UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RAQUEL HELENA HERNANDEZ FERNANDES

Adaptação cultural da *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* (MICA-4) para o português brasileiro

RIBEIRÃO PRETO

2018

RAQUEL HELENA HERNANDEZ FERNANDES

Adaptação cultural da *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* (MICA-4) para o português brasileiro

Versão Original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Profa. Dra. Carla Aparecida Arena Ventura

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Fernandes, Raquel Helena Hernandez

Adaptação cultural da *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* (MICA-4) para o português brasileiro, 2018.
131p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Promoção de Saúde Mental.
Orientador: Ventura, Carla Aparecida Arena.

1. Adaptação Cultural. 2. Estudos de Validação. 3. Estigma. 4. Profissionais de Saúde. 5. Transtornos Mentais

FERNANDES, R. H. H. Adaptação cultural da *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* (MICA-4) para o português brasileiro. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr.
_____

Instituição:
_____

Julgamento:
_____

Prof. Dr.
_____

Instituição:
_____

Julgamento:
_____

Prof. Dr.
_____

Instituição:
_____

Julgamento:
_____

Dedicatória

Dedico este trabalho às pessoas com transtornos mentais. Hoje, a minha vida tem diversos significados graças a vocês. Minha eterna admiração por tanta coragem e resiliência.

Agradecimentos Especiais

A Deus e à vida, por todos os sentimentos e vivências que surgiram no desenvolvimento deste estudo.

Ao meu marido, Guilherme, por todo amor, companheirismo e compreensão. A vida com você é mais doce, leve e bem-humorada! Obrigada por viver os meus sonhos e tornar minha vida mais colorida! Todo o meu amor para você!

À Profª Dra. Carla A. Arena Ventura, por me proporcionar tantos desafios, ressignificações e um mundo totalmente novo. Minha eterna gratidão por sempre estar ao meu lado, por todas as orientações profissionais e pessoais, pelo carinho, acolhimento, paciência e confiança. Você é inspiração!

À Profª Dra. Simone de Godoy Costa, pelo carinho com que sempre me acolhe, pelas conversas que me tranquilizam e por todo auxílio durante esta jornada. Trabalhar com você confirmou a ideia de que o comprometimento e a seriedade nos levam longe. Você é incrível!

À minha mãe, Lúcia, por todo amor e incentivo. Sempre me lembrarei da encantadora experiência de ter sido sua aluna, das cenas de te ver preparando aulas e dos livros em cima das mesas de casa. Você me influenciou muito para seguir este caminho.

À querida amiga Bruna Sordi Carrara, por todo apoio e carinho. Obrigada por nossa amizade tão bonita e repleta de vivências. Gratidão ao mestrado por ter nos aproximado. Você é parte fundamental nesta caminha e a minha conquista também é sua!

À querida amiga Ana Ester Bottaro, por todo carinho. Você é uma das maiores incentivadoras da minha carreira e me fez enxergar que eu poderia chegar aqui. Obrigada por nossa amizade tão verdadeira e divertida!

Ao meu pai, Luiz, por todo amor, carinho, por sempre incentivar a minha leitura e me fazer acreditar que a determinação nos leva aos nossos sonhos.

À minha “mãedrasta” Dora, por todo carinho, cuidado, incentivo profissional e por sempre partilhar comigo suas experiências como enfermeira em saúde mental.

Ao meu irmão, Luiz Guilherme, e a minha cunhada, Marina, pelas longas conversas e reflexões sempre tão inspiradoras e inquietantes. Somos muito parecidos no desejo de transformar realidades.

À minha querida avó Nair, pela infância amorosa, pelo constante incentivo, admiração e por sempre me proteger com suas orações.

Agradecimentos

À Sireesha Bobbili, por todo apoio, orientação e auxílio neste estudo. Sinto-me honrada com tanta confiança!

Ao *Centre for Addiction and Mental Health*, por nos concederem o desafio de um grande projeto.

À Dra. Miyeko Hayashida, por todo tempo, paciência, dedicação e auxílio na realização deste estudo.

À Profª Drª Patrícia Neves Guimarães, que desde o nosso primeiro contato foi tão receptiva, fazendo com que criássemos um laço tão importante mesmo diante da longa distância. Obrigada por partilhar suas experiências, por todas as contribuições e por me incentivar tanto.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e, em especial, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, por todas as oportunidades, pelo acolhimento e suporte para que este estudo fosse realizado e concluído.

À Secretaria do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica e, em especial, à secretária Adriana Borela Bortoletti Arantes, por tanta disposição em auxiliar, pela tranquilidade e paciência.

A todos os professores da Universidade de São Paulo que cruzaram meu caminho e contribuíram para a minha formação profissional.

A todos os funcionários da Universidade de São Paulo e, em especial, aos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, por todo apoio e presteza.

Às funcionárias Juliana Gazzotti e Rosana Martins Farias de Oliveira, pelo acolhimento, auxílio, conversas e contribuições para minha formação profissional.

Aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento (GEPESADES) e do Centro de Educação em Direitos Humanos e Saúde

(CEDiHuS), pelos estudos, conversas e reflexões. Os meus primeiros passos rumo ao mestrado começaram com vocês.

Aos queridos alunos da Liga de Direitos Humanos e Saúde (LIDIHUS), pelos convites para participação em palestras e projetos de extensão. Sempre aprendo muito com vocês.

À Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, por todo apoio neste estudo e por nos receber de forma tão aberta.

Aos tradutores, que disponibilizaram tempo e fizeram um belo trabalho.

Aos meus familiares e amigos que sempre me incentivam e demonstram admiração pelo meu trabalho. Cada um tem seu lugar especial na minha caminhada.

Aos profissionais de saúde que participaram deste estudo, pelo tempo disponibilizado, respeito, contribuições, compartilhamento de vivências e importância que demonstraram sentir em relação ao meu trabalho. Este estudo não seria possível sem vocês!

"(...)Todos estão loucos, neste mundo? Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total. Todos os sucedidos acontecendo, o sentir forte da gente – o que produz os ventos. Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura. Deus é que me sabe. (...)"

(ROSA, João Guimarães. O Grande Sertão: Veredas, p. 327).

RESUMO

FERNANDES, R.H.H. **Adaptação cultural da *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* (MICA-4) para o português brasileiro**. 2018. 131f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O estigma dos profissionais de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais é um fenômeno que necessita ser alvo de estudo para que sejam realizadas reflexões e construções de estratégias de intervenções anti-estigma. Um dos métodos utilizados para a investigação do fenômeno é a utilização de escalas de mensuração de estigma. Nessa perspectiva, a escala *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale*, versão 4, MICA-4, foi utilizada em um projeto-piloto do *Centre for Addiction and Mental Health* da Universidade de Toronto, Canadá. Com o compromisso de reproduzir o projeto no Brasil, este estudo buscou adaptar culturamente a MICA-4 para o português brasileiro. Assim, foram realizadas as etapas do processo de adaptação cultural, sendo a primeira delas a tradução, a qual foi realizada por três tradutores. Dois dos tradutores conheciam os objetivos do estudo e o outro os desconhecia. A equipe de pesquisa analisou as três traduções e, com base nessa análise, obteve a Versão Português 4. Essa versão foi encaminhada para o Comitê de Juízes e o índice de concordância para modificações foi de 60%. Por conta desse baixo índice, a equipe de pesquisa manteve a Versão Português 4. Na etapa seguinte, Retrotradução, essa versão foi enviada para dois tradutores nativos de país de língua inglesa e que possuem bom conhecimento da língua portuguesa, originando duas versões em inglês. A equipe de pesquisa enviou para o autor a versão em inglês obtida por meio das comparações entre essas versões. O autor da MICA-4 sugeriu pequenos ajustes na referida versão, os quais não ocasionaram modificações na Versão Português 4. Após, seguiu-se com a fase do pré-teste, onde a Versão Português 4 foi aplicada em 40 profissionais de saúde de Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. A maioria dos participantes era do sexo feminino (87,5%), com média de idade de 45 anos e com formação como técnicos em enfermagem. Nesta fase, os profissionais de saúde sugeriram modificações em dois itens da escala (5 e 11) para melhor compreensão. A equipe de pesquisa acatou as sugestões, originando a Versão Português Final. Dessa forma, ficou demonstrado que este estudo

buscou compreender de maneira profunda as considerações dos profissionais de saúde, com o objetivo de realizar rigorosamente o processo de Adaptação Cultural.

Palavras-chave: Adaptação Cultural; Estudos de Validação; Estigma; Profissionais de Saúde; Transtornos Mentais.

ABSTRACT

FERNANDES, R.H.H. **Cultural adaptation of Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA-4) to Brazilian Portuguese**. 2018. 131f. Dissertation (Master degree) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2018.

The stigma of health professionals in relation to people with mental illness is a phenomenon that needs to be studied in order to reflect and construct strategies of anti-stigma interventions. One of the methods used to investigate the phenomenon is the use of stigma measurement scales. In this perspective, Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale, version 4, MICA-4, was used in a pilot project of the Centre for Addiction and Mental Health of the University of Toronto, Canada. With the commitment to reproduce the project in Brazil, this study sought to adapt MICA-4 to Brazilian Portuguese. Thus, the stages of the process of cultural adaptation, were carried out, the first being the translation, which was carried out by three translators. Two of the translators knew the aims of the study and the other did not. The research team analyzed the three translations and, based on this analysis, obtained the Portuguese Version 4. This version was sent to the Judges Committee and the concordance index for modifications was 60%. Because of this low index, the research team maintained the Portuguese Version 4. In the following stage, Back-Translation, this version was sent to two native English-speaking translators who have a good knowledge of the Portuguese language, originating two English versions. The research team sent the author the English version obtained through the comparisons between these versions. The author of MICA-4 suggested small adjustments in the version, which did not cause modifications in the Portuguese Version 4. After, it was followed with the phase of the pre-test, where Portuguese Version 4 was applied in 40 health professionals of Basic Health Units and Family Health Units in the city of Ribeirão Preto, State of São Paulo. Most of the participants were female (87.5%), mean age 45 years old and with educational background as a nursing technician. At this stage, health professionals suggested modifications to two items on the scale (5 and 11) for the better understanding. The research team accepted the suggestions, originating the Portuguese Final Version. In this way, it was demonstrated that this study sought to understand health professionals' considerations, in order to rigorously performing the process of Cultural Adaptation.

Keywords: Cultural Adaptation; Validation Studies; Stigma; Health professionals; Mental Illness.

RESUMEN

FERNANDES, R.H.H. **Adaptación cultural de la escala *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* (MICA-4) para el portugués brasileño**. 2018. 131h. Disertación (Curso de Maestría) – Escula de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

El estigma de los profesionales de la salud en relación a las personas con trastornos mentales es un fenómeno que necesita ser objeto de estudio para que se realicen reflexiones y construcciones de estrategias de intervenciones anti-estigma. Uno de los métodos utilizados para la investigación del fenómeno es la utilización de escalas de medición de estigma. En esta perspectiva, la escala Mental Illness: Clínicas' Attitudes Scale, versión 4, MICA-4, fue utilizada en un proyecto piloto del *Centre for Addiction and Mental Health* de la Universidad de Toronto, Canadá. Con un compromiso de desempeñar el proyecto en Brasil, este estudio trata de adaptarse culturalmente a MICA-4 para el portugués brasileño. Así, se realizaron las etapas del proceso de adaptación cultural, siendo la primera de ellas la traducción, la cual fue realizada por tres traductores. Dos de los traductores conocían los objetivos del estudio y el otro los desconocía. El equipo de investigación analizó los tres traducciones y, en base a este análisis, obtiene la versión portuguesa 4. Esta versión fue remitida al Comité de Jueces y el índice de concordancia de los cambios fue del 60%. Debido a esta baja tasa, el equipo de investigación mantuvo la versión portuguesa 4. En el siguiente paso, retrotraducción, esta versión fue enviado a dos traductores nativos de un país de habla Inglés y tener un buen conocimiento de la lengua portuguesa, la creación de dos versiones en inglés. El equipo de investigación envió al autor la versión en inglés obtenida por medio de las comparaciones entre esas versiones. El autor de la mica-4 sugirió ajustes menores en dicha versión, que no causó cambios en la versión portuguesa 4. Después, siguió con la fase de la prueba previa, donde se aplicó la versión portuguesa de 4 a 40 unidades de profesionales de la salud de Unidades Básicas de Salud y Unidades de Salud de la Familia del municipio de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. La mayoría de los participantes era del sexo femenino (87,5%), con promedio de edad de 45 años y con formación como técnicos en enfermería. En esta fase, los profesionales de salud sugirieron modificaciones en dos ítems de la escala (5 y 11) para una mejor comprensión. El equipo de investigación ha aceptado las sugerencias, se origina

la versión final portugués. El equipo de investigación ha aceptado las sugerencias, se origina la versión final portugués. De esta forma, quedó demostrado que este estudio buscó comprender de manera profunda las consideraciones de los profesionales de salud, con el objetivo de realizar rigurosamente el proceso de Adaptación Cultural.

Palabras clave: Adaptación Cultural; Estudios de Validación; Estigma; Profesionales de Salud; Trastornos Mentales.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo envolvidos no estigma dos profissionais de saúde 40

Figura 2 – Fluxograma explicativo do método e do percursos no estudo 74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escalas existentes de mensuração de estigma de acordo com Wei et al. (2017) 91

Quadro 2 – Comparações entre as versões MICA-2 e MICA-4 48

Quadro 3 – Versões das três traduções da escala MICA-4 e Versão Português 4 60

Quadro 4 – Sugestões de modificações de algumas expressões em inglês da Versão Retrotraduzida 64

Quadro 5 – Sugestões dos profissionais de saúde sobre modificação de itens 70

Quadro 6 – Versão Português Final da MICA-4 com destaque para os itens modificados 71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde de Unidades de Atenção Primária (n=40), Ribeirão Preto 2018..... 67

Tabela 2 – Características do estudo em relação à porcentagem de profissionais de saúde de UBS e USF, ocupação na unidade, tempo de atuação na unidade e tempo de resposta da escala, Ribeirão Preto, 2018 69

LISTA DE SIGLAS

CAMH	*Centre for Addiction and Mental Health*
MICA	*Mental Illness Clinicians' Attitides Scale*
MICA-2	*Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale* – versão 2
MICA-3	*Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* – versão 3
MICA-4	*Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* – versão 4
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
DP	Desvio Padrão

SUMÁRIO

1 Introdução 28

2 Objetivos 35
2.1 Objetivo Geral 35
2.2 Objetivos Específicos 35

3 Referencial Teórico-Metodológico 37
3.1 Profissionais de saúde e o estigma em relação às pessoas com transtornos mentais 37
3.2 Estratégias de redução de estigma em profissionais de saúde 40
3.3 O auto-estigma das pessoas com transtornos mentais como consequência das atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde 41
3.4 Importância do estudo para a Enfermagem 41
3.5 Escalas de mensuração de estigma em profissionais de saúde..... 43
3.5.1 Escalas existentes de mensuração de estigma em profissionais de saúde com relação às pessoas com transtornos mentais 43
3.6 A escala *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA-4)*..... 44
3.7 Adaptação Cultural 49
3.7.1 Aspectos teóricos e metodológicos do processo de adaptação cultural de escalas de medida 50
3.7.1.1 Tradução 50
3.7.1.2 Comitê de Juízes 51
3.7.1.3 Retrotradução (*back-translation*) 52
3.7.1.4 Pré-teste 52
3.7.1.5 Processamento e análise de dados 53

4 Material e Método 55
4.1 Permissão dos autores para utilização da escala no Brasil e aspectos éticos 55
4.2 Local e população do estudo 55
4.3 Etapas realizadas da Adaptação Cultural 56
4.3.1 Tradução da MICA-4 para o português brasileiro 56
4.3.2 Revisão da Tradução por Comitê de Juízes 56
4.3.3 Retrotradução (*back-translation*) e envio da Versão Retrotraduzida para o Autor 57
4.3.4 Pré-teste 57
4.3.4.1 Procedimentos de coleta de dados e proteção dos participantes 57
4.3 5 Processamento e Análise dos dados 58

5 Resultados e Discussão 60
5.1 Tradução da MICA-4 para o português brasileiro 60
5.2 Avaliação do Comitê de Juízes 63
5.3 Retrotradução (*back-translation*) e envio da Versão Retrotraduzida para o Autor . 63
5.4 Pré-teste 66

5.4.1 Caracterização sociodemográfica 66
5.4.2 Percepções dos profissionais de saúde sobre a escala MICA-4 70
5.4.3 Modificações necessárias na escala para a Versão Português Final 71
5.4.4 Fluxograma explicativo do método e do percurso do estudo 74
5.4.5 Limitações do Estudo 75

6 Considerações Finais 77

Referências 79
Anexos 91
Apêndices 103

APRESENTAÇÃO

Apresentação

A minha trajetória acadêmica iniciou-se em 2006, quando ingressei na graduação da Faculdade de Direito de Franca. As disciplinas que mais despertavam minha atenção eram Direitos Humanos, Direito Penal, Direito de Família e das Sucessões e Direito Constitucional, pois era possível perceber que os conflitos que orbitam essas áreas necessitam de sensibilidade por parte do profissional e que é necessário enxergar as partes envolvidas além do conflito.

Em 2009, iniciei o estágio na Defensoria Pública do Estado de São Paulo, onde tive contato com público carente e, a cada atendimento, era possível perceber como é importante ter sensibilidade, empatia e conhecimentos da área de Psicologia para poder entender os problemas pelos quais aquelas pessoas passavam. Nesse contexto, foi possível identificar que transtornos mentais estão muito presentes nas vidas das pessoas e que muitos problemas jurídicos a serem resolvidos eram oriundos daqueles e do uso de álcool e drogas ilícitas, o que originava conflitos familiares e sociais, além de injustiças. Foi nesse período que surgiu o interesse e a necessidade de estudar, por meio de pesquisas científicas, o essencial enlace do Direito com a Psicologia.

Em 2012, iniciei a carreira de advogada autônoma e em 2013 ingressei na pós-graduação *lato sensu* em Criminologia, no Instituto Paulista de Estudos Bioéticos e Jurídicos - IPEBJ. Essa pós-graduação foi de extrema importância para que a minha aproximação com a pesquisa científica finalmente acontecesse. Assim, após estudos, percebi que nutria grande interesse por pessoas com transtorno mental e os preconceitos que as cercam. Por essa razão, desenvolvi a monografia "A Sociedade e o Estado perante a Medida de Segurança Brasileira e a Estigmatização do Criminoso Portador de Transtorno Mental".

Como advogada, tive a oportunidade de realizar consultorias relativas ao Direito à Saúde para pais de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista.

Em 2014, conheci a Profª. Carla Ventura, que foi quem fez o convite para que eu participasse do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento (GEPESADES). A minha participação no grupo trouxe amadurecimento e conhecimento sobre o mundo da pesquisa científica. No primeiro semestre de 2015, ingressei na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto como aluna especial das disciplinas de Diplomacia em Saúde (1º semestre) e Direito à Saúde (2º semestre). O período como aluna especial foi primordial para que eu ampliasse o contato com a metodologia científica.

Ainda em 2015, a Profª. Carla apresentou o projeto sobre estigma de profissionais de saúde com relação às pessoas com transtornos mentais, em parceria com a Comissão de Saúde Mental do Canadá, e fez a proposta de reproduzi-lo no Brasil. O meu interesse pelo projeto foi imediato, pois percebi que com ele as minhas inquietações desde a época da graduação poderiam ser alvo de pesquisa científica e, posteriormente, repercussão social, promovendo mais ainda a aproximação entre o Direito, a Psicologia e a Enfermagem. Assim, foram iniciadas as preparações, tanto pessoais quanto do projeto de pesquisa, para ingressar no mestrado em Ciências, pelo programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Para que o projeto acima mencionado seja reproduzido no Brasil, é necessário que se faça a adaptação cultural e a validação da escala *Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale* (MICA-4) para o português brasileiro. Esse procedimento traz constantes desafios para quem é recente na pesquisa científica e nunca teve contato com método quantitativo. Entretanto, aceitei o desafio e tenho superado as dificuldades apresentadas, pois a minha motivação vem do pensamento de que por meio da pesquisa científica conseguimos transformar realidades prejudicadas.

A partir do momento em que aceitei o desafio, decidi que iria imergir no mundo da saúde mental. Nesse sentido, frequentei disciplinas específicas e participei de muitos eventos científicos e não científicos na área de saúde mental, com o intuito de conhecer realidades de pessoas com transtornos mentais e profissionais de saúde. Senti que fui contagiada pelo encantamento da saúde mental.

