usuários de drogas o foco no funcionamento e dinâmica familiar podem ser balizadores no modo como o estigma se perpetua

tanto no próprio usuário de droga, por ele ser portador da marca estigmática, quanto no familiar por ele estar associado a este último e ser alvo do Estigma de Cortesia.

Outra vantagem em relação ao modelo sócio cognitivista de compreensão do estigma, reside no fato dele ser aplicável para diferentes condições de saúde e no caso deste presente estudo, isso facilitou no processo de construção dos itens da ECOFAD, uma vez que das 94 pesquisas selecionadas na primeira revisão, apenas 3 artigos eram voltados para o uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo tal escassez também percebida no segundo estudo, no qual não foram encontrados instrumentos específicos para esse contexto.

Essa carência de literatura, foi de certa forma suprimida através da análise de conteúdo por comissão de Juízes, uma vez que alguns deles são especialistas na área de drogas, de estigma e intervenções psicológicas com famílias. Sendo assim, vários itens puderam ser adaptados considerando o contexto social e cultural brasileiro em que vivem as famílias de usuários de drogas.

No que diz respeito ao estudo de campo com 86 familiares de usuários de drogas a ECOFAD apresentou dados iniciais promissores de consistência interna com o Alfa de Cronbach da escala geral de 0,94 e das suas sub escalas todas acima de 0,8. Esses achados demonstram que os itens da escala estão representando um mesmo fenômeno, bem como aponta para uma boa adequação do modelo teórico proposto.

Para estudos posteriores faz-se necessária a análise de propriedades psicométricas adicionais do instrumento que permitam validar a sua estrutura fatorial por meio de análises fatoriais do tipo exploratória e confirmatória, além de buscar evidências de validade com variáveis externas. Em colaboração com esse processo, estudos qualitativos exploratórios acerca do Estigma de Cortesia com familiares de usuários de drogas podem ser úteis para a clarificação de lacunas deixadas pela literatura e para o refinamento dos itens e das dimensões da ECOFAD.

Este estudo tem especial importância por representar um pioneirismo na construção de instrumentos psicológicos destinados a mensurar o Estigma de Cortesia em familiares brasileiros de usuários de drogas e por servir de investigação inicial para que novas ferramentas sejam desenvolvidas no campo da saúde, possibilitando, assim, o aprimoramento dos serviços públicos de saúde prestados tanto no âmbito do usuário de drogas, quanto de seus familiares.

## REFERÊNCIAS

- Braun LM, Zanon LLD, Halpern SC (2014) A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. *Revista da SPAGESP*, 15(2),122-140.
- Brohan E, Slade M, Clement S, & Thornicroft G (2010) Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10, 80.
- Capitão CG, Scortegagna SA, & Baptista MN (2005) A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação psicológica*, 4(1), 75-82.
- Corrigan PW, & Watson AC (2002) The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35–53.
- Goffman E (1975) Estigma: notas sobre a Manipulação da identidade deteriorada. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC.
- Iseselo MK, Kajula L, & Yahya-Malima KI (2016) The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: A qualitativeurban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 16(1), 146. doi:10.1186/s12888-016-0857-y.
- Laranjeira R, Sakiyama H, Padin MF, Mitsuhiro S, & Madruga C (2013) *Levantamento Nacional de Famílias de Dependentes Químicos*. (Lenad Famílias). São Paulo: UNIAD, INPAD. Recuperado em 10 de março de 2017 de <http://www.inpad.org.br/lenadfamilia>.
- Larson JE, & Corrigan PW (2009) The stigma of families with mental illness. *Academic Psychiatry*, 32, 97–91. doi:10.1176/appi.ap.32.2.87.
- Link BG (1987) Understanding labelling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link & Phelan, JC (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363– 385.
- Link BG, Yang LH, Phelan JC, & Collins PY (2004) Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 511–541.
- Liu FM (2011) Perceived stigma in caregivers of persons with dementia and its impact on depressive symptoms (Doctoral dissertation, University of Iowa). Retrieved from <https://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article%43492&context%4etd>.
- Mak W.WS, & Chen SX (2006) Face concern: its role on stress– distress relationships among Chinese Americans. *Personality and Individual Differences*, 41(1), 143–153. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.016>.
- Mak WWS, & Cheung RYM (2008) Affiliate Stigma among Caregivers of People with Intellectual Disability or Mental Illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(6), 532-545. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00426.x>.