Para a coleta de dados, realizei visitas em algumas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto, as quais me trouxeram um novo mundo. Fiquei verdadeiramente fascinada com o trabalho dos profissionais de saúde que se dedicam mesmo com todos os entraves que o sistema público apresenta. Presenciei dedicação, dificuldades, distanciamento social e, ao mesmo tempo, empatia e amor. Também os ouvi sobre a falta de capacitação profissional na saúde mental. Durante as visitas, tive mais certeza ainda da importância deste estudo.

Dessa forma, acredito que os resultados deste estudo poderão auxiliar em futuras intervenções com os profissionais de saúde, de modo a modificar positivamente a realidade das pessoas com transtorno mental. Acredito, também, que essas transformações poderão tutelar os direitos humanos e fundamentais dessas pessoas, além de auxiliá-las a reconstruir

as suas relações pessoais e fazer com que a sociedade as enxerguem como pessoas dignas de respeito e pertencentes ao meio social.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Pessoas com transtorno mental foram recorrentemente reconhecidas pela sociedade como estranhas (FOUCAULT, 2004), o que gera as crenças de que são um fardo para a sociedade; não merecem empatia e simpatia e são fracas (CORRIGAN; WASSEL, 2008; JORM; GRIFFITHS, 2008; PUTMAN, 2008). Essas reações sociais negativas trazem à tona o estigma, sendo entendido como uma construção social que representa uma marca que atribui a um indivíduo status desvalorizado em relação a outro. Essa desvalorização ocorre porque o transtorno mental e suas consequências são vistos como anormais socialmente e, por serem considerados anormais, pessoas com transtornos mentais se destacam de forma negativa em razão dessa anormalidade (GOFFMAN, 1988).

Segundo Link e Phelan (2001), o estigma é definido pela ocorrência conjunta dos elementos rotulação (quando há o reconhecimento de uma diferença de personalidade ou comportamento), estereótipos (associação da diferença com crenças negativas), distância social (segregação das pessoas rotuladas negativamente daquelas que não compartilham ou não possuem o mesmo rótulo), perda de *status* e discriminação (consequências das atitudes e preconceitos contra o indivíduo rotulado). Para a presença do estigma, além da comunicação entre esses elementos, é necessário que se manifestem em um conjunto caracterizado por diferenças de poderes sociais, econômicos e políticos.

Corroborando com Link e Phelan (2001), Thornicroft et al. (2008) afirma que o estigma na saúde mental é consequência de problemas de falta de conhecimento (ignorância), de atitudes (preconceito) e de comportamento (discriminação).

Dentre as fortes crenças que contribuem para o estigma, estudos na área demonstram que pessoas com transtornos mentais são consideradas responsáveis por seus transtornos mentais, em oposição àquelas com doenças como câncer, problemas cardíacos ou outras enfermidades (LINK et al., 2004).

Nesse contexto, diferencia-se o estigma público e o estigma estrutural (CORRIGAN, 2004). O estigma público ocorre quando um grupo adquire preconceito em relação a outro grupo (CORRIGAN, 2004). O estigma estrutural se refere às regras, políticas e procedimentos de instituições que restringem os direitos e oportunidades para membros de grupos estigmatizados (CORRIGAN, 2004; CORRIGAN; KERR; KNUDSEN, 2005). Atitudes e comportamentos negativos de representantes de instituições

públicas, como pessoas que trabalham em setores da saúde e de justiça criminal são exemplos de estigma estrutural (LIVINGSTON; ROSSITER; VEDUN-JONES, 2011).

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde divulgou dados que demonstram que pessoas com transtornos mentais estão entre os grupos sociais mais marginalizados e vulneráveis na maioria dos países, além de indicarem que os transtornos mentais são historicamente estigmatizados (OMS, 2005). Esses achados fortalecem dados e informações de pesquisas acadêmicas que comprovam que nas últimas décadas o estigma relacionado a indivíduos com transtornos mentais aumentou significativamente (SHARAC et al., 2010; HERDERSON; THORNICROFT, 2009).

Nesse cenário, espera-se que profissionais de saúde estejam livres do estigma em relação às pessoas com transtornos mentais, isso porquê trabalham diretamente com pessoas com transtornos mentais e possuem conhecimento científico sobre saúde mental. Além disso, sabe-se que são formadores de opinião, o que resulta no fato de suas crenças serem altamente confiáveis. Ainda, acredita-se que suas opiniões são amplamente divulgadas e podem ter um efeito multiplicador na população geral e entre outros profissionais (LAUBER et al., 2004).

Em contrassenso com essas crenças, diversos estudos demonstram que os profissionais de saúde e os profissionais de saúde da saúde mental possuem ideias negativas em relação às pessoas com transtornos mentais, originando o estigma em relação a esses indivíduos. Assim, estudos têm indicado que os profissionais de saúde possuem atitudes negativas para com os indivíduos com transtornos mentais (SCHULZE, 2007) e que esses profissionais são menos otimistas sobre os resultados de tratamento, que são de longo prazo, de pessoas com transtornos mentais em comparação com o público em geral (HUGO, 2001; MC DAID, 2008).

Outro ponto que se faz necessário ressaltar é que se acredita que o processo de estigmatização na área da saúde começa já na definição do diagnóstico. O diagnóstico é uma importante ferramenta para a definição de um tratamento mais adequado, entretanto, muitas vezes a conotação que se dá para determinadas doenças é muito mais vinculada a uma questão moral (NEVES, 2004).

Acredita-se, também, que essas ideias negativas e estigmatizantes são, provavelmente, relacionadas às experiências dos profissionais de saúde com os usuários dos serviços de saúde que estejam em fases agudas do transtorno mental. Entretanto, tais experiências não podem influenciar e nem justificar atitudes desrespeitosas, além de não

ser possível tolerar que esses profissionais ignorem as necessidades explícitas dos usuários e disseminem ideias repletas de estigma (LYONS; HOPLEY; HORROCKS, 2009; WAHL, 1999).

Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde ligados indireta ou diretamente à saúde mental estejam cientes de suas próprias atitudes em relação às pessoas com transtornos mentais e consequências negativas que as atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios podem gerar (CALDWELL; JORM, 2000). Comportamentos estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde mental prejudicam os tratamentos das pessoas com transtornos mentais. Segundo Schulze e Angermeyer (2003), em estudo realizado na Alemanha, familiares e pacientes relataram o contato com profissionais de saúde mental como sendo uma das experiências mais estigmatizantes, pois os usuários dos serviços de saúde sentiam-se estigmatizados pela falta de interesse geral dos profissionais e pelo foco predominante no tratamento farmacológico. No Brasil, estudo envolvendo profissionais de saúde mental que trabalham em Juiz de Fora/MG provou que transtornos mentais são a condição de saúde mais percebida negativamente entre esses profissionais (SILVEIRA, 2010).

Situações de estigma fazem concluir que pessoas com transtornos mentais são menos propensas aos benefícios da profundidade e amplitude dos serviços de saúde disponíveis em comparação com as pessoas sem transtornos mentais (DESAI et al., 2002). Além disso, o estigma por parte dos profissionais de saúde e da sociedade, em geral, pode originar o auto-estigma por parte das pessoas com transtornos mentais, resultando em severas consequências. O auto-estigma ocorre quando membros de um grupo estigmatizado internalizam o estigma público (CORRIGAN, 2004). Estudos demonstram que o auto-estigma influencia diretamente a diminuição da auto-estima, o que contribui para ideias negativas do indivíduo sobre si mesmo (FUNG et al., 2007).

Nesse sentido, o auto-estigma proporciona, diretamente, a baixa adesão ao tratamento e, indiretamente, efeitos psicológicos negativos, como baixa auto-estima, auto-eficácia, desmoralização, desesperança, depressão e pensamento empobrecido para efeitos benéficos do tratamento. Os impactos diretos e indiretos foram percebidos em estudos que identificaram que as pessoas que evitam a rotulação como pessoas com transtornos mentais se esquivam de reações emocionais negativas, o que reduz a participação em tratamentos (VRBOVÁ, et al., 2014; TSANG, 2013; LIVINGSTON, ROSSITER, VERDUM-JONES,

2011; TSANG, FUNG, CHUNG, 2010, FUNG, TSANG, CHAN, 2010; RÜSCH et al., 2009; FUNG, TSANG, CORRIGAN, 2008; CORRIGAN, 2004; VOGEL et al., 2013).

Atitudes estigmatizantes por parte de profissionais de saúde não condizem com o acolhimento. O acolhimento é fundamental para que o paciente surja de forma positiva e torne suas demandas efetivas (SILVA JÚNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003; TEIXEIRA, 2003). O acolhimento é a escuta do outro e é por meio dele que há constante interação entre usuários e serviços de saúde (AYRES, 2004). Dessa forma, é importante lembrar e reforçar que, em muitos casos, o serviço de saúde é o primeiro lugar onde a pessoa com transtorno mental procura ajuda e, por isso, é necessário que o profissional de saúde esteja disposto ao acolhimento, o qual só irá acontecer se o paciente encontrar a porta aberta e for recebido (YASUI, 2006). Nesse contexto, acredita-se que profissionais de atenção básica à saúde podem atuar como poderosos agentes de desestigmatização, fornecendo tratamento que facilita a reintegração social e uma abordagem de tratamento baseada na recuperação (ABDULLAH; BROWN, 2011; KAWAR, 2015).

Diante disso, muitos países têm implementado campanhas de sensibilização relacionadas ao transtorno mental e à dependência química e do álcool, envidando esforços para reduzir o estigma associado à essas pessoas e práticas discriminatórias (HENSON et al., 2009; ROSEN et al., 2000; VAUGHAN; HANSEN, 2004; WEISS; RAMAKRISHNA, 2006). Por outro lado, Loch et al. (2011) advertem que, antes do desenvolvimento de campanhas antiestigma para a população em geral, são necessárias mais informações para entender o porquê e como ocorre o estigma de profissionais de saúde com relação aos usuários dos serviços de saúde e como podem ocorrer mudanças nessas atitudes negativas.

Assim, foi desenvolvido o Programa "*Opening Minds*", pela "Comissão de Saúde Mental do Canadá (MHCC)". Esse programa apresenta como objetivo geral estimular mudança de atitudes e comportamentos de profissionais de saúde canadenses em relação às pessoas com transtorno mental e usuários de álcool e drogas ilícitas. O programa se baseia em sessões educacionais para escutar histórias pessoais e interagir com quem tem experiência com transtorno mental e com dependência química e alcoólica (MHCC, 2015). O "*Opening Minds*" usa como método a abordagem do estigma em um conjunto de quatro grupos-alvo principais: profissionais de saúde mental, jovens, força de trabalho e meios de comunicação. Os objetivos específicos abarcam melhorar a compreensão dos profissionais de saúde mental em relação às necessidades das pessoas com transtornos mentais até incentivar os jovens a falarem de forma positiva e sem medo sobre o transtorno mental. O

programa também busca um ambiente no qual as pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas ilícitas não se sintam constrangidas em procurar ajuda, tratamento e apoio em sua jornada rumo à recuperação (MHCC, 2015).

Com base nas diretrizes deste programa, o *Centre for Addiction and Mental Health* da Universidade de Toronto (CAMH) implementou um projeto-piloto em três centros de saúde comunitários de Toronto, sendo este um dos primeiros projetos no mundo a explorar as atitudes relacionadas ao estigma entre os profissionais de saúde no contexto de cuidados de saúde primários e na criação de uma intervenção anti-estigma abrangente. Para isso, foi utilizado um conjunto de escalas de mensuração de estigma.

Os resultados do referido programa ainda estão sendo analisados e previamente são bastante positivos no sentido de que a intervenção comprovou ser eficaz na redução das atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais.

Com base nos resultados positivos da proposta canadense e levando-se em consideração que no Brasil o estigma ainda é muito presente em profissionais de saúde (RONZANI; FURTADO, 2010) e ainda, que estudos brasileiros que medem e avaliam o estigma dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtornos mentais são raros, pretendeu-se, nesta pesquisa, adaptar culturamente a escala *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* (MICA-4) para o português brasileiro, a qual foi utilizada no Canadá pelo CAMH.

A escala *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA-4)* representa uma medida de avaliação de estigma, de origem inglesa desenvolvida por Graham Thornicroft e equipe. Essa escala é um questionário de auto-relato que contém 16 itens, sendo que a pontuação mínima é de 16 (menos estigmatizante) e a máxima 96 (mais estigmatizante). Os pontos de ancoragem são 1-6 (1 = concordo plenamente, 2 = concordo, 3 = concordo parcialmente, 4 = discordo parcialmente, 5 = discordo e 6 = discordo plenamente). Os itens que requerem codificação inversa são 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 e 15 para o cálculo da pontuação total. A MICA-4 mede cinco dimensões relacionadas ao estigma: Visões dos Campos da Assistência Social, da Saúde e de Transtorno Mental; Conhecimento sobre Transtorno Mental; Divulgação; Distinção entre Saúde Física e Mental; e Cuidados com o Paciente com Transtorno Mental (KASSAM; GLOZIER; LEESE, 2010; GABBIDON et al., 2013).

Dessa forma, sabendo-se que os serviços de saúde são o principal caminho pelo qual as pessoas com transtornos mentais são capazes de alcançar integração na sociedade (SARACENO, 1999), que o estigma entre os profissionais de saúde existe e traz preocupação, uma vez que se torna barreira para a busca de tratamentos e qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, o presente estudo centra-se no questionamento: a escala MICA-4 é sensível para medir o estigma por parte dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtornos mentais no Brasil?

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Adaptar culturalmente a *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* (MICA-4) para o português brasileiro.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a validade de face da versão adaptada da MICA-4;

- Avaliar a validade de conteúdo da versão adaptada da MICA-4.

REFERENCIAL TEÓRICO-MEDOTOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Profissionais de saúde e o estigma em relação às pessoas com transtornos mentais

Os profissionais de saúde são valorizados socialmente e, por isso, são formadores de opinião, o que resulta no fato de que suas crenças são altamente confiáveis. Acredita-se, também, que suas opiniões são amplamente divulgadas e podem ter um efeito multiplicador na população geral e entre outros profissionais (LAUBER et al., 2004).

Na saúde mental, os profissionais de saúde são responsáveis pela prestação de cuidados, por ações de prevenção, tratamento e divulgação com potencial para a redução do estigma e discriminação (KASSAM et al., 2012).

Nesse contexto, o estigma por parte dos profissionais de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais pode ser demonstrado por meio de atitudes. As atitudes são a organização subsistente de crenças, compostas de carga afetiva que pode ser contra ou a favor de um objeto social. Podem ser explícitas ou implícitas. Além disso, são construídas socialmente por normas de cultura e resultantes de processos de aprendizagem (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2005).

Para embasar este estudo, foram revisados estudos que analisaram atitudes implícitas e explícitas de profissionais de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido, um dos estudos demonstrou que profissionais com maior nível de escolaridade (STULL et al., 2013) possuem atitudes positivas, implícitas e explícitas, em relação ao estigma, ou seja, atitudes menos ou não estigmatizantes.

Pesquisas desenvolvidas por Peris, Teachman e Nosek (2008); Nordt, Rössler e Lauber (2006) e Reavley et al. (2014) demonstraram também que profissionais mais velhos, com formação educacional de nível superior possuem atitudes positivas, implícitas e explícitas, devido ao tempo de experiência e formação avançada. Já o estudo de Vibha, Saddichha e Kumar (2008) apresentou como resultado que profissionais de saúde mais novos possuem atitudes mais positivas. Acredita-se que gerações mais novas possuem atitudes mais flexíveis e sofrem influência positiva da mídia.

O estudo de Kopera (2014) comparou as atitudes implícitas e explícitas entre profissionais de saúde e estudantes de medicina. Como resultado, os dois grupos apresentaram atitudes positivas, embora o grupo de profissionais de saúde tenha apresentado menor tendência de estigmatização e atitudes menos restritivas. Essa situação

é associada à maior experiência dos profissionais de saúde e ao maior contato que eles têm com pessoas com transtornos mentais.

A pesquisa de Vendsborg et al. (2013) sobre o tema também identificou níveis baixos de atitudes estigmatizantes em profissionais de saúde. Entretanto, ressaltou a preocupação com a existência de ofuscamento de problemas físicos do paciente por conta do diagnóstico psiquiátrico, sendo essa situação conhecida como “obscurecimento de diagnóstico” (THORNICROFT, 2008).

O estudo de Horsfall, Cleary e Hunt (2010) também aduz que as atitudes estigmatizantes de profissionais de saúde não são incomuns e estão associadas à experiência profissional e ao contato com as pessoas com transtornos mentais que estejam em fases sintomáticas. Corrobora com essa ideia a pesquisa de Stuber et al. (2014), que afirma que os profissionais de saúde possuem atitudes negativas ou estigmatizantes devido ao contato com pacientes com sintomas de transtornos mentais e com necessidade de tratamento.

Por outro lado, estudos identificaram o preconceito de profissionais de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais por meio de atitudes negativas (JORM et al., 1999; HANSSON et al., 2011; RAO et al., 2009; NEWTON-HOWES; WEAVER. TYRER, 2008). Nesse sentido, se faz necessário entender que o preconceito é um dos processos envolvidos no estigma, sendo uma reação hostil de um indivíduo ou grupo que não estima outro indivíduo ou grupos. Essa reação é pautada na ideia/crença de que possuem características negativas e que desagradam (CORRIGAN et al., 2003).

Nessa perspectiva, identifica-se a rotulação de pessoas com transtornos mentais por parte dos profissionais de saúde. O estudo de Newton-Howes, Weaver e Tyrer (2O08) avaliou o estigma por meio da percepção dos profissionais de serviços de saúde secundários em relação à pessoas com transtornos de personalidade e evidenciou o impacto negativo da rotulação de diagnóstico e a dificuldade no tratamento. A rotulação é outro processo envolvido no estigma e, de acordo com Link e Phelan (2001), e ocorre quando uma pessoa é identificada ou definida a partir de uma única característica, sendo, então, rotulada como um tipo de pessoa. O rótulo pode ser considerado como forma de violação de normas sociais.

Pesquisa de Rao et al. (2009) investigou profissionais de saúde de um hospital forense, onde foram identificadas atitudes tanto muito estigmatizantes quanto menos estigmatizantes. Nesse estudo, percebeu-se que pacientes com esquizofrenia e usuários de

substâncias foram os que mais influenciaram as atitudes muito estigmatizantes. Entretanto, identificou-se que os pacientes que estavam em recuperação motivaram atitudes menos estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde. Assim, os pesquisadores apresentaram como sugestão a maior divulgação de casos de recuperação que ocorreram por meio de tratamento.

Fator interessante também encontrado em algumas pesquisas foi o desejo de distância social por parte dos profissionais de saúde. Ainda se destaca a presença desse desejo mesmo nos casos em que houve atitudes positivas dos profissionais de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais (NORDT; RÖSSLER; LAUBER, 2006; REAVLEY, 2014; HANSSON et al., 2011; BJÖRKMAN; ANGELMAN; JÖNSSON, 2008). Pode-se entender que a distância social é um dos componentes mais fortes na estigmatização, uma vez que reflete a predisposição e a vontade individuais de um sujeito em engajar-se em atividades pessoais com pessoas que possuem condições de saúde peculiares (RÜSCH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005). De acordo com Link et al. (1999), o desejo por distância social ocorre, na maioria das vezes, por meio de dedução de ameaça ocasionada por percepções pessoais deturpadas sobre determinada característica de um indivíduo e podem envolver periculosidade e imprevisibilidade da pessoa estigmatizada, por exemplo.

Todos esses processos envolvidos no estigma se inter-relacionam e ocasionam a discriminação, que pode ser combatida com medidas de redução do estigma. Sabe-se que o estigma representa barreira nos serviços de saúde destinados às pessoas com transtornos mentais, pois influenciam, de forma negativa, os cuidados, tratamentos e recuperação, reduzindo a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, é importante entender e buscar reduzir o efeito do estigma na vida dessas pessoas por meio de estratégias de redução de estigma (LINK et al., 1999). Essas estratégias são constituídas por contato, protesto e educação (RÜSCH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005; CORRIGAN et al., 2003).

Na figura 1 é possível visualizar os processos envolvidos no estigma dos profissionais de saúde.

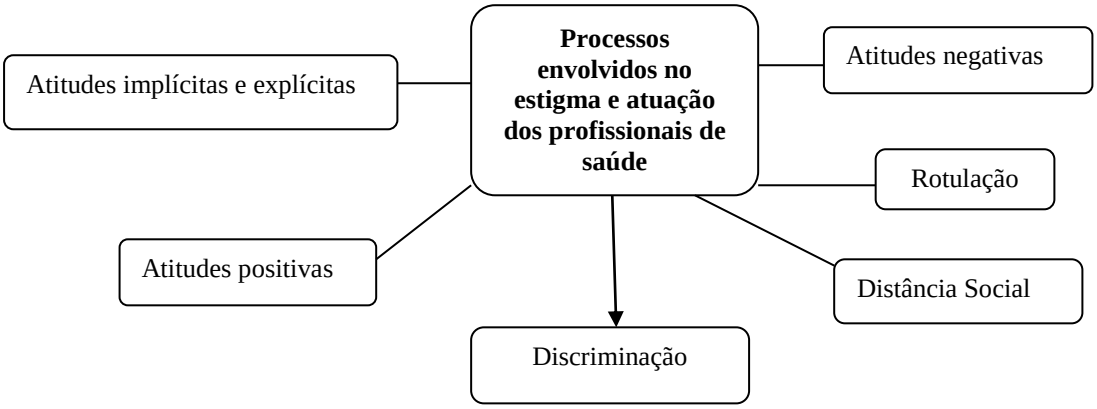

Figura 1 – Processos envolvidos no estigma dos profissionais de saúde.

3.2 Estratégias de redução de estigma em profissionais de saúde

O contato pode ser compreendido como estratégia de desestigmatização, uma vez que possibilita a interação e a modificação de crenças em relação ao grupo estigmatizado (CORRIGAN, 2004).

Nesse sentido, o contato com pessoas com transtornos mentais é recomendado como estratégia fundamental de redução do estigma (CORRIGAN et al., 2003). Assim, estudos de Loch et al. (1999), Björkman et al. (2008) Vibha, Saddichha, Kumar (2008) confirmaram o contato como estratégia de redução do estigma. Perceberam que o contato de profissionais de saúde com pessoas com transtornos mentais resulta em efeitos positivos para a redução de preconceitos e estereótipos. Entretanto, os estudos de Jorm et al. (1999) e Hansson et al. (2001) afirmam que o contato pode ter efeitos negativos, uma vez que os profissionais de saúde possuem relações complexas com as pessoas com transtornos mentais quando se deparam com as ideias de prognóstico desfavorável e dificuldade de recuperação, o que aumenta a estigmatização.

Como estratégias de redução do estigma foram evidenciadas campanhas anti-estigma, que já são implementadas em muitos países, conforme estudos de Horsfall, Cleary e Hunt (2010). Em contrapartida, estudos de Nordt et al., 2006; Björkman et al., 2008; Loch et al., 2013, aduzem que as campanhas são insuficientes, considerando a amplitude e a impossibilidade em medir seu impacto em relação ao público em geral e em relação aos

profissionais de saúde. Ademais, sugeriram que estudos sejam realizados com o objetivo de identificar profissionais de saúde com suas crenças e atitudes em relação às pessoas com transtornos mentais para que as intervenções sejam mais específicas e objetivas, antes da implementação de campanhas anti-estigma.

Todos esses estudos demonstram que é de suma importância educar os profissionais de saúde sobre o estigma em relação às pessoas com transtornos mentais e suas consequências no tratamento e recuperação dessas pessoas. Assim, os autores corroboram que os profissionais de saúde devem ser envolvidos em processos que desafiam suas próprias crenças, com o objetivo de que ampliem suas visões de vida e tenham mais abertura no relacionamento com pessoas com transtornos mentais, além de participarem de capacitações.

Em contrapartida, Kopera (2014) afirma que o contato, campanhas e educação são medidas anti-estigma importantes e atingem o nível explícito das atitudes, mas não atitudes implícitas, relacionadas a processos não intencionais. Nesse caso, Kopera (2014) aplicou o Teste de Associação Implícita (TAI), que consiste em perguntas nas quais os participantes, profissionais de saúde, respondem o mais rápido possível, com o objetivo de que o sujeito não associe conceitos e o inconsciente. A análise das respostas do teste demonstrou que as emoções inconscientes são resultados do trabalho clínico do profissional de saúde, como desvalorização, salários baixos, desmotivação, o que influencia as opiniões, crenças e atitudes em relação às pessoas com transtorno mental.

As diferentes pesquisas apresentadas demonstram a importância de entender e avaliar as atitudes, implícitas e explícitas, dos profissionais de saúde, uma vez que influenciam nas formas em que os profissionais de saúde irão conduzir os tratamentos das pessoas com transtornos mentais.

3.3 O auto-estigma das pessoas com transtornos mentais como consequência das atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde

O estigma possui como consequência para as pessoas com transtornos mentais a internalização das crenças e estereótipos negativos por parte do indivíduo que sofre o estigma, configurando o auto-estigma. Assim, o indivíduo concorda com essas crenças e estereótipos negativos e os aplica a si mesmo (CORRIGAN; WATSON; BARR, 2006).

O auto-estigma também desencadeia sérias consequências para a vida do indivíduo, sendo os de maior repercussão a auto-desvalorização e o auto-isolamento. Nesse sentido, a auto-desvalorização decorre da assimilação do indivíduo a respeito de uma categoria desvalorizada. O auto-isolamento é decorrente do receio que o indivíduo tem sobre como será a atitude das outras pessoas diante de sua condição. Há, então, a diminuição da auto-estima e auto-eficácia do indivíduo (CORRIGAN; KERR; KNUDSEN, 2005). Para Fung et al. (2007), o auto-estigma e a baixa auto-estima se influenciam no sentido de que o auto-estigma estimula a diminuição da auto-estima. Há uma influência mútua entre a internalização do estigma e a auto-estima, no qual o auto-estigma desencadeia a diminuição da auto-estima e, por sua vez, a baixa auto-estima amplia as percepções que o indivíduo tem sobre ele mesmo, reforçando o auto-estigma. Essas duas repercussões causam barreiras no tratamento e em outros aspectos da vida do indivíduo na medida em que tenta se distanciar da estigmatização (WATSON et al., 2007).

Diante desse cenário, não é de se surpreender que a estigmatização e o consequente auto-estigma inibem a participação do indivíduo nos serviços de saúde, bem como sua utilização e a adesão ao tratamento (CORRIGAN; KERR; KNUDSEN, 2005; ZARTALOUDI, MADIANOS, 2010).

Corroboram com essa percepção estudos que revelaram altos níveis de auto-estigma em pessoas com transtornos mentais e baixa adesão ao tratamento (VRBOVA, et al., 2014; TSANG, 2013; ASSEFA et al., 2012; TSANG, FUNG, CHUNG, 2010; RÜSCH et al., 2009; FUNG, TSANG, CORRIGAN, 2008). Esses estudos utilizaram escalas que possuem o objetivo de mensurar o nível de auto-estigma. Os pesquisadores concluíram que a provável razão para a relação entre os altos níveis de auto-estigma e as baixas adesões aos tratamentos de indivíduos com transtornos mentais é a vontade que eles têm de esconder os seus diagnósticos para não sofrerem discriminação.

Assim, o auto-estigma tem consequências de impacto direto e indireto. Pode-se entender que o impacto direto é a baixa adesão ao tratamento e impacto indireto a baixa auto-estima, auto-eficácia, bem como a desmoralização, desesperança, depressão e pensamentos negativos sobre os benefícios dos tratamentos (VRBOVA, et al., 2014; TSANG, 2013; LIVINGSTON, ROSSITER, VERDUM-JONES, 2011; TSANG, FUNG, CHUNG, 2010, FUNG, TSANG, CHAN, 2010; RÜSCH et al., 2009; FUNG, TSANG, CORRIGAN, 2008). Ainda nesse cenário, Corrigan (2004) afirma que a interação entre estigma público e auto-estigma influencia busca por tratamentos.

Assim, é possível entender que o auto-estigma proporciona emoções negativas, as quais desencadeiam comportamentos negativos que interferem diretamente na busca por tratamentos e nos cuidados de saúde, havendo claro comprometimento do Direito à Saúde de pessoas com transtornos mentais (CARRARA; VENTURA, 2018).

3.4 Importância do estudo para a Enfermagem

Os profissionais de saúde são provedores de cuidados e formadores de opiniões, sendo considerados como o público principal em conscientização e educação (NORDT; RÖSSLER; LAUBER, 2006). Além disso, sabe-se que atitudes positivas ou negativas desses profissionais podem influenciar a eficácia das intervenções e tratamentos (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009; STUBER et al., 2014).

Nesse sentido, o estudo de Morris et al. (2012) sugere que os enfermeiros podem ter atitudes negativas em relação às pessoas com transtorno mental. Essas atitudes podem acarretar sérias implicações no atendimento e na recuperação de pessoas com transtornos mentais que necessitam de um ambiente acolhedor, de cuidado e de apoio positivo.

Elias, Tavares e Cortez (2012) realizaram estudos em que foram observados casos clínicos e perceberam que há diferenças no cuidado prestado pelo enfermeiro ao paciente com transtorno mental e paciente sem transtorno mental, na mesma condição clínica. O ponto interessante é que a diferença de tratamento não diz respeito a cuidar com maior ou menor cuidado, mas em relação a simplesmente não cuidar da pessoa com transtorno mental.

Essas realidades trazem preocupações porque os enfermeiros são o grupo de profissionais responsáveis pelo cuidado mais direto com pessoas com transtornos mentais (BAKER; RICHARDS; CAMPBELL, 2005) e constituem, geralmente, a maior equipe de profissionais da área de saúde em uma instituição básica ou hospitalar, sendo o enfermeiro responsável pela ação gerencial. Na saúde pública, o enfermeiro exerce a gerência de atividades em Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, bem como coordena equipes e Agentes Comunitários de Saúde. Assim, o enfermeiro exerce funções fundamentais como consultoria, auditoria, gerência, ações de atenção básica, dentre outras (RIBEIRO et al., 2006).

No trabalho em equipe, o enfermeiro, como líder, precisa considerar as individualidades, reconhecer a competências, capacidades e potencialidades de cada

membro. Além disso, é necessário que o enfermeiro ouça as opiniões dos membros da equipe, com o intuito de entender demandas e solucionar conflitos que possam surgir (RIBEIRO et al., 2006), aproveitando para promover ações de conscientização para as equipes, nas mais diversas áreas.

Assim, o enfermeiro, como líder, tem o potencial de contribuir para o desenvolvimento social, proporcionando ampliação de espaços e oportunidades para as pessoas desenvolverem suas potencialidades e, assim, para que a consequência seja a inclusão social (BACKES et al., 2009).

E é nesse contexto de liderança que os enfermeiros, por meio de atitudes, podem desempenhar papel fundamental de interferência no processo de estigmatização das pessoas com transtorno mental. Essa interferência pode ocorrer por meio de orientações e esclarecimentos sobre transtornos mentais à sociedade (MARTINS et al., 2013). Importante ressaltar que o enfermeiro só está preparado para intervir quando seu conhecimento sobre transtornos mentais não é estigmatizado (MARTERSSON; JACOBSSON; ENGSTROM, 2014).

O presente estudo trata de estigma de profissionais de saúde, o que inclui o enfermeiro e sua liderança. Acredita-se, então, que pelo contexto da Enfermagem nas instituições de saúde, o enfermeiro pode ser forte aliado na redução do estigma em relação às pessoas com transtornos mentais, por meio de propostas de conscientização, de engajamento e de ações.

3.5 Escalas de mensuração de estigma em profissionais de saúde

3.5.1 Escalas existentes de mensuração de estigma em profissionais de saúde com relação às pessoas com transtornos mentais

Existem várias escalas que mensuram estigma em relação a transtornos mentais, com base em diferentes perspectivas. Nesse sentido, de acordo com a revisão sistemática de Wei et al. (2017), cujo objetivo foi avaliar a qualidade de escalas e, por isso, somente levou em consideração os que possuíam informações psicométricas publicadas em artigos científicos. Como resultado, foram identificados na literatura 101 escalas, dentre as quais as mensurações são relativas ao estigma público; estigma que as pessoas percebem em relação às pessoas com transtornos mentais; auto-estigma; e experiências de estigma que

pessoas com transtornos mentais tenham experimentado individualmente, na comunidade e na sociedade.

Importante frisar que podem existir mais do que 101 medidas de estigma, pois Wei et al. (2015) identificaram 65 medidas de estigma, Brohan et al. (2010) identificaram outros 14 e Link et al. (2004) identificaram mais de 100 medidas de estigma. As escalas encontradas por Wei et al. (2017) são descritos no Quadro 1 (ANEXO A).

Percebe-se que das 101 escalas encontradas e listadas por Wei te al. (2017), aproximadamente 15 são destinadas aos profissionais de saúde, sendo um número significamente reduzido. Assim, faz-se necessário que mais estudos sobre medição do estigma dos profissionais de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais sejam realizados.

Embora o estudo de Wei et al. (2017) não tenha relatado escalas ou validações brasileiros, ao realizar busca em base de dados foi possível encontrar que no Brasil há a validação para o contexto brasileiro da escala *Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI), realizada durante os estudos da tese de doutorado "Estudo das Propriedades Psicométricas da "Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI-BR" (2013), de autoria de Fabrícia Creton Nery. A referida escala mensura o auto-estigma das pessoas com transtornos mentais. Dessa forma, percebe-se que no Brasil não há escala construído ou escala validada que mensure o estigma dos profissionais de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais e que por esse motivo se faz necessário realizar estudos como este.

3.6 A escala *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA-4)*

Em meados de 2010, os pesquisadores Aliya Kassam, Nick Glozier, Movern Leese, Claire Henderson e Graham Thornicroft avaliaram as propriedades psicométricas de algumas escalas existentes que mensuram o estigma do profissional de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais e perceberam que as escalas não têm itens específicos para estudantes de medicina (KASSAM; GLOZIER; LEESE, 2010). Assim, decidiram elaborar uma escala específica para este público e desenvolveram a *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale*, a qual é abreviada como MICA.

Para o desenvolvimento da MICA, foram formados quatro grupos focais na Inglaterra, sendo um com usuários do serviço de saúde (n = 5), outro com cuidadores (n =

6 e n = 3), outro com estudantes de medicina do terceiro ano (n=7) e outro com residentes em psiquiatria (n = 5). Os integrantes dos grupos focais discutiram suas atitudes em relação às pessoas com transtornos mentais, opiniões sobre estigma e discriminação e suas próprias experiências pessoais sobre o estigma e transtornos mentais. Essas discussões originaram 32 itens de escalas, os quais foram revisados por um outro grupo focal de alunos de medicina (n = 4), para avaliação das validades de face e de conteúdo (KASSAM; GLOZIER; LEESE, 2010).

Assim, os 32 itens contemplavam os seguintes assuntos: como a Psiquiatria é vista por outros médicos; psiquiatria na educação médica; como a Psiquiatria é vista pelo público em geral; atribuição de preocupações dos médicos com a saúde física de pessoas com transtornos mentais (ofuscamento de diagnóstico); a medicação não é o único tratamento para transtornos mentais; o médico sabe mais se comparado ao usuário do serviço de saúde ou ao cuidador; atitudes dos médicos em relação aos cuidadores de pessoas com transtornos mentais; visão geral dos pacientes psiquiátricos como pessoas; e recuperação de pessoas com transtornos mentais, nascendo, então, a MICA, que é considerada uma escala destinada aos profissionais de saúde (KASSAM; GLOZIER; LEESE, 2010).

Após nova análise por um grupo focal, dos 32 itens, 4 itens foram removidos, com intuito de que essa escala fosse destinada exclusivamente à estudantes de medicina. Assim, a escala com 28 itens foi aplicado em setenta e sete alunos do terceiro ano do curso de medicina. Cálculos estatísticos foram realizados e percebeu-se a necessidade de excluir 16 itens, criando-se então, a *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale version 2*, cuja abreviação é MICA-2 e que é considerada como uma versão destinada exclusivamente aos estudantes de medicina (KASSAM; GLOZIER; LEESE, 2010).

Então, a confiabilidade da MICA-2 foi avaliada usando uma amostra separada de 39 estudantes de medicina que completaram a MICA-2 com 2 semanas de intervalo sem formação específica relacionada com a redução do estigma em relação aos transtornos mentais (KASSAM; GLOZIER; LEESE, 2010).

Como conclusão, os pesquisadores afirmam que a MICA-2 é simples de administrar e de fácil entendimento para os estudantes de medicina. Além disso, a escala tem validades de face e de construção, bem como consistência interna satisfatória (alpha de Cronbach 0,79) (KASSAM; GLOZIER; LEESE, 2010).

A partir da MICA-2, os pesquisadores Jheanell Gabbidon, Sarah Clement, Adrienne van Nieuwenhuizen, Aliya Kassam, Elaine Brohan, Ian Norman e Graham Thornicroft decidiram prosseguir com os estudos para o desenvolvimento de uma nova versão da MICA, que fosse aplicável para estudantes da área de saúde e profissionais de saúde, incluindo o assistente social (GABBIDON et al., 2013).

Nesse processo, adaptações foram realizadas na MICA-2 e, então, surgiu a MICA-3, a qual foi destinada a estudantes de Enfermagem. Entretanto, a equipe de pesquisa continuou na busca por uma versão da escala que fosse destinada ao público acima relatado (GABBIDON et al., 2013).

Assim, modificações nas MICA-2 e MICA-3 foram realizadas para a formação da MICA-4, a qual foi aplicada a 191 estudantes de enfermagem que estavam no último ano de graduação em uma universidade inglesa. Além da aplicação da escala, os pesquisadores solicitaram aos participantes que respondessem um questionário sociodemográfico, que continha perguntas sobre idade, gênero, etnia, contato com pessoas que tinham transtornos mentais e se já possuíam experiência pessoal com transtornos mentais (GABBIDON et al., 2013).

Dos 191 participantes, 88,5% eram do sexo feminino e 11,5% eram do sexo masculino. A média de idades dos participantes foi de 25,56 anos, com idades variando de 18 a 52 anos. A maioria dos participantes se declarou como branca (63,6%), 12,1% se declarou como africana, 7,5% se declarou como asiática e 8% como “outro” (GABBIDON et al., 2013).

O método de pesquisa seguiu todas as fases de validação, obtendo como resultado alpha de Cronbach no valor de 0,72 e correlação total de itens $\geq$ 0,2, indicando boa consistência interna. Foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson e levou-se em consideração a The *Emotional Reactions to Mental Illness Scale* (ERMIS) e a *The Reported and Intended Behaviour Scale* (RIBS), sendo o resultado de $p<0,001$ (0,3-0,5), o que indicou validade convergente. Além disso, sobre aceitabilidade, todos os itens da MICA-4 preencheram o critério de somente 5% de falta de dados sobre o tema, o que indicou boa aceitabilidade. Assim, constatou-se que a MICA-4 é confiável, válida, tem boa consistência interna e possui medidas aceitáveis para mensurar o estigma por parte de estudantes da área de saúde. É importante ressaltar que os autores sugerem que essa escala também tem condições de mensurar o estigma por parte dos profissionais de saúde (GABBIDON et al., 2013) e, por esse motivo, ela foi utilizada pelo CAMH no projeto-

piloto, mesmo sem ter havido adaptação cultural e validação para profissionais de saúde no Canadá. Assim, para que o projeto seja reproduzido fielmente no Brasil, é importante que se realize os processos de adaptação cultural e validação para o português brasileiro e para profissionais de saúde.

Os pesquisadores disponibilizaram no meio científico somente as escalas MICA-2 e MICA-4. Sendo assim, no quadro abaixo, segue a comparação entre as duas escalas com as adaptações e modificações em negrito.

Quadro 2 – Comparações entre as versões MICA-2 e MICA-4.

Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale – *version 2* (MICA-2)	**Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale - *version 4* (MICA-4)**
1. I just learn about psychiatry because it is in the exam and would not bother reading additional material on it.	**1. I just learn about mental health when I have to, and would not bother reading additional material on it.**
2. People with a severe mental illness can never recover enough to have a good quality of life.	2. People with severe mental illness can never recover enough to have a good quality of life.
3. Psychiatry is just as scientific as other fields of medicine.	**3. Working in the mental health field is just as respectable as other fields of health and social care.**
4. If I had a mental illness, I would never admit this to any of my friends because I would fear being treated differently	4. If I had a mental illness, I would never admit this to any of my friends because I would fear being treated differently.
5. People with a severe mental illness are dangerous more often than not.	5. People with a severe mental illness are dangerous more often than not.
6. Psychiatrists know more about the lives of people treated for a mental illness than do family members or friends.	**6. Health/social care staff know more about the lives of people treated for a mental illness than do family members and friends.**
7. If I had a mental illness, I would never admit this to my colleagues for fear of being treated differently.	7. If I had a mental illness, I would never admit this to my colleagues for fear of being treated differently.
8. Being a psychiatrist is not like being a real doctor.	**8. Being a health/social care professional in the area of mental health is not like being a real health/social care professional.**
9. If a consultant psychiatrist instructed me to treat people with a mental illness in a disrespectful manner, I would not follow their instructions.	**9. If a senior colleague instructed me to treat people with mental illness in a disrespectful manner, I would not follow their instructions.**
10. I feel as comfortable talking to a person with a mental illness as I do talking to a person with a physical illness.	10. I feel as comfortable talking to a person with mental illness as I do talking to a person with physical illness.
11. It is important that any doctor supporting a person with a mental illness also assesses their physical health.	**11. It is important that any health/social care professional supporting a person with mental illness also ensures that their physical health is assessed.**
12. The public does not need to be protected from people with a severe mental illness.	12. The public does not need to be protected from people with a severe mental illness.
13. If a person with a mental illness complained of physical symptoms (such as chest pain), I would attribute it to their mental illness.	13. If a person with a mental illness complained of physical symptoms (such as chest pain), I would attribute it to their mental illness.

Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale – *version 2* (MICA-2)	**Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale - *version 4* (MICA-4)**
14. General practitioners should not be expected to complete a thorough assessment for people with psychiatric symptoms because they can be referred to a psychiatrist.	14. General practitioners should not be expected to complete a thorough assessment for people with psychiatric symptoms because they can be referred to a psychiatrist.
15. I would use the terms "crazy", "nutter", "mad" etc. to describe people with a mental illness who I have seen in my work.	**15. I would use the terms ''crazy'', ''nutter'', ''mad'', etc., to describe to colleagues people with mental illness that I have seen in my work.**
16. If a colleague told me they had a mental illness, I would still want to work with them.	16. If a colleague told me they had a mental illness, I would still want to work with them.

Percebe-se que as alterações de itens entre a MICA-2 e MICA-4, na maioria, foram relativas ao público destinado. Assim, a MICA-4 tem itens destinados aos profissionais de saúde e assistentes sociais, enquanto que a MICA-2 tem itens predominantemente destinadas aos estudantes de medicina.

Em relação à MICA-4, trata-se, então, de questionário de auto-relato de 16 itens. A pontuação mínima que o indivíduo pode obter nas respostas é 16, significando atitudes menos estigmatizantes, e máxima de 96, significando atitudes mais estigmatizantes. É uma escala tipo Likert e os pontos de ancoragem são de 1-6 (1 = concordo plenamente, 2 = concordo, 3 = concordo parcialmente, 4 = discordo parcialmente, 5 = discordo e 6 = discordo plenamente). Os itens que requerem codificação inversa são 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 e 15 para o cálculo da pontuação total. O tempo estimado para que o profissional de saúde responda a escala na íntegra é de 5,0 minutos, embora em sua construção o tempo para resposta tenha sido de 3,7 minutos. (GABBIDON et al., 2013) (ANEXO B).

A MICA-4 mede cinco dimensões relacionadas ao estigma: Visões dos Campos da Assistência Social, da Saúde e de Transtorno Mental, tendo como itens correspondentes 2, 5, 8, 10, 12, 15 e 16; Conhecimento sobre Transtorno Mental, tendo como itens correspondentes 1, 3 e 13; Divulgação, tendo como itens correspondentes 4 e 7; Distinção entre Saúde Física e Mental, tendo como itens correspondentes 11 e 14; e Cuidados com o Paciente com Transtorno Mental, tendo como itens correspondentes 6 e 9 (GABBIDON et al., 2013; FOSTER et al., 2014).

3.7 Adaptação Cultural

Trata-se de estudo metodológico com delineamento transversal. Para atingir os objetivos, foram realizados processos de adaptação cultural da escala MICA-4.

Duas estratégias são possíveis para a aplicação de escala psicológica. A primeira é a criação de nova medida, cujo processo é rigoroso e exige tempo longo de pesquisa, disponibilidades pessoal e financeira. A segunda é a modificação de escala anteriormente validada em outra linguagem, por meio da adaptação cultural, que também representa processo rigoroso, mas com economia de tempo e recursos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Como há o crescimento de pesquisas multinacionais e multiculturais, percebe-se a necessidade de adaptação cultural de medidas para utilização das escalas em outros países, uma vez que a maioria das escalas foi desenvolvida em países de língua inglesa (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Nesse contexto, o estudo foi desenvolvido de acordo com as fases apresentadas a seguir.

3.7.1 Aspectos teóricos e metodológicos do processo de adaptação cultural de escalas de medida

- **Adaptação cultural**

É um processo metodológico e sistemático que envolve a linguagem, por meio de tradução e adequação cultural. Tem por finalidade disponibilizar escala relevante e compreensível, culturalmente; preservando as características da escala original (BEATON et al., 2000). Para isso, cinco passos devem ser seguidos, baseados nas recomendações de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), conforme abaixo.

3.7.1.1 Tradução

Constitui em traduzir a escala original para a língua-alvo. A tradução deve ser realizada por dois tradutores independentes, preferencialmente nativos da língua-alvo e com profissões diferentes, pois, dessa forma, permite detectar erros e interpretações divergentes. Um dos tradutores deve conhecer os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos, para promover a compreensão confiável da escala; já o outro tradutor será útil na obtenção de significados inesperados da escala original. Os objetivos desse processo são preservar o significado de cada item entre as duas línguas e manter a integridade da escala de medida.

3.7.1.2 Comitê de Juízes

Constitui na produção de uma versão final da língua-alvo, a partir das versões obtidas na etapa anterior, com o objetivo de preservar a replicabilidade da medida. Esta revisão é elaborada por um comitê de juízes que faz a comparação entre a escala e a versão alvo, composto por pessoas bilíngues, preferencialmente, que podem ser profissionais da saúde, pesquisadores que conhecem a metodologia do estudo, pessoas representativas da população-alvo e especialistas nos conceitos que serão investigados.

O comitê tem a missão de revisar a apresentação da escala, as instruções, as disposições dos itens e respostas, ou seja, revisar a escala na íntegra. Os juízes podem modificar, incluir ou eliminar itens considerados irrelevantes, inadequados e ambíguos, de forma a adequar às condições da cultura-alvo, mantendo os conceitos gerais dos itens eliminados, bem como realizar críticas e até solicitar a repetição das etapas anteriores.

Nesta etapa, o pesquisador deve preocupar-se com a equivalência cultural entre a versão original e a versão final, para que a tradução seja compreendida de forma integral. Assim, o comitê tem a função de verificar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. A equivalência semântica diz respeito ao significado das palavras de cada item, sendo que alterações gramaticais podem ser necessárias, desde que o propósito seja de manter o sentido. A equivalência idiomática avalia os significados das expressões cotidianas ou coloquiais, de forma a buscar expressões semelhantes na cultura-alvo ou substituições. A equivalência cultural tem como objetivo avaliar se os itens da escala expressam situações comuns de cada cultura. Na equivalência conceitual, a validade dos conceitos explorados é examinada, de forma a buscar a relação do que está sendo investigado com a cultura em questão (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON; 1993).

Esta etapa pode ser aplicada antes da retrotradução, pois conforme a proposta de Ferrer et al. (1996), permite a identificação de possíveis erros e dificuldades de compreensão que não poderiam ser observados posteriormente. Importante mencionar que esse procedimento tem sido utilizado por alguns pesquisadores brasileiros (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006; FERREIRA et al., 2008; DANTAS; SILVA; CIOL, 2012).

As validades de face e de conteúdo ocorrem nesta fase. Nesse sentido, a **validade de face ou aparente** é considerada menos útil devido à falta de técnica, pois é um julgamento empírico quanto à pertinência, clareza e ausência de ambiguidade dos itens,

examinando se o conceito medido é o desejado pelo pesquisador. No entanto, é um aspecto necessário da validação, pois se a escala parecer inadequada ou irrelevante, poderá comprometer todo o processo do estudo (MARTINS, 2006).

Na **validade de conteúdo,** todas as questões são verificadas a fim de identificar se a escala é constituída por todos os componentes e dimensões do conteúdo relacionado ao fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Assim como a validade de face, representa julgamento empírico e deve ser realizada por dois juízes, no mínimo, que avaliam a relevância de cada item (PASQUALI, 2009).

3.7.1.3 Retrotradução (*back-translation*)

Consiste em traduzir para a língua de origem (inglês) as versões obtidas na etapa de tradução. Apresenta como objetivos verificar o conteúdo da versão original e esclarecer redações confusas, aumentando a qualidade da escala versão final. Os tradutores de melhor qualidade para esta etapa devem ser nativos da língua de origem da escala, não possuírem conhecimento dos objetivos e dos conceitos envolvidos no estudo, para proporcionar liberdade de predisposições.

Nesta etapa, a versão final da escala é traduzida por nativos da língua de origem da escala e que têm conhecimento da língua portuguesa. Após, as traduções são analisadas com o intuito de que se chegue a uma única versão da escala em inglês. Obtida a única versão, há o encaminhamento desta para o autor da escala original, com o objetivo de que avalie possíveis diferenças de conteúdo, semânticas e idiomáticas.

3.7.1.4 Pré-teste

Neste momento, há comparação entre a versão original e a adaptada, com o objetivo de certificar equivalência, clareza, compreensão, tempo de aplicação, linguagem e aplicabilidade da escala adaptada. Esta etapa é realizada por pessoas bilíngues ou por amostra da população-alvo (de 30 a 40 participantes). No caso da população-alvo, opção mais utilizada, os participantes respondem a escala e, posteriormente, são questionados a respeito de cada item e da medida em geral. Caso a versão final não seja satisfatória, outras revisões podem ser realizadas pelo comitê de juízes.

3.7.1.5 – Processamento e análise de dados

Os dados da pesquisa devem ser codificados e digitados em planilhas do aplicativo Excel. Após, esses dados devem ser exportados e analisados no programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 11.5 (Windows).

MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Permissão dos autores para utilização da escala no Brasil e aspectos éticos

Antes do início do estudo, foram realizados contatos com os autores da escala, com o intuito de que autorizassem sua adaptação para o português brasileiro. Assim, a pesquisadora Sireecha Bobbili, coordenadora de projetos do CAMH e colaboradora deste estudo, enviou e-mail para o pesquisador/autor principal da MICA-4, Professor Doutor Granham Thornicroft, solicitando autorização para o uso da escala, o qual respondeu positivamente (ANEXO C).

Com a autorização do Professor Doutor Granham Thornicroft, o estudo foi enviado para a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto (SMS), com o objetivo de que a SMS autorizasse sua realização em Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família. Após uma reunião com a parecerista da SMS, para elucidação de dúvidas e sugestões, em que dúvidas foram elucidadas e sugestões foram apontadas, a autorização foi concedida (ANEXO D).

Posteriormente, com a autorização da SMS, o estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP) (CAAE 82646618.3.0000.5393, parecer nº 2.599.814) (ANEXO E).

4.2 Local e população do estudo

Assim, com o objetivo de cumprir com esta etapa, foram escolhidas sete unidades de saúde de atenção primária do município de Ribeirão Preto, denominadas neste estudo como Unidade 1, Unidade 2, Unidade 3, Unidades 4, Unidade 5, Unidade 6 e Unidade 7; sendo Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Saúde da Família (USFs). As Unidades 1 e 3 são USFs e as Unidades 2, 4, 5, 6 e 7 são UBSs. Ressalta-se que foram selecionadas unidades de saúde de atenção primária com o objetivo de reproduzir fielmente o projeto do CAMH. Além desse critério de escolha das unidades, optou-se por UBSs e USFs próximas à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto ou próximas à residência da pesquisadora, por razão de logística. Após a escolha, foram realizadas ligações telefônicas para os(as) gerentes das UBSs e USFs com o objetivo de que a pesquisadora se apresentasse e descrevesse o estudo, buscando acesso às unidades. Dessa forma, foram

agendados dias e períodos, manhã e tarde, para que a pesquisadora comparecesse nas unidades.

4.3 Etapas realizadas da Adaptação Cultural

4.3.1 Tradução da MICA-4 para o português brasileiro

Nesta etapa, a escala MICA-4 foi enviada, por e-mail, para três tradutores, embora a literatura preconize a ideia de serem necessários somente dois tradutores (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON; 1993): dois professores de inglês que lecionam em escola de idiomas, sendo que o tradutor 1 não conhecia os objetivos do estudo (Versão Português 1) (APÊNDICE A) e o tradutor 2 conhecia os objetivos do estudo (Versão Português 2) (APÊNDICE B). A terceira tradução foi elaborada pela professora orientadora deste estudo (tradutor 3), que conhece os objetivos do estudo e tem amplo conhecimento na área de saúde (Versão Português 3) (APÊNDICE C).

4.3.2 Revisão da Tradução por Comitê de Juízes

Neste estudo, seguiu-se a proposta de Ferrer et al. (1996) e, então, com a Versão Português 4, prosseguiu-se para a fase do Comitê de Juízes, composto por sete representantes do público-alvo, sendo um médico da Rede Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto; duas enfermeiras docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; uma nutricionista docente do curso de Nutrição da Universidade Estácio de Sá; uma assistente social docente do curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros; uma terapeuta ocupacional do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto e uma psicóloga docente do Departamento de Psicologia do Centro Universitário de Franca. Todos os referidos juízes possuem experiência na saúde mental e certo domínio da língua inglesa.

Para uma compreensão didática, foi elaborado instrumento que contém os itens da Versão Original e da Versão Português 4, conforme modelo de Lino (1999). Este instrumento solicita a avaliação das equivalências semânticas e idiomáticas. Assim, aos profissionais de saúde foi entregue a orientação do instrumento, contida em uma primeira folha, e o próprio instrumento, contido em uma segunda folha, solicitando que

assinalassem -1 (menos um), caso a versão em português não fosse equivalente ao inglês, 0 (zero) caso estivessem indecisos e +1 (mais um), caso a versão fosse equivalente ao inglês (APÊNDICE D).

Junto com o referido instrumento, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os juízes (APÊNDICE E).

Aos juízes foram proporcionadas as opções de receberem o instrumento por e-mail ou pessoalmente. Três juízes optaram por receber o instrumento pessoalmente e os outros quatro juízes por receber o instrumento por e-mail.

Para que o estudo ocorresse dentro do cronograma desejado, foi concedido o prazo de um mês para que os juízes realizassem a análise da tradução.

4.3.3 Retrotradução (*back-translation*) e envio da Versão Retrotraduzida para o Autor

Foram contatadas duas pessoas canadenses, sendo que uma reside no Brasil e a outra residiu no Brasil. Após a realização das retrotraduções, foi necessário analisá-las para se obter uma única versão retrotraduzida para envio desta ao autor da versão original da MICA-4.

4.3.4 Pré-teste

4.3.4.1 Procedimentos de coleta de dados e proteção dos participantes

Nas unidades, a pesquisadora abordou o público-alvo do estudo, ou seja, profissionais de saúde, sendo compreendidos como pertencentes a essa categoria pela Atenção Básica em Saúde: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, farmacêutico e auxiliar farmacêutico.

Os profissionais de saúde foram abordados pessoalmente pela pesquisadora. Durante a abordagem, tomavam conhecimento sobre o teor da pesquisa e seus aspectos éticos. A pesquisadora entregava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE J) e se dispunha a esclarecer quaisquer dúvidas sobre a escala.

A abordagem dos profissionais de saúde ocorreu somente quando não estavam em atendimento. Assim, com o objetivo de não comprometer a organização e o funcionamento das unidades, as aplicações da escala eram realizadas individualmente e em grupos, pois

dependiam da movimentação de usuários do sistema de saúde nas unidades. Nos casos de aplicações em grupo, a pesquisadora conscientizou os profissionais de saúde sobre a importância de não manterem diálogos entre si durante a resposta da escala.

Quando possível, a pesquisadora permanecia com o profissional de saúde durante todo o tempo em que ele estava respondendo a escala. Em alguns casos, a pesquisadora entregava a escala para os profissionais de saúde e estes a respondiam sem a presença dela, já que era necessário abordar outros profissionais de saúde na unidade. Entretanto, mesmo nesse cenário, a pesquisadora sempre esteve disponível para esclarecer dúvidas dos profissionais de saúde sobre a escala.

Juntamente com a escala, foi entregue um questionário sociodemográfico (APÊNDICE K) com o intuito de entender o perfil dos profissionais de saúde participantes e, posteriormente, realizar análise sobre os dados encontrados. Sendo assim, a pesquisadora entregava ao participante três folhas grampeadas, sendo a primeira o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a segunda folha o questionário sociodemográfico e a terceira folha a própria escala.

Quando os participantes acabavam de responder a escala, a pesquisadora sempre perguntava ao profissional de saúde qual era a sua opinião sobre a escala, se os itens estavam compreensíveis, se as palavras estavam de acordo com a área de saúde, se houve dificuldade nas respostas e se em algum momento a escala se mostrou confusa.

4.3.5 Processamento e análise de dados

Neste estudo houve processamento e análise dos dados coletados no pré-teste, os quais são oriundos das respostas dos questionários sociodemográficos. Assim, os dados coletados por meio do questionário sociodemográfico e as respostas na escala foram codificados e digitados em planilhas do programa Excel, em dupla digitação. Com a ajuda de uma expert na área de estatística, esses dados foram exportados e analisados no programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 11.5 (Windows), assim como foi realizado na construção da MICA-4 (GABBIDON et al., 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Tradução da MICA-4 para o português brasileiro

Foram realizadas três traduções da escala MICA-4. Para facilitar a organização do estudo denominou-se como tradução versão português 1 a de autoria do tradutor que não conhecia os objetivos do estudo, a tradução versão português 2 como sendo de autoria do tradutor que conhecia os objetivos do estudo e a tradução versão português 3 como sendo de autoria da professora orientadora deste estudo. Os tradutores receberam a escala por e-mail e realizaram as traduções em quinze dias.

Posteriormente, foi realizada reunião da equipe de pesquisa para comparar e analisar as traduções. Assim, chegou-se em consenso e foi obtida uma única versão da escala, denominada Versão Português 4.

Percebe-se que a grande diferença entre a tradução do tradutor que não conhecia os objetivos do estudo em relação às outras versões, dos tradutores que conheciam os objetivos do estudo, é o emprego da expressão “doenças mentais”, sendo a tradução literal da expressão “mental illness”. A expressão “doenças mentais” tem sido evitada na saúde mental por conter grande carga de preconceito e impossibilidades. Este fato faz concluir que há grande diferença de traduções quando o tradutor conhece os objetivos e o contexto do estudo.

As versões das três traduções e a Versão Português 4 estão representadas no quadro abaixo.

Quadro 3 – Versões das três traduções da escala MICA-4 e Versão Português 4.

Tradução Versão Português 1	**Tradução Versão Português 2**	**Tradução Versão Português 3**	**Versão Português 4**
1 – Eu apenas me informo sobre doenças mentais quando preciso, e não leria material adicional sobre o assunto.	1. Eu só procuro aprender sobre saúde mental quando necessário, e não me interesso em ler materiais adicionais relacionados ao assunto.	1. Eu somente busco aprender algo sobre saúde mental quando preciso e não me preocupo em ler materiais adicionais sobre o tema.	1. Eu somente aprendo sobre saúde mental quando eu preciso, não me preocupo em ler material adicional sobre o assunto.