Mak WWS, & Cheung RYM (2012) Psychological distress and subjective burden of caregivers of people with mental illness: the role of affiliate stigma and face concern. *Community Mental Health Journal*, 48(3), 270–274. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9422-9>.

Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening E, Kaczynski R, Gonzalez J., Rosenheck RA (2007) Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(06), 535–536. doi:10.1192/bjp.bp.105.020826.

Scrambler G., & Hopkins A (1986) Being epileptic: coming to terms with stigma. *Sociology of Health and Illness*, 8, 26-43.

Sheehan L, Niweglowski K, & Corrigan PW (2017) The stigma of mental illness – End of the story? *Structures and Types of Stigma* (pp.43-67). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1>.

Tamutien I, & Laslett AM. (2016). Associative stigma and other harms in a sample of families of heavy drinkers in Lithuania. *J Subst Use*.22 (4):425–433.

Tikkanen SA, Peterson BL, & Parsloe SM (2018) Courtesy stigma and social support: An exploration of fathers' buffering strategies and blocking rationalizations. *Health Communication*. doi:10.1080/10410236.2018.1504658.

Torbet S, Proeve M., & Roberts RM (2019) Self-Compassion: a Protective Factor for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Mindfulness* 10, 2492–2506. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01224-5>.

Wood L, Burke E, Byrne R., & Morrison A (2016) Examining service user experiences of a cognitive therapy intervention for self-stigma in psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 8, 238-249.

World Health Organization (2017) Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=C10E57D467B3EEABB51500FD22D54C7D?sequence=4>,

## APÊNDICE A

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE JUÍZES



## Escala de Estigma de Cortesia Internalizado (ECOFAD)

Você está recebendo o material para avaliação da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFAD) composta por 38 itens e 3 dimensões (afetiva, cognitiva e comportamental).

A adequação de cada item está dividido em:

- Avaliação da escrita dos itens (redação, aspectos gramaticais, ortográficos, de concordância e pontuação)
- Avaliação da clareza dos itens (inteligibilidade, capacidade de representar uma ideia única, de forma simples, direta e sem ambiguidades)
- Avaliação da pertinência dos itens nas dimensões correspondentes:
  1. Afetiva: refere-se a emoções, sentimentos, sensações sobre um dado objeto social
  2. Cognitiva: conjunto de ideias, crenças, informações e opiniões que se tem sobre um dado objeto social,
  3. Comportamental: conjunto de ações, reações, respostas comportamentais frente ao objeto social

Caso tenha indicação de mudança de redação em alguns dos itens, por favor, fique à vontade para modificá-lo, em “Sugestão de Redação”.

Fonte: Disponível em:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe0kGAmiJKZtuvJ5DIq9CUWSCoxkV7izYygbzQ6f0MQj6ge6A/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe0kGAmiJKZtuvJ5DIq9CUWSCoxkV7izYygbzQ6f0MQj6ge6A/viewform?usp=sf_link)

## APÊNDICE B

### ESCALA DE ESTIGMA DE CORTESIA ENTRE FAMILIARES DE DROGAS (ECOFAD)

#### Escala de Estigma de Cortesia entre Familiars de Usuários de Drogas (ECOFAD)

##### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Construção e Validação da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFAD)". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é averiguar se familiares de usuários de drogas sofrem com os efeitos negativos do Estigma de Cortesia. Nesta pesquisa pretendemos construir e validar uma escala capaz de mensurar o Estigma de Cortesia entre familiares de usuários de drogas.

Caso você concorde em participar, vamos fazer a seguinte atividade com você: aplicação de um questionário online com duração aproximada de 30 minutos. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são cansaço e desconforto em relação ao teor das perguntas. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, procure responder em um ambiente tranquilo com calma e muita atenção. A pesquisa pode ajudar a fornecer subsídios que poderão nortear a melhoria dos serviços em saúde destinados aos familiares de usuários de drogas. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Caso seja do seu interesse, você pode registrar este termo por meio de um print da tela do computador. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Ao clicar na opção abaixo, você declara que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar da pesquisa. Se você não quiser participar, basta fechar esta página.