Tradução Versão Português 1	Tradução Versão Português 2	Tradução Versão Português 3	Versão Português 4
2- Pessoas com doenças mentais severas jamais se recuperam o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.	2. Pessoas com transtorno mental grave não conseguem se recuperar o suficiente para se ter uma boa qualidade de vida.	2. Pessoas com graves transtornos mentais nunca se recuperam o suficiente para terem boa qualidade de vida.	2. Pessoas com transtorno mental grave nunca se recuperam o suficiente para ter boa qualidade de vida.
3- Trabalhar no campo de saúde mental é tão respeitável quanto trabalhar em outros ramos da saúde e assistência social.	3. Trabalhar na área de saúde mental é tão respeitável quanto a outras áreas de saúde e bem-estar social.	3. Trabalhar na área de saúde mental é tão respeitável quando trabalhar em outras áreas da saúde e da assistência social.	3. Trabalhar na área de saúde mental é tão respeitável quanto trabalhar em outras áreas da saúde e assistência social.
4- Se eu tivesse uma doença mental, eu jamais assumiria para os meus amigos porque eu teria medo de ser tratado de maneira diferente.	4. Seu eu tivesse transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus amigos, pois teria medo de ser tratado com diferença.	4. Se eu tivesse um transtorno mental, eu nunca admitiria aos meus amigos porque tenho medo de ser tratado de forma diferente.	4. Se eu tivesse transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus amigos, pois teria medo de ser tratado com diferença.
5- A maioria das pessoas com doenças mentais severas são perigosas.	5. Pessoas com transtorno mental grave, são geralmente mais perigosas do que inofensivas.	5. Pessoas com transtornos mentais graves são perigosas mais frequentemente do que não o são.	5. Pessoas com transtorno mental grave são geralmente mais perigosas do que não são.
6- Profissionais da saúde e assistência social sabem mais sobre a vida das pessoas com doenças mentais do que seus amigos e familiares.	6. Profissionais de Saúde ou bem-estar social sabem mais sobre a vida do paciente com transtorno mental do que membros da família e amigos.	6. Profissionais de saúde e da assistência social sabem mais sobre a vida das pessoas tratadas em razão de um transtorno mental do que os familiares ou amigos destas pessoas.	6. Profissionais de saúde e/ou assistência social sabem mais sobre as vidas das pessoas tratadas por um transtorno mental do que seus familiares ou amigos.
7- Se eu tivesse uma doença mental, eu jamais assumiria para os meus colegas de trabalho porque eu teria medo de ser tratado de maneira diferente.	7. Seu eu tivesse transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus colegas, pois teria medo de ser tratado com diferença.	7. Se eu tivesse um transtorno mental eu nunca admitiria para meus colegas por meio de ser tratado de forma diferente.	7. Se eu tivesse um transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus colegas, pois teria medo de ser tratado com diferença.
8- Um profissional que trabalha na área de saúde mental não é considerado realmente um profissional na área da saúde e assistência social.	8. Ser profissional de Saúde ou bem-estar social na área de transtorno mental não é realmente um verdadeiro profissional de Saúde ou bem-estar social.	8. Ser um profissional de saúde/serviço social na área de saúde mental não é como ser um profissional real de saúde e da assistência social.	8. Ser profissional de saúde e/ou da assistência social na área da saúde mental não é como ser realmente um verdadeiro profissional de saúde e/ou da assistência social.

Tradução Versão Português 1	Tradução Versão Português 2	Tradução Versão Português 3	Versão Português 4
9- Se um colega de trabalho de cargo mais alto que o meu me instruísse a tratar pessoas com doenças mentais de maneira desrespeitosa, eu não o obedeceria.	9. Se um colega superior me instruísse a tratar pessoas com transtorno mental de maneira desrespeitosa, eu não seguiria suas instruções.	9. Se um colega com mais tempo de trabalho me instruísse a tratar as pessoas com transtornos mentais de uma maneira desrespeitosa, eu não seguiria esta instrução.	9. Se um colega mais experiente me instruísse a tratar pessoas com um transtorno mental de maneira desrespeitosa, eu não seguiria suas instruções.
10- Eu me sinto tão confortável conversando com uma pessoa que possui uma doença mental quanto com uma pessoa que possui uma doença física.	10. Eu me sinto confortável em falar com uma pessoa com transtorno mental tal como eu sinto falando com uma pessoa com deficiência física.	10. Eu me sinto confortável em conversar com pessoas com transtornos mentais da mesma forma que me sinto conversando com pessoas com qualquer doença física.	10. Eu me sinto tão confortável conversando com uma pessoa com um transtorno mental quanto eu me sinto conversando com uma pessoa com uma doença física.
11- É importante que qualquer profissional da área de saúde e assistência social também tenha sua saúde mental avaliada.	11. É importante que qualquer profissional de Saúde ou bem-estar social amparando uma pessoa com transtorno mental também assegure que sua saúde física seja avaliada.	11. É importante que qualquer profissional apoiando uma pessoa com transtorno mental também se assegure que sua saúde física seja avaliada.	11. É importante que qualquer profissional de saúde e/ou assistência social que apoie uma pessoa com transtorno mental também se assegure que a sua saúde física seja avaliada.
12- O público em geral não precisa ser protegido de pessoas com doenças mentais.	12. O público não necessita ser protegido de pessoas com transtorno mental grave.	12. O público não precisa ser protegido de pessoas com transtornos mentais graves.	12. O público não necessita ser protegido de pessoas com um transtorno mental grave.
13- Se uma pessoa com doenças mentais se queixasse de sintomas físicos (como dores no peito), eu atribuiria esse sintoma à sua doença mental.	13. Se uma pessoa com transtorno mental reclamasse de sintomas físicos (como dor no tórax) eu atribuiria ao seu transtorno mental.	13. Se uma pessoa com transtornos mentais reclama de sintomas físicos (como dor no peito) eu atribuiria esta queixa ao seu transtorno mental.	13. Se uma pessoa com um transtorno mental reclamasse de sintomas físicos (como dor no peito), eu atribuiria esta reclamação ao seu transtorno mental.
14- Clínicos gerais não precisam fazer uma avaliação completa de pessoas com sintomas psiquiátricos porque eles já serão encaminhados à psiquiatras.	14. Não se deve esperar que clínicos gerais façam uma avaliação completa de pessoas com sintomas psiquiátricos, pois eles podem ser encaminhados para um psiquiatra.	14. Não se deve ter a expectativa que clínicos gerais completem uma avaliação de pessoas com sintomas psiquiátricos porque estes podem ser referenciados a um psiquiatra.	14. Não se deve esperar que clínicos gerais façam uma avaliação completa de pessoas com sintomas psiquiátricos, pois elas podem ser encaminhados para um psiquiatra.
15- Eu usaria os termos "louco", "maluco", etc para descrever colegas de trabalho que possuem doenças mentais.	15. Eu usaria os termos “louco”, “doido”, “maluco” etc. para descrever aos meus colegas pessoas com transtorno mental que vi em meu trabalho.	15. Eu usaria os termos louco, maluco, insano, etc, para descrever para colegas pessoas com transtornos mentais que eu tenha visto em meu trabalho.	15. Eu usaria os termos “louco”, “doido”, “maluco” etc. para descrever aos meus colegas pessoas com um transtorno mental que eu tenha visto em meu trabalho.

Tradução Versão Português 1	Tradução Versão Português 2	Tradução Versão Português 3	Versão Português 4
16- Se um(a) colega de trabalho tivesse uma doença mental, eu ainda gostaria de trabalhar com ele(a).	16. Se algum colega me dissesse que ele possui transtorno mental, eu ainda assim gostaria de trabalhar com ele.	16. Se um colega me contasse que tem um transtorno mental, eu continuaria querendo trabalhar com ele.	16. Se algum colega me dissesse que ele tem um transtorno mental, eu ainda assim continuaria querendo trabalhar com ele.

5.2 Avaliação do Comitê de Juízes

Após o recebimento das análises dos juízes, a equipe de pesquisa se reuniu para analisar a concordância entre aqueles. Assim, foram verificadas as sete análises dos juízes com o intuito de ser obtida uma versão português final em português.

Nesse sentido, levando-se em consideração o cálculo para porcentagem de concordância (% concordância = número de participantes de concordaram / número total de participantes X 100) (TILDEN; NELSON; MAY, 1990; TOPF, 1986), obteve-se como maior porcentagem o valor de 60%. Assim, conclui-se que não houve concordância expressiva entre os juízes para que houvesse modificação dos itens, já que a literatura dispõe que se deve considerar 90% como uma taxa aceitável de concordância entre os membros do comitê (POLIT; BECK, 2006; TOPF, 1986). Dessa forma, manteve-se a Versão Português 4 da escala, para que a tradução fosse o mais fiel possível.

Analisando-se os trabalhos dos juízes, foi possível perceber que, embora não tenha havido concordância entre eles para modificação de itens, houve consenso no sentido de que a escala está medindo o que se propõe a medir, configurando a validade de face, e a relevância de cada item e de suas dimensões no constructo estudado, configurando a validade de conteúdo. Dessa forma, é possível sugerir que as avaliações das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual foram realizadas.

5.3 Retrotradução (*back-translation*) e envio da Versão Retrotraduzida para o Autor

Na retrotradução, as duas pessoas canadenses receberam a Versão Português 4 da escala, resultante da análise do Comitê de Juízes, e elaboraram suas versões. As duas versões foram analisadas visando-se obter uma única versão da escala em inglês.

Para o envio da versão única da escala em inglês para o autor da escala, Professor Doutor Thornicroft, um instrumento semelhante ao enviado aos juízes foi elaborado. Assim, foram enviados a orientação do instrumento e o instrumento, solicitando que

assinalassem -1 (menos um), caso a versão em inglês não fosse equivalente à versão original, 0 (zero) caso estivessem indecisos e +1 (mais um), caso a versão enviada fosse equivalente à versão original (APÊNDICE H).

O Professor Doutor Thornicroft levou algumas semanas para retornar o e-mail com as suas considerações. Durante a espera da resposta, a pesquisadora sentiu necessidade de prosseguir com os estudos devido ao tempo de que dispunha para a conclusão do mesmo. Assim, a pesquisadora manteve a Versão Português 4, começou a realizar os contatos com as unidades e, em seguida, a realizar a coleta de dados.

Nesse período, a pesquisadora Sireesha Bobbili entrou em contato novamente com o autor e este avisou que havia solicitado o auxílio da pesquisadora Elaine Brohan, membro de sua equipe, na análise.

Após alguns dias, a referida pesquisadora respondeu o e-mail concordando com a tradução e com algumas pequenas observações sobre vocabulários em inglês, as quais não interferiram na versão português 4. Sendo assim, dos 16 itens, a referida pesquisadora sugeriu modificações de algumas expressões em inglês dos itens 1, 2, 8 e 11, assinalando 0 (zero) nesses itens, conforme quadro a seguir.

Quadro 4 – Sugestões de modificações de algumas expressões em inglês da Versão Retrotraduzida.

Itens da Versão Original	**Itens da Versão Retrotraduzida**	**Itens da Versão Português 4**	**Sugestões**
1. I just learn about mental health when I have to, and would not bother reading additional material on it.	1. I only learn about mental health when I need to. I do not worry about reading any extra material about this topic.	1. Eu somente aprendo sobre saúde mental quando eu preciso, não me preocupo em ler material adicional sobre o assunto.	Permanecer a expressão “would not bother” ao invés de “not worry about”.
2. People with a severe mental illness can never recover enough to have a good quality of life.	2. People with serious mental disorders never recover enough to enjoy a good quality of life.	2. Pessoas com transtorno mental grave nunca se recuperam o suficiente para ter boa qualidade de vida.	Permanecer a expressão “to have” ao invés de “to enjoy”
8. Being a health/social care professional in the area of mental health is not like being a real health/social care professional.	8. Being a health professional and/or social worker in the area of mental health is not exactly like being a true health professional and/or social worker.	8. Ser profissional de saúde e/ou da assistência social na área da saúde mental não é como ser realmente um verdadeiro profissional de saúde e/ou da assistência social.	Retirar a palavra “exactly” na Versão Retrotraduzida. Além disso, a pesquisadora afirma que “social care professional” e “social worker” são funções diferentes na Inglaterra, recomendando que haja padronização na Versão Retrotraduzida.

Itens da Versão Original	Itens da Versão Retrotraduzida	Itens da Versão Português 4	Sugestões
11. It is important that any health/social care professional supporting a person with a mental illness also ensures that their physical health is assessed.	11. It is important that any health and/or social worker who assists a person with a mental disorder must ensure that their physical health is also examined.	11. É importante que qualquer profissional de saúde e/ou assistência social que apoie uma pessoa com transtorno mental também se assegure que a sua saúde física seja avaliada.	A pesquisadora fez a mesma consideração sobre "social care professional" e "social worker", recomendando que prevaleça "social care professional"

A pesquisadora deste estudo analisou cada sugestão. Em relação ao item 1, a pesquisadora Elaine Brohan afirmou que a expressão "*would not bother*" traz a ideia de que o profissional de saúde não se importa, não se preocupa em ler materiais adicionais sobre saúde mental. Nesse sentido, ela se preocupou em saber se para o Brasil a expressão "*don't worry about*" mantém essa ideia, já que para países de língua inglesa pode haver diferença. Percebe-se que na Versão Português 4 foi mantida a ideia sugerida pela pesquisadora Elaine Brohan.

Em relação ao item 2, a mencionada pesquisadora demonstrou que para países de língua inglesa há diferença entre as expressões "*to have*" e "*to enjoy*", pois a primeira se refere a "ter" algo e a segunda se refere a desfrutar de algo. Além disso, ressaltou que o objetivo do item é trazer a ideia de "ter" boa qualidade de vida e não de "desfrutar" de boa qualidade de vida, sendo, então, a versão português 4 estava fiel ao objetivo explanado pela pesquisadora.

Sobre o item 8, a pesquisadora afirma que a palavra "*exactly*" traz um significado mais específico para o item do que o significado do item original, trazendo o perigo de induzir a resposta do profissional de saúde. Sugeriu que permaneça a palavra "*real*". Mesmo com essa sugestão, percebe-se que a Versão Português 4 traz a palavra "realmente", coadunando com a versão original. Além disso, a pesquisadora afirmou que "*social care professional*" e "*social worker*" são funções diferentes na Inglaterra, sendo a primeira mais ampla do que a segunda. Dessa forma, recomendou que se escolhesse uma delas e, assim, que houvesse padronização na retrotradução. Na versão retrotraduzida não houve influência, já que prevaleceu a expressão "profissional de assistência social", sendo esta fiel ao significado da versão original.

Concluiu-se que a Versão Português 4 não sofreria interferência das sugestões da pesquisadora Elaine Brohan, uma vez que os significados e traduções das expressões sugeridas estavam presentes na Versão Português 4. Em relação à versão final em inglês, as sugestões foram acatadas (APÊNDICE I).

A Versão Português 4 teve sua formatação modificada para que coubesse em uma única página e, assim, facilitasse para os participantes o manuseio dos papeis (APÊNDICE L).

5.4 Pré-teste

5.4.1 Caracterização sociodemográfica

Conforme explicado, para a caracterização sociodemográfica dos participantes foi elaborado questionário com os seguintes campos para preenchimento pelo próprio participante: data, para que o participante preenchesse com a data de sua participação; início e término, para que o participante preenchesse com os horários de início e término da resposta da escala; serviço de saúde; nome/iniciais; gênero, data de nascimento; formação, com acréscimo de mês e ano de formação; especialidade; tempo de atuação profissional; unidade de saúde; ocupação da unidade e tempo de atuação na unidade (APÊNDICE K).

Participaram do estudo 40 profissionais de saúde de UBSs e USFs do município de Ribeirão Preto. Com base nas respostas fornecidas no questionário sociodemográfico, constatou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino, sendo o número de 36 (87,5%) e 5 do sexo masculino (12,5%). A média de idade foi de 45,0 anos (DP=8,9) e intervalo de 31,0 a 65,0 anos. Nesse sentido, percebe-se grande quantidade de participantes com mais de 50 anos (37,5%).

Embora a MICA-4 tenha sido construída com a população-alvo de estudantes do último ano de Enfermagem de uma universidade inglesa, é possível traçar uma semelhança com este estudo, a qual se percebe em relação ao gênero dos participantes, já que 89,0% dos participantes do desenvolvimento da MICA-4 eram do sexo feminino (GABBIDON et al., 2013).

Em relação às formações profissionais, 32,5% dos participantes eram técnicos em enfermagem; 20,0% eram enfermeiros; 17,5% eram auxiliares de enfermagem; 10% eram

auxiliares farmacêuticos; 7,5% eram farmacêuticos; 2,5% eram dentistas; 2,5% eram auxiliares de saúde bucal e 7,5% eram médicos.

Quanto ao tempo de formação, houve variação de 33 a 465 meses de formação e que a média foi de 229,8 meses. Em conversão de anos, a maior parte dos profissionais tem de 10 a 19 anos de formação profissional (42,5%).

No que se refere ao tempo de atuação profissional, a variação foi de 48 a 465 meses, sendo a média obtida de 233,0 meses. Em conversão de anos, a maior parte dos participantes tem de 10 a 19 anos de atuação profissional (45,0%).

Percebe-se que há correspondência entre o tempo de formação profissional com o tempo de atual profissional, ou seja, a maior parte dos participantes ingressou na atuação profissional logo após a conclusão da formação profissional.

Dentre os participantes, 13 afirmaram ter especialidade (32,5%) e 27 participantes não tinham especialidade (67,5%). Com relação às especialidades, dos 13 participantes que responderam, 10% tinham especialidade na área de Saúde da Família; 2,5% em gestão de saúde; 2,5% em odontopediatria; 2,5% em pediatria; 2,5% em cardiologia; 2,5% em homeopatia; 2,5% em acupuntura; 2,5% em administração de serviços de saúde; 2,5% em saúde do trabalhador; 2,5% em álcool e drogas; 2,5% em gestão pública, 2,5% em saúde pública; 2,5% em ginecologia e 2,5% em mastologia.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde de Unidades de Atenção Primária (n=40), Ribeirão Preto 2018.

Caracterização dos Participantes do estudo	% dos respondentes n=40
Gênero	
Feminino	87.5
Masculino	12.5
Idade	
31-38 anos	35.0
40-49 anos	27.5
50 ou mais anos	37.5
Formação	
Enfermagem	20
Técnico em Enfermagem	32.5
Auxiliar de Enfermagem	17.5
Odontologia	2.5
Auxiliar de Saúde Bucal	2.5
Medicina	7.5
Farmácia	7.5
Auxiliar farmacêutico	10.0

Continuação Tabela 1.

Caracterização dos Participantes do estudo	% dos respondentes n=40
Tempo de Formação	
2-9 anos	20.0
10-19 anos	42.5
20 ou mais anos	37.5
Tempo de Atuação Profissional	
4-9 anos	15.0
10-19 anos	45.0
20 ou mais anos	40.0
Especialidade	
Sim	32.5
Não	67.5

No que concerne à quantidade de participantes de cada unidade, 20,0% era da Unidade 7; 17,5% era da Unidade 2; 17,5% era da Unidade 4; 15% era da Unidade 5; 12,5% era da Unidade 3; 10% era da Unidade 6; e 7,5% era da Unidade 1. Nesse sentido e levando-se em consideração que as Unidades 1 e 3 são USFs e as Unidades 2, 4, 5, 6 e 7 são UBSs, percebe-se que houve maior participação em UBSs.

Também foram encontradas as seguintes ocupações dos participantes nas unidades de saúde visitadas: gerente de unidade (2,5%), enfermeiro (10,0%), enfermeiro de Estratégia de Saúde da Família (2,5%), técnico em enfermagem (20%), auxiliar de enfermagem (37,5%), farmacêutico (5,0%), auxiliar farmacêutico (12,5%) dentista (2,5%), auxiliar de saúde bucal (2,5%), médico ginecologista (2,5%) e médico pediatra (2,5%).

Quando é realizada a comparação entre a formação profissional e a ocupação profissional nas unidades de saúde, percebe-se que embora a maioria dos participantes seja de formação em técnico em enfermagem (32,5%), a maioria dos participantes tem como ocupação a função de auxiliar de enfermagem (37,5%). Quando indagados sobre esta situação, os profissionais de saúde informaram que este cenário é presente em decorrência da possibilidade de prestar concurso público da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto para exercer a função de auxiliar de enfermagem mesmo sendo técnico em enfermagem.

Em relação ao tempo que os participantes estão trabalhando nas unidades visitadas, observou-se o mínimo de tempo de 3 meses e o máximo de 312 meses, sendo a média de 87,8 meses. Em conversão para anos, tem-se que a variação de trabalho nas unidades visitadas é de 6 a 15 anos.

Ainda, a média de tempo de resposta da escala foi de 9,6 minutos, sendo o tempo máximo de 23,0 minutos e o tempo mínimo de 2,0 minutos. Percebe-se que o tempo de resposta da MICA-4 no Brasil é maior quando comparado com tempo de resposta na construção da MICA-4 na Inglaterra.

Tabela 2. Características do estudo em relação à porcentagem de profissionais de saúde de UBS e USF, ocupação na unidade, tempo de atuação na unidade e tempo de resposta da escala, Ribeirão Preto, 2018.

Demais caracterizações dos participantes do estudo	% dos respondentes n=40
Unidade de Saúde	
UBS	80.0
USF	20.0
Ocupação na Unidade	
Gerente	2.5
Enfermeiro	10.0
Enfermeiro de Estratégia de Saúde da Família	2.5
Técnico em Enfermagem	20.0
Auxiliar de Enfermagem	37.5
Farmacêutico	5.0
Auxiliar farmacêutico	12.5
Dentista	2.5
Auxiliar de Saúde Bucal	2.5
Médico ginecologista	2.5
Médico pediatra	2.5
Tempo de Atuação na Unidade	
Menos de 1	15.0
1-5	35.0
6-15	40.0
16 ou mais	10.0
Tempo de resposta da Escala	
2 a 10 minutos	72.5
11 a 23 minutos	27.5

É importante relatar algumas considerações sobre o questionário sociodemográfico (APÊNDICE K). Acredita-se que há a necessidade de que o referido questionário seja mais objetivo, como, por exemplo, nos itens “Serviço de Saúde” e “Unidade de Saúde”. O primeiro item foi inserido com o objetivo de que o profissional de saúde respondesse se o seu local de trabalho era uma UBS ou uma USF e o segundo item tinha como objetivo que o profissional de saúde respondesse com o nome da unidade onde trabalha. Entretanto, durante o preenchimento, constatou-se que os profissionais de saúde

entenderam que eram dois itens “repetidos”. Dessa forma, acredita-se que o item “Serviço de Saúde” deve vir acompanhado de “UBS” e “USF” para assinalar.

Em relação ao item “Especialidade”, também é necessária modificação, uma vez que houve desentendimento sobre o que seria especialidade e o que seria curso de nível superior, bem como a dúvida sobre se especialidades em áreas diferentes da saúde deveriam ser mencionadas. Essas situações foram percebidas nos momentos de aplicação do questionário e da codificação dos dados. Assim, acredita-se que esse item deve ser modificado para “Especialidade na área de saúde (pós-graduação)” e vir acompanhado de “Sim” e “Não” para assinalar.

Também se concluiu que o questionário necessita conter as perguntas sobre se os profissionais de saúde têm ou já tiveram contato com pessoas com transtornos mentais e se já possuíram experiência pessoal com transtornos mentais, assim como foi realizado na construção da MICA-4 original (GABBIDON et al., 2013).

5.4.2 Percepções dos profissionais de saúde sobre a escala MICA-4

Foi possível perceber resistência por parte de alguns profissionais de saúde na participação do estudo. Ao final de toda aplicação, a pesquisadora perguntava ao profissional de saúde qual era a percepção sobre a escala. Todos os profissionais afirmaram que a escala estava compreensível e com o vocabulário adequado ao contexto brasileiro. Entretanto, dois itens foram alvo de sugestões de modificação, sendo eles descritos no quadro abaixo.

Quadro 5 – Sugestões dos profissionais de saúde sobre modificações de itens.

Itens alvos de sugestões de modificações	Sugestões
5. Pessoas com transtorno mental grave são geralmente mais perigosas do que não são.	5. Pessoas com transtorno mental grave são geralmente mais perigosas **do que não são perigosas**.
11. É importante que qualquer profissional de saúde e/ou assistência social que apoie uma pessoa com transtorno mental também se assegure que a sua saúde física seja avaliada.	11. É importante que qualquer profissional de saúde e/ou assistência social que apoie uma pessoa com transtorno mental também se assegure que a ~~sua~~ saúde física **dela** seja avaliada.

Nesse sentido, alguns profissionais de saúde alegaram que o item 5 transmitia a mensagem de estar incompleto e, por isso, sugeriram a complementação da frase. No que se refere ao item 11, alguns profissionais de saúde alegaram que não entenderam se a saúde física a ser avaliada é do profissional de saúde e/ou da assistência social; ou da pessoa com transtorno mental.

Houve observação em relação aos pontos de ancoragem de 1 a 6. Nesse sentido, os profissionais de saúde demonstraram dúvidas ao assinalar as respostas por entenderem que "concordo parcialmente" e "discordo parcialmente" são respostas muito parecidas. Quando solicitavam maiores esclarecimentos, a pesquisadora, buscando explicar de maneira didática, alegava que a primeira expressão significa que há mais concordância do que discordância em relação aos itens e que a segunda expressão significa que há mais discordância do que concordância em relação aos itens.

Outra percepção muito explanada pelos profissionais de saúde é sobre o fato de que a escala não especifica os tipos de transtornos mentais e, sim, menciona transtornos mentais de forma generalizada. Dessa forma, alguns profissionais de saúde demonstraram dúvidas ao responder a escala, pois alegaram que se ela fosse específica sobre determinados tipos de transtornos, as respostas seriam diferentes. Como exemplos, alguns profissionais de saúde explicaram que se a escala mencionasse depressão e esquizofrenia, as respostas relativas aos dois transtornos seriam diferentes.

5.4.3 Modificações necessárias na escala para a Versão Português Final

Foram acatadas as sugestões dos profissionais de saúde sobre as modificações dos itens 5 e 11, originando a versão português final, conforme o quadro abaixo. Percebe-se, então, que foi necessária uma adaptação semântica dos itens mencionados.

Quadro 6 – Versão português final da MICA-4 com destaque para os itens modificados.

Itens	Concordo plenamente	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo plenamente
1. Eu somente aprendo sobre saúde mental quando eu preciso, não me preocupo em ler material adicional sobre o assunto.						

Itens	Concordo plenamente	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo plenamente
2. Pessoas com transtorno mental grave nunca se recuperam o suficiente para ter boa qualidade de vida.						
3. Trabalhar na área de saúde mental é tão respeitável quanto trabalhar em outras áreas da saúde e assistência social.						
4. Se eu tivesse transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus **amigos**, pois teria medo de ser tratado com diferença.						
5. Pessoas com transtorno mental grave são geralmente mais perigosas do que não são perigosas						
6. Profissionais de saúde e/ou assistência social sabem mais sobre as vidas das pessoas tratadas por um transtorno mental do que seus familiares ou amigos.						
7. Se eu tivesse um transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus **colegas**, pois teria medo de ser tratado com diferença.						
8. Ser profissional de saúde e/ou da assistência social na área da saúde mental não é como ser realmente um verdadeiro profissional de saúde e/ou da assistência social.						
9. Se um colega mais experiente me instruísse a tratar pessoas com um transtorno mental de maneira desrespeitosa, eu **não** seguiria suas instruções.						

Itens	Concordo plenamente	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo plenamente
10. Eu me sinto tão confortável conversando com uma pessoa com um transtorno mental quanto eu me sinto conversando com uma pessoa com uma doença física.						
11. É importante que qualquer profissional de saúde e/ou assistência social que apoie uma pessoa com transtorno mental também se assegure que a saúde física dela seja avaliada.						
12. O público **não** necessita ser protegido de pessoas com um transtorno mental grave.						
13. Se uma pessoa com um transtorno mental reclamasse de sintomas físicos (como dor no peito), eu atribuiria esta reclamação ao seu transtorno mental.						
14. **Não** se deve esperar que clínicos gerais façam uma avaliação completa de pessoas com sintomas psiquiátricos, pois elas podem ser encaminhadas para um psiquiatra.						
15. Eu usaria os termos “louco”, “doido”, “maluco” etc. para descrever aos meus colegas pessoas com um transtorno mental que eu tenha visto em meu trabalho.						
16. Se algum colega me dissesse que ele tem um transtorno mental, eu ainda assim continuaria querendo trabalhar com ele.						

5.4.4 Fluxograma explicativo do método e do percurso do estudo

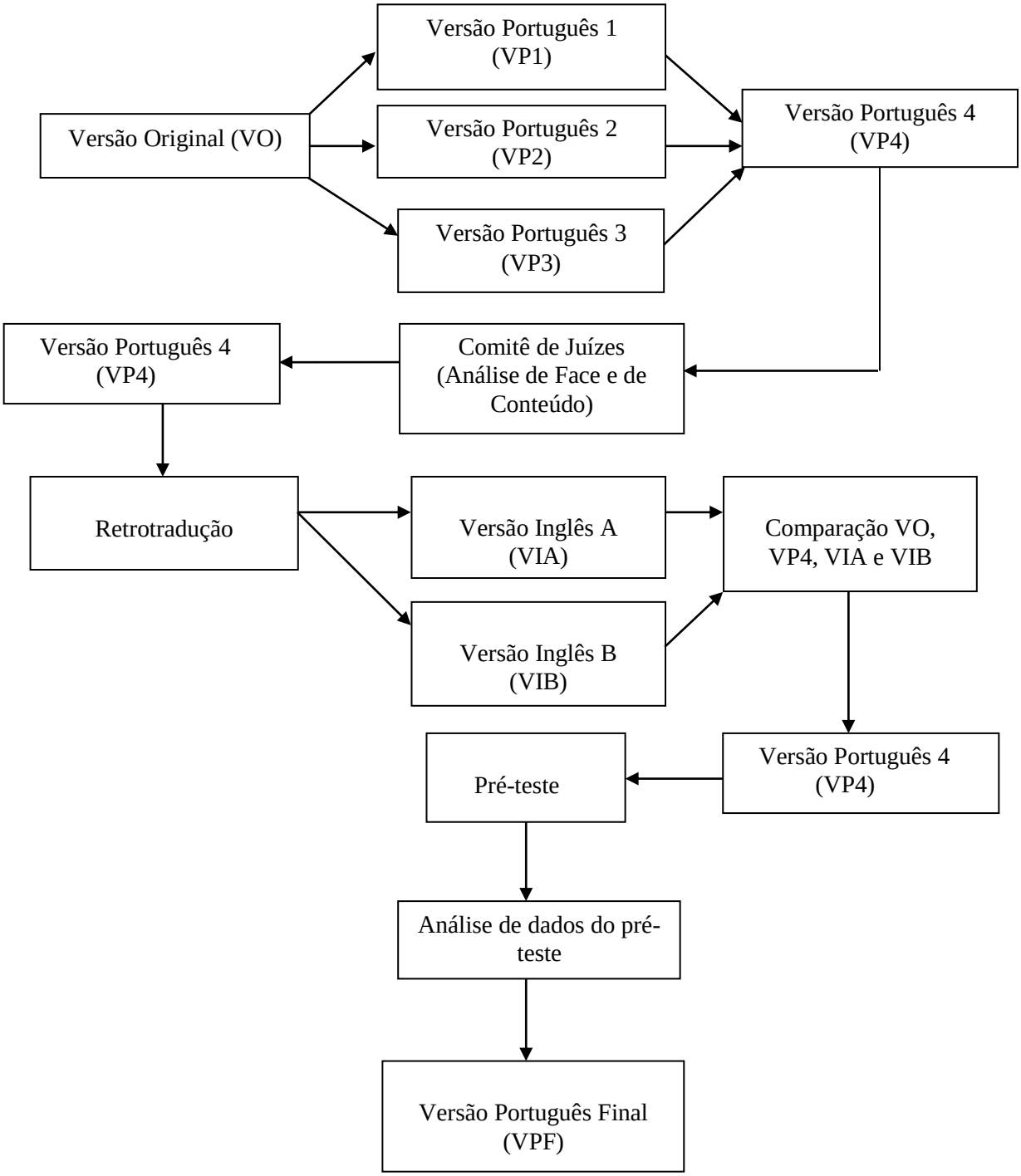

Figura 2 – Fluxograma explicativo do método e do percurso do estudo.

5.4.5 Limitações do Estudo

Em contato com o autor da MICA-4, houve a informação de que dois pesquisadores, sendo um de Portugal e outra do Brasil, estariam realizando processos de adaptação cultural e validação da referida escala.

Em contato com esses pesquisadores, a pesquisadora deste estudo obteve a informação de que o pesquisador português estava realizando o processo de adaptação cultural da MICA-4. Entretanto, após um ano do primeiro contato, a pesquisadora não conseguiu mais contatar o pesquisador português e, assim, realizou buscas em bases de dados para tentar identificar o possível estudo do pesquisador e outros estudos que poderiam existir sobre adaptações culturais e validações da MICA-2 e da MICA-4, os quais não foram encontrados.

Em relação à pesquisadora brasileira, há a informação de que ela está trabalhando em processos de adaptação cultural e validação da versão MICA-2.

Diante desses cenários, acredita-se que algumas comparações de dados podem ter sido comprometidas por ainda não haver outros assuntos relacionados à adaptação cultural e validação da MICA-4.

É importante ressaltar que mesmo sem pesquisas de adaptação cultural e validação da MICA-4 em outros países, bem como sem esses processos para profissionais de saúde, este estudo demonstrou que há a possibilidade de realizar a adaptação cultural da referida escala para o português brasileiro e para profissionais de saúde. Assim, é necessário que se prossiga com o estudo para que se realize a validação e, posteriormente, com base em futuros resultados dessa fase concluída, formar estratégias de intervenção para a redução do estigma de profissionais de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo seguiu todos os critérios metodológicos de adaptação cultural preconizados por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993).

Fatos durante o pré-teste merecem consideração. Um dos fatos é a constante fala dos profissionais de saúde sobre a generalização de transtornos mentais na escala MICA-4. Nesse sentido, entende-se que os autores da escala tinham por objetivo, durante sua construção, que não houvesse distinção entre os transtornos mentais, já que as condutas anti-estigma trazem justamente a ideia de que não deve haver diferenciação entre transtornos mentais. Esse fato observado neste estudo merece ser alvo de futuras investigações.

Ainda sobre os profissionais de saúde, outro fato merecedor de atenção é que durante a abordagem para a participação no estudo alguns profissionais de saúde demonstraram resistência. Acredita-se que essa resistência é resultante de atitudes e crenças estigmatizantes, bem como receio de julgamentos. Entretanto, ao mesmo tempo em que se mostravam resistentes, aceitavam participar e, após a aplicação da escala, sempre compartilhavam sentimentos e situações vivenciadas ou presenciadas com pessoas com transtornos mentais. Esse fato também merece ser alvo de futuras investigações.

Em relação à análise de dados, concluiu-se que foi necessário realizar as modificações sugeridas pelos profissionais de saúde na Versão Português 4 para que fosse obtida a Versão Português Final, configurando adaptação semântica. Dessa forma, o estudo deve prosseguir para que se repita o pré-teste com a Versão Português Final e, posteriormente, haja nova análise dos dados obtidos nessa fase.

A validação dessa escala poderá contribuir para a compreensão do fenômeno do estigma e para refletir sobre propostas de intervenção no atendimento de pessoas com transtornos mentais nos serviços de saúde de atenção básica no Brasil.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABDULLAH, T.; BROWN, T. L. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. **Clinical Psychology Review**, v. 31, n. 6, p. 934-48, 2011.

ASSEFA, D.; SHIBRE, T.; ASHER, L. *et al*. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. **BMC Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 212-239, 2012.

AYRES, J. R. C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.16-29, 2004.

BACKES, S. D. et al. Promovendo a cidadania por meio do cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 430-4, 2009.

BAKER, J. A.; RICHARDS, D. A.; CAMPBELL, M. Nursing atitudes towards acute mental health care: development of a measurement tool. **Journal of Advanced Nursing**. v. 49, n. 5, p. 522-529, 2005.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self report measures. **Spine**, v. 25, p. 815-824, 2000.

BJÖRKMAN, T.; ANGELMAN, T.; JÖNSSON, M. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 22, n. 2, p. 170–177, 2008.

BROHAN, E.; SLADE, M.; CLEMENT, S.; THORNICROFT, G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 80, 2010.

CALDWELL, T. M.; JORM, A. F. Mental health nurses' beliefs about interventions for schizophrenia and depression: A comparison with psychiatrists and the public. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, n. 34, p. 602–611, 2000.

CARRARA, B. S., VENTURA, C.A.A. Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 32, p. 317-324, 2018.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. **World Psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 16–20, 2002.

CORRIGAN, P. et al. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 44, n. 2, p. 162–179, 2003.

CORRIGAN, P. W. How stigma interferes with mental health care. **American Psychologist**, v.59, p.614–625, 2004.

CORRIGAN P., KERR A., KNUDSEN L. The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. **Applied and Preventive** Psychology, v. 11, p. 179–90, 2005.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C..; BARR, L. The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy**. Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 25, n. 8, p. 875-884, 2006.

CORRIGAN, P. W.; WASSEL, A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv**, v. 46, n. 1, p. 42-8.

DANTAS, R. A. S.; SILVA, F. S.; CIOL, M. A. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardic patients. Journal of Clinical Nursing, 2012.

DESAI, M. M.; ROSENHECK, R. A.; DRUSS, B. G.; PERLIM, J. B. Mental disorders and quality of care among postacute myocardial infarction outpatients. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 190, p. 51–53, 2002.

ELIAS, A. D. D. S.; TAVARES, C. M. D. M.; CORTEZ, E. A. Impacto do estigma da loucura sobre a atenção de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 776-783, 2013.

ESCHEVARRÍA-GUANILO, M.E. et al. Adaptação transcultural da "Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS" para ser aplicada em pacientes queimados brasileiros. Revista **Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 4, jul./ago., 2006.

FERREIRA, E. et al. The cultural adaptation of the "Burn Specific Health Scale – Revised" (BSHS-R): version for Brazilian burn victims. **Burns**. v. 34, p. 994-1001, 2008.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St Geroge's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, v. 9, n. 6, p. 1160-6, 1996.

FOSTER, A. et al. Measuring Attitudes Towards People with Mental Illness and People who are Homeless: Is a Joint Instrument Needed? **Homelessness.** Nova Science Publishers, 2014.

FOUCAULT, M. **História da Loucura.** Trad. José Teixeira Coelho Neto, São Paulo: Perspectiva, 2004.

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

FUNG, K. M.; TSANG, H. W.; CHAN, F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 45, n. 5, p. 561-568, 2010.

FUNG, K. M.; TSANG, H. W.; CORRIGAN, P. W. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 32, n. 2, p. 95-104, 2008.

GABBIDON, J. et al. Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) Scale - Psychometric properties of a version for health care students and professionals. **Psychiatry Research**, v. 206, p. 81–87, 2013.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 46, n. 12, p.1 417-32, 1993.

HANSSOM, L. et al. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? **International Journal of Social Psychiatry**, v. 59, n. 1, p. 48-54, 2013.

HENDERSON, C.; THORNICROFT, G. Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. **Lancet**, v. 373, n. 9679, p. 1928-30, 2009.

HENSON, C. et al. More us than them: Positive depictions of mental illness on Australian television news. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 43, 554–560, 2009.

HORSFALL, J.; CLEARY, M.; HUNT, G. E. Stigma in Mental Health: Clients and Professionals. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 31, p. 450–455, 2010.

HUGO, M. Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. **Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing**, v. 8, 419–425, 2001.

JORM, A. F.; GRIFFITHS, K. M. The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: How important are biomedical conceptualizations? **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 118, 315–321, 2008.

JORM, A. F.; KORTEN, A. E.; JACOMB, P. A.; CHRISTENSEN, H.; HENDERSON, S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 33, n. 1, 77–83, 1999.

KASSAM, A.; GLOZIER, N.; LEESE, M. et al. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 122, p. 153–61, 2010.

KASSAM, A. et al. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). **BMC Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 62, 2012.

KAWAR, A. Mental Illness and Stigma: Has Psychiatry Done more Harm than Good? **Indian Journal of Psychological Medicine**, v. 37, n. 2, p. 181-83, 2015.

KOPERA, M. Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. **Community Mental Health Journal**, v. 52, n. 5, p. 628-34, 2014.

LAUBER, C. et al. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? **European Psychiatry**, v. 19, p. 423-7, 2004.

LINK, B. G. et al. Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness and Social Distance. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 9, p. 1328-33, 1999.

LINK, B. G.; PHELAN, J. Conceptualizing stigma. **Annual Review Sociology**, v. 27, n. Lewis 1998, p. 363–85, 2001.

LINK, B. G. et al. Measuring mental illness stigma. **Schizophrenia Bulletin**, v. 30, n. 3, p. 511–541. 2004.

LINO, M. M. **Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI – adaptação transcultural do index of work satisfaction (IWS).** 1999. 221 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LIVINGSTON et al. 2011 The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. **Addiction**, v. 107, p. 39–50, 2011.

LIVINGSTON, J. D.; ROSSITER, K. R.; VEDUN-JONES, S. N. 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. **Psychiatric Research**, v. 188, n. 1, p. 115-122, 2011.