Juiz de Fora, 19 de Abril de 2021.

Nome do Pesquisador Responsável: Daniel Augusto Costa Maldonado  
Fone: (31)999059857  
E-mail: [danielmalcosta@gmail.com](mailto:danielmalcosta@gmail.com)

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Fonte: Disponível em:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfAnMemgkkKSyHmJuoiExN0dRTXJgfNfgiusWU4CBKeOFs6ZQ/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfAnMemgkkKSyHmJuoiExN0dRTXJgfNfgiusWU4CBKeOFs6ZQ/viewform?usp=sf_link)

## ANEXO A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “**Construção e Validação da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFAD)**”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é averiguar se familiares de usuários de drogas sofrem com os efeitos negativos do Estigma de Cortesia. Nesta pesquisa pretendemos construir e validar uma escala capaz de mensurar o Estigma de Cortesia entre familiares de usuários de drogas.

Caso você concorde em participar, vamos fazer a seguinte atividade com você: aplicação de um questionário online com duração aproximada de 30 minutos. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são cansaço e desconforto em relação ao teor das perguntas. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, procure responder em um ambiente tranquilo com calma e muita atenção. A pesquisa pode ajudar a fornecer subsídios que poderão nortear a melhoria dos serviços em saúde destinados aos familiares de usuários de drogas.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados como pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Ao clicar na opção abaixo, você declara que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar da pesquisa. Se você não quiser participar, basta fechar esta página.

Juiz de Fora, 01 de Março de 2021.



Assinatura do (a) Pesquisador (a)

**Nome do Pesquisador Responsável: Daniel Augusto Costa**  
**Maldonado Campus Universitário da UFJF**  
**Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, Mestrando em Processos Psicossociais em**  
**Saúde, UFJF**  
**CEP: 36036-900**  
**Fone: (31)999059857**  
**E-mail: daniel.augusto@estudantes.ufjf.br**

## ANEXO B

## ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PETRÓPOLIS (UCP)

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PETRÓPOLIS - UCP/RJ</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>								
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>								
<p><b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b></p> <p><b>Título da Pesquisa:</b> Validação da Escala de Estigma de Cortesia entre Familiares de Usuários de Drogas (ECOFAD)</p> <p><b>Pesquisador:</b> Pollyanna Santos da Silveira</p> <p><b>Área Temática:</b></p> <p><b>Versão:</b> 1</p> <p><b>CAAE:</b> 47968921.5.0000.5281</p> <p><b>Instituição Proponente:</b> ASSOCIACAO FACULDADES CATOLICAS PETROPOLITANAS</p> <p><b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio</p> <p><b>DADOS DO PARECER</b></p> <p><b>Número do Parecer:</b> 4.801.497</p> <p><b>Apresentação do Projeto:</b></p> <p>Trata-se de pesquisa do tipo instrumental para validação de uma escala que avalie Estigma de Cortesia entre familiares de usuários de drogas. Após a construção e validação do conteúdo do instrumento por comissão de especialistas nas áreas de Álcool e outras drogas, Estigma e Psicometria, será aplicado o instrumento desenvolvido em uma amostra piloto com familiares de usuários de drogas.</p> <p>A aplicação será online, não necessitando de um local específico para a sua realização e não implicará em intervenções diretas com o público alvo.</p> <p>A amostra será composta por critério de conveniência por se tratar de uma fase piloto da pesquisa. O recrutamento será feito pelo contato com grupos e associações de familiares de usuários de álcool e outras drogas, apresentando os objetivos da pesquisa e solicitando o auxílio na divulgação da mesma. Para se atingir os objetivos, estima-se um total de 50 participantes. maiores de 18 anos e que possuam algum membro da família que seja usuário de drogas. Não poderão participar da pesquisa, indivíduos que por algum motivo tenham dificuldade de acesso à internet (a pesquisa será feita online) ou que sejam eles próprios usuários de drogas.</p> <p>A aplicação do instrumento será feita através de um questionário online constituído de duas sessões, sendo a primeira para as informações referentes aos dados sociodemográficos composto por 3 perguntas acerca do sexo, idade e relação de parentesco com o familiar que faz uso de drogas; e, a segunda com os itens do instrumento desenvolvido.</p>								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><b>Endereço:</b> BENJAMIM CONSTANT, 213</td> <td style="border: none;"><b>CEP:</b> 25.610-130</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><b>Bairro:</b> CENTRO</td> <td style="border: none;"><b>Município:</b> PETROPOLIS</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><b>UF:</b> RJ</td> <td style="border: none;"><b>E-mail:</b> cep@ucp.br</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><b>Telefone:</b> (24)2244-4069</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<b>Endereço:</b> BENJAMIM CONSTANT, 213	<b>CEP:</b> 25.610-130	<b>Bairro:</b> CENTRO	<b>Município:</b> PETROPOLIS	<b>UF:</b> RJ	<b>E-mail:</b> cep@ucp.br	<b>Telefone:</b> (24)2244-4069	
<b>Endereço:</b> BENJAMIM CONSTANT, 213	<b>CEP:</b> 25.610-130							
<b>Bairro:</b> CENTRO	<b>Município:</b> PETROPOLIS							
<b>UF:</b> RJ	<b>E-mail:</b> cep@ucp.br							
<b>Telefone:</b> (24)2244-4069								