LOCH, A. A.; GUARNIERO, F. B.; LAWSON, F. L.; HENGARTNER, M. P.; RÖSSLER, W.; GATTAZ, W. F.; YANG, Y. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 1, 92, 2013.

LOCH, A. A., et al. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 5, p. 173-7, 2011.

LYONS, C.; HOPLEY, P.; HORROCKS, J. A decade of stigma and discrimination in mental health: Plus ca change, plus c'est la meme chose (the more things change, the more they stay the same). **Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing**, v. 16, 501–507, 2009.

MARTENSSON, G.; JACOBSSON, J. W.; ENGSTROM, M. Mental health nursing staff's atitudes towards mental illness: an analysis of related factors. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 21, n. 9, p. 782-788, 2014.

MARTINS, G. C. S. et al. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda – RJ. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 327-334, 2013.

MARTINS, G. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v.8, n.20, p.1-12, 2006.

MHCC Mental Health Commission of Canada. Initiatives Opening Minds. Disponível em: <www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/OpeningMinds.aspx>. Acesso em: 25 ago. 2015.

MCDAID, D. **Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe**. Luxembourg: European Commission, 2008.

MORRIS R. et al. Is the community attitudes towards the mentally ill scale valid for use in the investigation of European nurses's attitudes towards the mentally ill? A confirmatory analytic approach. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 2, p. 460-470. 2012.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 7-14, 2004.

NEWTON-HOWES, G.; WEAVER, T.; TYRER, P. Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community mental health teams. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 7, p. 572-577, 2008.

NORDT, C.; RÖSSLER, W.; LAUBER, C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. **Schizophrenia Bulletin**, v. 32, n. 4, p. 709–714, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Genebra, 2005. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. esp, p. 992-9, 2009.

PERIS, T. S.; TEACHMAN, B. A.; NOSEK, B. A. Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness Links to Clinical Care. **Journal of nervous and mental disease**, v. 196, n. 10, p. 752–760, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recomendationas. **Research in Nursing & Health**, v. 29, p. 489-497, 2006.

PUTMAN, S. Mental illness: Diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness). Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness. **Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing**, v. 15, 684–693, 2008.

RAO, H.; MAHADEVAPPA, H.; PILLAY, P.; SESSAY, M.; ABRAHAM, A.; LUTY, J. A study of stigmatizing attitudes towards people with mental health problems among health professionals. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 16, n. 3, p. 279–284, 2009.

REAVLEY, N. J. et al. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 5, p. 433–41, 2014.

RIBEIRO, M. et al., Refletindo sobre a liderança em Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 109 – 15, 2006.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E. M.; JABLONSKI, B. **Psicologia Social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

RONZANI, T. M.; HIGGINS-BIDDLE, J.; FURTADO, E. F. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 7, p. 1080-84, 2009.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma Social sobre o Uso de Álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010.

ROSA, J. G. **Grande Sertão: Veredas**. 19 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

ROSEN, A. et al. Combating psychiatric stigma: An overview of contempory initiatives. **Australasian Psychiatry**, v. 8, 19–26, 2000.

RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. **European Psychiatry**, v. 20, n. 8, p. 529–539, 2005.

RÜSCH, N. et al. Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. **The British Journal of Psychiatry**, v. 195, n. 6, p. 551-552, 2009.

SARACENO, B. **Reabilitação como cidadania**. Rio de Janeiro (RJ): TeCorá; 1999. p.111-42.

SCHULZE, B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. **International Review of Psychiatry**, v. 19, n. 2, p. 137-55, 2007.

SCHULZE, B.; ANGERMEYER, M. C. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. **Social Science & Medicine**, v. 56, p. 299-312, 2003.

SHARAC, J. et al. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. **Epidemiologia e psichiatria sociale**, v. 19, n. 3, p. 223-32, 2010.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, p. 113-128, 2003.

SILVEIRA, P. S. Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais da saúde de Juiz de Fora. (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora). 2010.

STUBER, J. P. et al. Conceptions of Mental Illness: Attitudes of Mental Health Professionals and the General Public. **Psychiatric Services**, v. 65, n. 4, p. 490–497, 2014.

STULL, L. G.; MCGREW, J. H.; SALYERS, M. P.; ASHBURN-NARDO, L. Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness: Attitudes in an Evidence-Based Practice. **Journal of nervous and mental disease**, v. 201, n. 12, p. 1072–79, 2013.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, p. 89-112, 2003.

THORNICROFT G. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. **International Journal of Mental Health Systems,** v. 2, n. 3, 2008.

TOPF, M. Three estimates of interrater reliability for nominal data. **Nursing Research**, v. 35, n. 4, p. 253-245, 1986.

TILDEN, V. P.; NELSON, C. A.; MAY, B. A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nursing Research**, v. 39, n. 3, p. 172-175, 1990.

TSANG, H. W. H. Stages of change, self-stigma, and treatment compliance among Chinese adults with severe mental illness. **Hong Kong Medical Journal**, v. 19, n. 6, p. 4-8, 2013.

TSANG, H. W.; FUNG, K. M.; CHUNG, R. C. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. **Psychiatric Research**, v. 180, n. 1, p. 10-15, 2010.

VAUGHAN, G.; HANSEN, C. "Like Minds, Like Mine": A New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. **Australasian Psychiatry**, v. 12, 113–117, 2004.

VENDSBORG, P. et al. Staff attitudes towards patients with schizophrenia. **Danish Medical Journal**, v. 60, n. 10, p. A4710, 2013.

VIBHA, P.; SADDICHHA, S.; KUMAR, R. Attitudes of ward attendants towards mental illness: comparisons and predictors. **The International Journal of Social Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 469–478, 2008.

VOGEL, D. L.; BITMAN, R. L.; HAMMER, J. H. *et al*. Is Stigma Internalized? The Longitudinal Impact of Public Stigma on Self-Stigma. **Journal of Counseling Psychology**, v. 60, n. 2, p. 311-316, 2013.

VRBOVÁ, K. et al. Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders – cross sectional study. **Neuroendocrinology Letters**, v. 35, n. 7, p. 645-652, 2014.

WAHL, O. F. Mental Health Consumers' Experience of Stigma. **Schizophrenia Bulletin**, v. 15, n. 3, 1999.

WATSON, A. C. et al. Self-stigma in people with mental illness. **Schizophrenia Bulletin**, v. 33, n. 6, p. 1312-1318, 2007.

WEI. Y et al. The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness: a systematic review. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 27, n. 5, p. 1-30, 2017.

WEISS, M. G.; RAMAKRISHNA, J. Stigma interventions and research for international health. **Lancet**, v. 367, p. 536–538, 2006.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Tese (doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.

ZARTALOUDI, A.; MADIANOS, M. G. Mental health treatment fearfulness and help-seeking. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 31, n. 10, p. 662-669, 2010.

ANEXO A - Quadro 1. Escalas existentes de mensuração de estigma de acordo com Wei et al. (2017).

Escalas	População	País
1. Self-reported prejudiced attitudes (SRPA) (Andersson et al. 2010)	Ensino secundário complementar	Noruega
2. Personal attributes (PR) (Angermeyer, Matschinger, 2003)	Membros da comunidade	Alemanha
3. Labelling (Angermeyer & Matschinger, 2003)	Membros da comunidade	Alemanha
4. Peer Mental Health Stigmatization scale (PMHSS) (McKeague et al. 2015)	Crianças e adolescentes na escola	Irlanda
5. Knowledge Test of Mental Illness (KT) (Michaels & Corrigan, 2013)	Alunos universitários, membros da comunidade, profissionais de saúde mental e pacientes	Estados Unidos
6. Day's Mental Illness scale (DMIS) (Day et al. 2007)	Alunos universitários, membros da comunidade e pessoas com transtornos mentais	Estados Unidos
7. EMIC [45] (Chowdhury et al. 2000)	Leigos e Profissionais de Saúde	Índia
8. Employer Attitudes towards Mental Illness questionnaire (EAQ) (Diksa & Rogers, 1996)	Trabalhadores/Empregados	Estados Unidos
9. Attitudes of Nursing Staff towards Co-Workers Returning from Psychiatric and Physical Illnesses (ANCW) (Glozier et al. 2006)	Equipe de Enfermagem	Reino Unido
10. Depression Stigma scale (DSS)/PPSS (Griffiths et al. 2004) (n=525) DSS (Griffiths et al. 2008) (n=1001; 5572; 487)	Membros da comunidade	Austrália Austrália
11. DSS revised (Gulliver et al. 2012)	Atletas de elite	Austrália
12. Generalized Anxiety Stigma scale (GASS) (Griffiths et al. 2011)	Público em geral	Austrália
13. GASS (Gulliver et al. 2012)	Atletas de elite	Austrália
14. Test of Knowledge About ADHD (KADD) (Hepperlen et al. 2002)	Professores de ensino primário	Estados Unidos
15. Beliefs toward Mental Illness (BMI) (Hirai & Clum, 2000)	Alunos universitários	Estados Unidos
16. Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC) (Kassam et al. 2012) (n=787) OMS-HC [111] (Modgill et al. 2014) (n=1523)	Profissionais de saúde	Canadá Canadá
17. ADHD Stigma Questionnaire (ASQ) (Kellison et al. 2010) ASQ (Bell et al. 2011)	Adolescentes com risco de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade Professores	Estados Unidos Estados Unidos
18. ADHD Stigma (Fuermaier et al. 2012)	Alunos universitários, membros da comunidade, professores e médicos	Holanda
19. SS Chinese version (Ho et al. 2015)	Pessoas com transtornos mentais	China

20. Self-Esteem and Stigma Questionnaire (SE/SQ) (Hayward et al. 2002)	Pacientes com depressão	Reino Unido
21. Devaluation-Discrimination tool (DD) (Link, 1987) Perceived DD (Bjorkman et al. 2007) Perceived DD (depression) (Interian et al. 2010)	Membros da comunidade e pessoas com transtornos mentais Pacientes com transtornos mentais Pacientes latinos de atenção primária	Estados Unidos Suíça Estados Unidos
22. Depression is a Matter of Will (Aromaa et al. 2010)	Membros da comunidade	Finlândia
23. Public stigma/PDD (Moses, 2009)	Jovens com transtornos mentais	Estados Unidos
24. Perceived dangerousness (PD) (Link et al. 1987)	Membros da comunidade	Estados Unidos
25. PD/Link Stigma scale (Bagley & King, 2005)	Pacientes com transtornos mentais	Reino Unido
26. Dangerousness scale (Penn et al. 1994)	Alunos universitários	Estados Unidos
27. Social distance (SD) (Link et al. 1989) SD (Penn et al. 1994)	Membros da comunidade Alunos universitários	Estados Unidos Estados Unidos
28. SD revised (Interian et al. 2010)	Pacientes latinos de atenção primária	Estados Unidos
29. Reported and Intended Behaviour scale (RIBS) (Evans-Lacko et al. 2013) (n=6954) RIBS (Evans-Lacko et al. 2012) (n=403; 83; 92; 37; 403) RIBS (Friedrich et al. 2013) (n=1452) RIBS Japanese version (Yamaguchi et al. 2014)	Público em geral Público em geral Estudantes de medicina Alunos de graduação e de pós-graduação	Reino Unido Reino Unido Reino Unido Japão
30. Social Contact scale (SD version) (Jackson & Heatherington, 2006)	Alunos de ensino secundário	Jamaica
31. Social Supports Acceptance scale (SSAS) (Mansouri & Dowell, 1989)	Pessoas com transtornos mentais	Estados Unidos
32. Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMID) (Luty et al. 2006)	Público em geral	Reino Unido
33. Attitudes to Severe Mental Illness (ASMI) (Madianos et al. 2012)	Público em geral	Grécia
34. Attitudes Toward Social Competence and Integration of People with Mental Illness (ASCI) (Minnebo & Acker, 2004)	Alunos belgas do ensino médio	Bélgica
35. Client Attitude Questionnaire (CAQ) (Morrison & Becker, 1975)	Profissionais psiquiátricos	Estados Unidos
36. Beliefs and attitudes toward people diagnosed with psychosis (BAP) (Serra et al. 2013)	Alunos do ensino médio	Itália
37. Devaluation of consumer family scale (DSFS) (Struening et al. 2001)	Cuidadores de pessoas com transtornos mentais	Estados Unidos

Stigma-Devaluation scale (Dalky, 2012)	Familiares de pessoas com transtornos mentais	Jordânia
38. Adolescent Attitudes toward Serious Mental Illness (ATSMI-AV) (Watson et al. 2005)	Alunos do ensino médio	Estados Unidos
39. Attitudes towards Acute Mental Health Care (ATAMHS) (Baker et al. 2005)	Enfermeiros	Reino Unido
40. Attitudes towards Psychiatry 30 (ATP 30) (Burra et al. 1982)	Alunos de medicina e residentes	Canadá
41. Latino Scale for Antidepressant Stigma (LSAS) (Interian et al. 2010)	Pacientes latinos de atenção primária	Estados Unidos
42. Stigma Concerns about Mental Health Care (SCMHC) (Interian et al. 2010)	Pacientes latinos de atenção primária	Estados Unidos
43. Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH) (Komiya et al. 2000)	Alunos universitários	Estados Unidos
44. Psychiatric Skepticism scale (PSS) (Swami & Furnham, 2011)	Público em geral	Reino Unido
45. Perceptions of Stigmatisation by Others for Seeking Help (PSOSH) (Vogel et al. 2009)	Alunos universitários	Estados Unidos
46. British Omnibus National Survey (ONS) (Kobau et al. 2010)	Membros da comunidade	Estados Unidos
47. Changing mind (Svensson et al. 2011)	Alunos de enfermagem	Suécia
48. Mental Illness: Clinician's Attitudes (MICA) (Kassam et al. 2010) MICA version 4 (Gabbidon et al. 2013a, b)	Alunos de medicina e estagiários de psiquiatria Profissionais de saúde e assistência social	Reino Unido Reino Unido
49. Libertarian Mental Health Ideology scale (LMHIS) (Nevid & Morrison, 1980)	Profissionais e alunos de saúde mental	Estados Unidos
50. Depression Attitude Questionnaire (DAQ) (Botega et al. 1992) DAQ (Haddad et al. 2007)	Clínicos gerais Equipe de enfermeiros e *home care*	Reino Unido Reino Unido
51. DAQ revised (Scheerder et al. 2009)	Farmacêuticos	Bélgica
52. R-DAQ (Haddad et al. 2015)	Profissionais de saúde	Reino Unido
53. Opinions about Mental Illness (Cohen & Struening, 1962) (70 itens e n=1194) OMI (Struening & Cohen, 1963) (51 itens e n=1200) OMI (Madianos et al. 1987)	Profissionais de saúde e equipe de hospital Profissionais de saúde e equipe de hospital Membros da comunidade	Estados Unidos Estados Unidos Grécia
54. OMI Chinese (Ng & Chan, 2000)	Alunos de ensino secundário	China
55. Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI) (Taylor & Dear, 1981) CAMI (Granello et al. 1999) (n=102) CAMI (Granello & Pauley, 2000) (n=53) CAMI (Hinkelmean & Granello, 2003) (n-	Membros da comunidade Alunos de graduação Alunos de graduação Alunos de graduação	Canadá Estados Unidos Estados Unidos Estados Unidos

86) CAMI (Morris et al. 2011) CAMI Chinese (Sevigny et al. 1999) CAMI (Wolff et al. 1996)	 Enfermeiros Profissionais de saúde mental Público em geral	 6 países europeus China Reino Unido
56. CAMI revised (Brockington et al. 1993)	Membros da comunidade	Canadá
57. CAMI Swedish (Högberg et al. 2008) (escala de 20 itens)	Alunos de Enfermagem	Suécia
58. CAMI/FABI (20 item) (Svensson et al. 2011)	Alunos de Enfermagem	Suécia
59. Mental Health Attitude Survey for Police (MHASP) (Clayfield et al. 2011)	Policiais	Estados Unidos
60. Relatives' opinions toward Schizophrenia (ROS) (Magliano et al. 1999)	Familiares de pessoas com transtornos mentais	Itália
61. R-AQ (Pinto et al. 2012)	Alunos de ensino médio	Estados Unidos
62. Attitudes towards Depression and Its Treatment (ATDT) (Gabriel & Violato, 2010)	Pacientes com depressão; especialistas em saúde mental	Canadá
63. ATDT revised (Isaac et al. 2012)	Membros da comunidade	Austrália
64. General Attitude Questionnaire (GAQ) (Lam et al. 2005)	Membros da comunidade	Reino Unido
65. Endorsed and Anticipated Stigma Inventory (EASI) (Vogt et al. 2014)	Militares e veteranos	Estados Unidos
66. emotional reactions (ER) (Angermeyer & Matschinger, 2003)	Membros da comunidade	Alemanha
67. Affective Reaction scale (Penn et al. 1994)	Alunos universitários	Estados Unidos
68. Attribution questionnaire (AQ) (Corrigan et al. 2002) (n=213) AQ (Brown, 2008) (n=774) AQ (Corrigan et al. 2003) (n=518) AQ (Corrigan et al. 2004) (n=54) AQ-27-Italian (Luca Pingani et al. 2012)	Alunos universitários Alunos universitários Alunos universitários Alunos universitários Familiares de alunos universitários	Estados Unidos Estados Unidos Estados Unidos Estados Unidos Itália
69. Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ) -7 items (Bagley & King, 2005)	Pacientes com transtornos mentais	Reino Unido
70. CESQ – 9 items (Świtaj et al. 2013)	Pacientes com transtornos mentais	Polônia
71. Rejection experience (RE) – Swedish (Bjorkman et al. 2007)	Pacientes com transtornos mentais	Suécia
72. Personal rejection scale/RE (Moses, 2009)	Jovens com transtornos mentaiss	Estados Unidos
73. Discrimination and Stigma scale (DISC) (Brohan et al. 2013)	Pacientes com transtornos mentais	Reino Unido
74. DISC revised (Thornicroft et al. 2009)	Pessoas com esquizofrenia	27 países
75. Questionnaire on Anticipated Discrimination	Pessoas com transtornos	Reino Unido

(QUAD) (Gabbidon et al. 2013a, b)	mentais	
76. 15 item Stigma Questionnaire (SQ) (Gibbons et al. 2012)	Pessoas com transtornos mentais	Canadá
77. Harvey stigma scale (Harvey SS) (Harvey, 2001)	Alunos universitários	Estados Unidos
78. Harvey SS revised (Bagley & King, 2005)	Pacientes com transtornos mentais	Reino Unido
79. Link's Rejection experiences (Link RE) (Link et al. 1997)	Homens com transtornos mentais	Estados Unidos
80. Stigmatising experiences scale (SES) (Stuart et al. 2005)	Pessoas com transtornos mentais	Canadá
81. Self-stigma of depression scale (SSDS) (Barney et al. 2010)	Membros da comunidade	Austrália
82. Self-stigma of mental illness (SSMI) (Corrigan et al. 2006)	Pessoas com transtornos mentais	Estados Unidos
83. SSMI short form (Corrigan et al. 2006, Corrigan et al. 2012)	Pessoas com transtornos mentais	Estados Unidos, Alemanha e Suíça
84. Depression Self-Stigma scale (DSSS) (Kanter et al. 2008)	Alunos de pós-graduação e membros da comunidade	Estados Unidos
85. The Stigma Inventory for Mental Illness (SIMI) (Karidi et al. 2014)	Pacientes com esquizofrenia	Grécia
86. Link's Secrecy (Link et al. 1989)	Membros da comunidade e pessoas com transtornos mentais	Estados Unidos
87. Link's Secrecy (Link et al. 1991) (3 itens a menos que a versão original)	Pessoas com transtornos mentais	Estados Unidos
88. Link's Withdrawal (Link et al. 1989) (4 itens a menos que a versão original)	Membros da comunidade e pessoas com transtornos mentais	Estados Unidos
89. Link's Withdrawal (Link et al. 1991) (1 iten a nenos que a versão original)	Pessoas com transtornos mentais	Estados Unidos
90. Affiliate self-stigma (ASS) (Mak & Cheung, 2008)	Cuidadores de pessoas com deficiência intelectual e transtornos mentais	China
91. Self-Stigma scale (SSS) (Mak & Cheung, 2010) (n-175;110) Self-Stigma Scale-Short (SSSS) (Wu et al. 2015) (n=161; 189)	Pessoas com transtornos mentais e imigrantes recentes Pessoas com transtornos mentais	China China
92. Child stigma scale (CSS)/self-stigma (Moses, 2009)	Jovens com transtornos mentais	Estados Unidos
93. Secrecy scale (SES) (Moses, 2009)	Jovens com transtornos mentais	Estados Unidos
94. Internalised stigma of mental illness (ISMI) (Ritsher et al. 2003) (n=127) ISMI (Brohan et al. 2011)	Pessoas com transtornos mentais Pessoas com transtorno afetivo bipolar ou depressão Pessoas com transtornos	Estados Unidos 13 países europeus Estados Unidos

ISMI (Ritsher & Phelan, 2004) (n-82)	mentais	
ISMI Chinese (Chang et al. 2014)	Pessoas com transtornos mentais	China
ISMI Arabic (Kira et al. 2015)	Arábes refugiados com transtornos mentais	Estados Unidos
ISMI (Lien et al. 2014) (n=160)	Pessoas com transtornos mentais	China
ISMI (Sibitz et al. 2011a, b)	Pessoas com esquizofrenia	Áustria
ISMI (Sorsdahl et al. 2012)	Membros de organização com depressão e ansiedade	África do Sul
95. ISMI revised (Assefa et al. 2012)	Pessoas com esquizofrenia	Etiópia
96. ISMI short (Boyd & Otilingam, 2014)	Pessoas com transtornos mentais	Estados Unidos
97. ISMI (Parent) (Zisman-Ilani et al. 2013)	Pais de pessoas com transtornos mentais	Israel
98. Self-Stigma of Seeking Psychological Help (SSOSH) (Vogel et al. 2006)	Alunos universitários	Estados Unidos
99. Personal stigma scale (PESS) (Schneider et al. 2011)	Pessoas com transtornos mentais	Reino Unido
100. Stigma of Depression scale (SDS) (Vega et al. 2010)	Pessoas latinas com depressão	Reino Unido
101. Stigma scale (SS) (King et al. 2007)	Pacientes com transtornos mentais	Reino Unido

ANEXO B – Versão original da "Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale" – versão 4 – MICA-4

B. Health Providers' Attitudes[2]

For each of questions 1-16, please respond by placing an "X" in the box that best fits your opinion. Mental illness here refers to conditions for which an individual would be seen by a psychiatrist.