Continuação do Parecer: 4.801.497

Para a análise de dados serão realizadas:

1. análise semântica de modo a determinar se os itens possuem a clareza necessária e se a formatação e a disposição dos itens estão adequados para esse público alvo da pesquisa.
2. análises descritivas, tais como frequência, porcentagem e medidas de tendência central.
3. análise inicial psicométrica, tais como Alfa de Cronbach e Análise Fatorial Exploratório se os pressupostos amostrais assim permitirem.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Validar uma escala que avalie Estigma de Cortesia entre familiares de usuários de drogas.

Objetivo Secundário: Realizar o pré-teste online com uma amostra piloto de familiares de usuários de drogas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Os riscos da pesquisa são considerados mínimos pois se trata da aplicação de uma escala que será respondida de forma online, sem nenhum tipo de identificação do respondente, sendo preservado ao longo de todo o processo de aplicação, coleta e análise dos dados o sigilo e a confidencialidade das pessoas que fizeram parte da pesquisa. O risco que pode ocorrer durante a resposta da escala é a pessoa se sentir cansada devido ao número de itens a serem respondidos (ao todo serão 38 itens objetivos) com duração total aproximada de 30 minutos ou se se sentir desconfortável com o teor das perguntas, já que se trata de uma tema delicado envolvendo algum familiar que ela possua e que faça uso de drogas.

Benefícios: Os benefícios são para o desenvolvimento científico e acadêmico, bem como para melhorar as intervenções em saúde com familiares de usuários de drogas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Dentro do padrão.

**Recomendações:**

Não há.

Endereço: BENJAMIM CONSTANT, 213

Bairro: CENTRO

CEP: 25.610-130

UF: RJ

Município: PETROPOLIS

Telefone: (24)2244-4069

E-mail: cep@ucp.br

Continuação do Parecer: 4.801.497

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:****Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FRV.docx	23/06/2021 18:56:15	Ave Regina de Azevedo Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1769238.pdf	10/06/2021 19:41:22		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	10/06/2021 19:40:20	Pollyanna Santos da Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Daniel_revisado.docx	04/06/2021 16:20:00	DANIEL AUGUSTO COSTA MALDONADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Daniel.docx	04/06/2021 15:39:32	DANIEL AUGUSTO COSTA MALDONADO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	04/06/2021 15:35:31	DANIEL AUGUSTO COSTA MALDONADO	Aceito
Outros	questionario_online.docx	04/06/2021 15:28:02	DANIEL AUGUSTO COSTA MALDONADO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PETROPOLIS, 23 de Junho de 2021

Assinado por:  
Ave Regina de Azevedo Silva  
(Coordenador(a))

Endereço: BENJAMIM CONSTANT, 213  
Bairro: CENTRO CEP: 25.610-130  
UF: RJ Município: PETROPOLIS  
Telefone: (24)2244-4069 E-mail: cep@ucp.br