	Strongly Agree	Agree	Somewhat Agree	Somewhat Disagree	Disagree	Strongly Disagree
1. I just learn about mental health when I have to, and would not bother reading additional material on it.						
2. People with a severe mental illness can never recover enough to have a good quality of life.						
3. Working in the mental health field is just as respectable as other fields of health and social care.						
4. If I had a mental illness, I would never admit this to my friends because I would fear being treated differently.						
5. People with a severe mental illness are dangerous more often than not.						
6. Health/social care staff know more about the lives of people treated for a mental illness than do family members or friends.						
7. If I had a mental illness, I would never admit this to my colleagues for fear of being treated differently.						
8. Being a health/social care professional in the area of mental health is not like being a real health/social care professional.						

[2] Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale (MICA). The MICA scale was developed at the Health Services and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London. Kassam A., Glozier N., Leese M., Henderson C., Thornicroft G. (2010) Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). Acta Psychiatrica Scandinavica 122(2), 153-161. Used with permission from Dr. Graham Thornicroft.

	Strongly Agree	Agree	Somewhat Agree	Somewhat Disagree	Disagree	Strongly Disagree
9. If a senior colleague instructed me to treat people with a mental illness in a disrespectful manner, I would **not** follow their instructions.						
10. I feel as comfortable talking to a person with a mental illness as I do talking to a person with a physical illness.						
11. It is important that any health/social care professional supporting a person with a mental illness also ensures that their physical health is assessed.						
12. The public does **not** need to be protected from people with a severe mental illness.						
13. If a person with a mental illness complained of physical symptoms (such as chest pain) I would attribute it to their mental illness.						
14. General practitioners should **not** be expected to complete a thorough assessment for people with psychiatric symptoms because they can be referred to a psychiatrist.						
15. I would use the terms 'crazy', 'nutter', 'mad' etc. to describe to colleagues people with a mental illness who I have seen in my work.						
16. If a colleague told me they had a mental illness, I would still want to work with them.						

ANEXO C – Autorizações dos autores para adaptação cultural e validação da MICA-4 no Brasil

Gmail

Raquel Fernandes <raquelhhfernandes@gmail.com>

Fwd: Permission for validating MICA scale in Portuguese

1 mensagem

Carla Ventura <caaventu@gmail.com> 13 de julho de 2016 12:31
Para: Raquel Fernandes <raquelhhfernandes@gmail.com>, Bruna Sordi <brunasordi.c@hotmail.com>

——— Forwarded message ———
From: **Sireesha Bobbili** <Sireesha.Bobbili@camh.ca>
Date: Wed, Jul 13, 2016 at 8:03 AM
Subject: RE: Permission for validating MICA scale in Portuguese
To: "Thornicroft, Graham" <graham.thornicroft@kcl.ac.uk>, "Stacey, Jessica" <jessica.stacey@kcl.ac.uk>, "Evans-Lacko, Sara" <sara.evans-lacko@kcl.ac.uk>
Cc: "Carla Ventura (caaventu@gmail.com)" <caaventu@gmail.com>, Akwatu Khenti <Akwatu.Khenti@camh.ca>

Thank you Dr. Thornicroft!

We will keep you updated with our progress.

regards,

Sireesha

From: Thornicroft, Graham [mailto:graham.thornicroft@kcl.ac.uk]
Sent: Wednesday, July 13, 2016 9:18 AM
To: Sireesha Bobbili; Stacey, Jessica; Evans-Lacko, Sara
Cc: Carla Ventura (caaventu@gmail.com); Akwatu Khenti
Subject: RE: Permission for validating MICA scale in Portuguese

Thanks sireesha

Yes please do go ahead and keep us informed

best wishes

graham

graham.thornicroft@kcl.ac.uk

@ThornicroftG on Twitter

king's college london

institute of psychiatry, psychology and neuroscience

de crespigny park london se5 8af

Athena SWAN Silver Award

From: Sireesha Bobbili [mailto:Sireesha.Bobbili@camh.ca]
Sent: 12 July 2016 23:16
To: Thornicroft, Graham
Cc: Carla Ventura (caaventu@gmail.com); Akwatu Khenti
Subject: Permission for validating MICA scale in Portuguese

Hello Dr. Thornicroft,

I'm writing on behalf of my research team at the Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) in Toronto, Canada.

At our request, you had granted us permission to use the MICA scale as part of a RCT focusing on reducing stigmatizing attitudes and practices among primary health care providers in Ontario.

We've found the scale to be very useful for our study in Canada. As a result, our colleague Dr. Carla Ventura, a professor at Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, would like to use the MICA scale in Brazil as an extension of our project. Since very few stigma related scales are available in Portuguese, would you please grant us permission to validate the MICA scale in this language for use in Brazil?

Thank you,

Sireesha

--

Sireesha Bobbili, MPH

Special Advisor / Project Coordinator

Office of Transformative Global Health

Institute for Mental Health Policy Research

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)

33 Russell Street, Toronto, Ontario, Canada M5S 2S1

(416) 535-8501 x33210 (office)

(416) 303-2994 (mobile)

sireesha.bobbili@camh.ca

www.camh.ca

ANEXO D – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização do estudo

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde
SUS

OF4919/2017– CAPP
ALS/2017

Ribeirão Preto 13 de dezembro de 2017.

Prezada Senhora,

Informo que a Diretora do Departamento de Atenção Saude das Pessoas da Secretaria Municipal da Saúde manifestou a concordância com a realização do projeto de pesquisa.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"MENTAL ILLNESS:CLINICIAN'S ATTITUDES SCALE (MICA-4):ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO PARA BRASILEIROS"** sob a responsabilidade da Dra. **CARLA APARECIDA ARENA VENTURA** e da pesquisadora **RAQUEL HELENA HERNANDES FERNANDES.**

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo a pesquisadora apresentar-se com antecedência à Gerência para combinar melhor data de acesso à Unidade.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Dra. Claudia Siqueira Vassimon
Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - CAPP

Ilustríssima Senhora
Dra. CARLA APARECIDA ARENA VENTURA
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
NESTA

Secretaria Municipal da Saúde
Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Av. Francisco Junqueira 1665, Centro, Ribeirão Preto
Fones: 36041642 / e-mail: capp@saude.pmrp.com.br

Scanned by CamScanner

ANEXO E – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para a realização do estudo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento de Pesquisas em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315 3952 - 55 16 3315 3961 - Fax: 55 16 3315 0318
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 082/2018, de 16/04/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 15 de abril de 2018.

Protocolo CAAE: 82846618.3.0000.5393

Projeto: Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale (MICA-4): adaptação cultural e validação para brasileiros

Pesquisadores: Raquel Helena Hernandez Fernandes
Carla Aparecida Arena Ventura (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Carla Aparecida Arena Ventura
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Scanned by CamScanner

APÊNDICE A – Tradução Versão Português 1

Atitudes de Profissionais da Saúde

Para cada uma das questões de 1-16, marque um X na opção que melhor representa sua opinião. Neste questionário, doenças mentais são consideradas condições pelas quais uma pessoa precisaria de ajuda psiquiátrica.

	Concordo completamente	**Concordo**	**Concordo parcialmente**	**Discordo parcialmente**	**Discordo**	**Discordo completamente**
1 – Eu apenas me informo sobre doenças mentais quando preciso, e não leria material adicional sobre o assunto.						
2- Pessoas com doenças mentais severas jamais se recuperam o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.						
3- Trabalhar no campo de saúde mental é tão respeitável quanto trabalhar em outros ramos da saúde e assistência social.						
4- Se eu tivesse uma doença mental, eu jamais assumiria para os meus amigos porque eu teria medo de ser tratado de maneira diferente.						
5- A maioria das pessoas com doenças mentais severas são perigosas.						
6- Profissionais da saúde e assistência social sabem mais sobre a vida das pessoas com doenças mentais do que seus amigos e familiares.						
7- Se eu tivesse uma doença mental, eu jamais assumiria para os meus colegas de trabalho porque eu teria medo de ser tratado de maneira diferente.						
8- Um profissional que trabalha na área de saúde mental **não** é considerado realmente um profissional na área da saúde e assistência social.						

9- Se um colega de trabalho de cargo mais alto que o meu me instruísse a tratar pessoas com doenças mentais de maneira desrespeitosa, eu **não** o obedeceria.						
10- Eu me sinto tão confortável conversando com uma pessoa que possui uma doença mental quanto com uma pessoa que possui uma doença física.						
11- É importante que qualquer profissional da área de saúde e assistência social também tenha sua saúde mental avaliada.						
12- O público em geral **não** precisa ser protegido de pessoas com doenças mentais.						
13- Se uma pessoa com doenças mentais se queixasse de sintomas físicos (como dores no peito), eu atribuiria esse sintoma à sua doença mental.						
14- Clínicos gerais não precisam fazer uma avaliação completa de pessoas com sintomas psiquiátricos porque eles já serão encaminhados à psiquiatras.						
15- Eu usaria os termos "louco", "maluco", etc para descrever colegas de trabalho que possuem doenças mentais.						
16- Se um(a) colega de trabalho tivesse uma doença mental, eu ainda gostaria de trabalhar com ele(a).						

APÊNDICE B – Tradução Versão Português 2

B. Atitudes dos profissionais de saúde2

Para cada questão de 1-16, responda colocando um "**X**" na opção que mais se alinhe à sua opinião. Neste caso, transtorno mental se refere à condição em que o indivíduo seria visto por um psiquiatra.

2 Transtorno Mental: Escala de Atitude Clínica (TMAC). A escala TMAC foi desenvolvida no Departamento de Serviços de Saúde e Pesquisa Populacional, Instituto de Psiquiatria, King's College London. Kassam A., Glozier N., Leese M., Henderson C., Thornicroft G. (2010) Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). Acta Psychiatrica Scandinavica 122(2), 153-161. Uso permitido pelo Dr. Graham Thornicroft.

	Concordo Totalmente	**Concordo**	**Concordo Parcialmente**	**Discordo Parcialmente**	**Discordo**	**Discordo Totalmente**
1. Eu só procuro aprender sobre saúde mental quando necessário, e não me interesso em ler materiais adicionais relacionados ao assunto.						
2. Pessoas com transtorno mental grave não conseguem se recuperar o suficiente para se ter uma boa qualidade de vida.						
3. Trabalhar na área de saúde mental é tão respeitável quanto a outras áreas de saúde e bem-estar social.						
4. Seu eu tivesse transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus amigos, pois teria medo de ser tratado com diferença.						
5. Pessoas com transtorno mental grave, são geralmente mais perigosas do que inofensivas.						
6. Profissionais de Saúde ou bem-estar social sabem mais sobre a vida do paciente com transtorno mental do que membros da família e amigos.						
7. Seu eu tivesse transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus colegas, pois teria medo de ser tratado com diferença.						
8. Ser profissional de Saúde ou bem-estar social na área de transtorno mental não é realmente um verdadeiro profissional de Saúde ou bem-estar social.						
9. Se um colega superior me instruísse a tratar pessoas com transtorno mental de maneira desrespeitosa, eu não seguiria suas instruções.						
10. Eu me sinto confortável em falar com uma pessoa com transtorno mental tal como eu sinto falando com uma pessoa com deficiência física.						

11. É importante que qualquer profissional de Saúde ou bem-estar social amparando uma pessoa com transtorno mental também assegure que sua saúde física seja avaliada.						
12. O público não necessita ser protegido de pessoas com transtorno mental grave.						
13. Se uma pessoa com transtorno mental reclamasse de sintomas físicos (como dor no tórax) eu atribuiria ao seu transtorno mental.						
14. Não se deve esperar que clínicos gerais façam uma avaliação completa de pessoas com sintomas psiquiátricos, pois eles podem ser encaminhados para um psiquiatra.						
15. Eu usaria os termos “louco”, “doido”, “maluco” etc. para descrever aos meus colegas pessoas com transtorno mental que vi em meu trabalho.						
16. Se algum colega me dissesse que ele possui transtorno mental, eu ainda assim gostaria de trabalhar com ele.						

APÊNDICE C – Tradução Versão Português 3

B. Health Providers' Attitudes[2]

For each of questions 1-16, please respond by placing an "X" in the box that best fits **your** opinion. Mental illness here refers to conditions for which an individual would be seen by a psychiatrist.

2 Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale (MICA). The MICA scale was developed at the Health Services and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London. Kassam A., Glozier N., Leese M., Henderson C., Thornicroft G. (2010) Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). Acta Psychiatrica Scandinavica 122(2), 153-161. Used with permission from Dr. Graham Thornicroft.

	Strongly Agree	**Agree**	**Somewhat Agree**	**Somewhat Disagree**	**Disagree**	**Strongly Disagree**
1. Eu somente busco aprender algo sobre saúde mental quando preciso e não me preocupo em ler materiais adicionais sobre o tema.						
2. Pessoas com graves transtornos mentais nunca se recuperam o suficiente para terem boa qualidade de vida.						
3. Trabalhar na área de saúde mental é tão respeitável quando trabalhar em outras áreas da saúde e da assistência social.						
4. Se eu tivesse um transtorno mental, eu nunca admitiria aos meus amigos porque tenho medo de ser tratado de forma diferente.						
5. Pessoas com transtornos mentais graves são perigosas mais frequentemente do que não o são.						
6. Profissionais de saúde e da assistência social sabem mais sobre a vida das pessoas tratadas em razão de um transtorno mental do que os familiares ou amigos destas pessoas.						
7. Se eu tivesse um transtorno mental eu nunca admitiria para meus colegas por meio de ser tratado de forma diferente.						
8. Ser um profissional de saúde/serviço social na área de saúde mental não é como ser um profissional real de saúde e da assistência social.						
9. Se um colega com mais tempo de trabalho me instruísse a tratar as pessoas com transtornos mentais de uma maneira desrespeitosa, eu não seguiria esta instrução.						
10. Eu me sinto confortável em conversar com pessoas com transtornos mentais da mesma forma que me sinto conversando com pessoas com qualquer doença física.						
11. É importante que qualquer profissional apoiando uma pessoa com transtorno mental também se assegure que sua saúde física seja avaliada.						

12. O público não precisa ser protegido de pessoas com transtornos mentais graves.						
13. Se uma pessoa com transtornos mentais reclama de sintomas físicos (como dor no peito) eu atribuiria esta queixa ao seu transtorno mental.						
14. Não se deve ter a expectativa que clínicos gerais completem uma avaliação de pessoas com sintomas psiquiátricos porque estes podem ser referenciados a um psiquiatra.						
15. Eu usaria os termos louco, maluco, insano, etc, para descrever para colegas pessoas com transtornos mentais que eu tenha visto em meu trabalho.						
16. Se um colega me contasse que tem um transtorno mental, eu continuaria querendo trabalhar com ele.						

APÊNDICE D – Instrumento de avaliação de validade de face e de conteúdo encaminhado aos juízes

Prezado (a): _____

As frases a seguir correspondem às versões original e traduzida da Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale (MICA-4), instrumento que mede o estigma de atitudes de profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental, desenvolvido por Graham Thornicroft, psiquiatra e professor inglês. Em virtude das diferenças culturais existentes entre a realidade inglesa e a nossa, estamos realizando a validação do referido instrumento para uso no contexto da saúde, seguindo metodologia padronizada pela literatura. Este trabalho tem como objetivo final disponibilizar instrumento para identificação de atitudes estigmatizantes de profissionais da saúde com relação às pessoas com transtorno mental.

Solicitamos, assim, a sua colaboração na avaliação das equivalências semântica e idiomática entre as versões original e traduzida do referido instrumento, considerando as seguintes orientações:

- A letra A corresponde a frase a em sua forma original e a B à versão traduzida para o português;
- Equivalência semântica e equivalência idiomática referem-se à correspondência no significado das palavras e no uso das expressões equivalentes em ambos os idiomas.

Utilize a escala a para designar a sua avaliação de equivalência, assinalando com um X no campo correspondente:

Escala de equivalência:
-1 = não equivalente
0 = indeciso
+1 = equivalente

Caso assinale -1 ou 0, por favor, faça sugestões quanto as alterações que julgar mais pertinente no espaço reservado abaixo a cada um dos itens.

Atenciosamente,

_____

Pesquisadoras responsáveis: Raquel Helena Hernandez Fernandes (mestranda) e Carla Aparecida Arena Ventura (orientadora). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP. Sala 46 / Telefone: (16) 3315-3422.

A1. I just learn about mental health when I have to, and would not bother reading additional material on it.		
B1. Eu somente aprendo sobre saúde mental quando eu preciso, não me preocupo em ler material adicional sobre o assunto.		
-1	0	+1

A2. People with a severe mental illness can never recover enough to have a good quality of life.		
B2. Pessoas com transtorno mental grave nunca se recuperam o suficiente para ter boa qualidade de vida.		
-1	0	+1

A3. Working in the mental health field is just as respectable as other fields of health and social care.		
B3. Trabalhar na área de saúde mental é tão respeitável quanto trabalhar em outras áreas da saúde e assistência social.		
-1	0	+1

A4. If I had a mental illness, I would never admit this to my **friends** because I would fear being treated differently.		
B4. Se eu tivesse transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus **amigos**, pois teria medo de ser tratado com diferença.		
-1	0	+1

A5. People with a severe mental illness are dangerous more often than not.		
B5. Pessoas com transtorno mental grave são geralmente mais perigosas do que não são.		
-1	0	+1

A6. Health/social care staff know more about the lives of people treated for a mental illness than do family members or friends.		
B6. Profissionais de saúde e/ou assistência social sabem mais sobre as vidas das pessoas tratadas por um transtorno mental do que seus familiares ou amigos.		
-1	0	+1

A7. If I had a mental illness, I would never admit this to my **colleagues** for fear of being treated differently		
B7. Se eu tivesse um transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus **colegas**, pois teria medo de ser tratado com diferença.		
-1	0	+1

A8. Being a health/social care professional in the area of mental health is not like being a real health/social care professional.		
B8. Ser profissional de saúde e/ou da assistência social na área da saúde mental não é como ser realmente um verdadeiro profissional de saúde e/ou da assistência social.		
-1	0	+1

A9. If a senior colleague instructed me to treat people with a mental illness in a disrespectful manner, I would **not** follow their instructions.		
B9. Se um colega mais experiente me instruísse a tratar pessoas com um transtorno mental de maneira desrespeitosa, eu **não** seguiria suas instruções.		
-1	0	+1

A10. I feel as comfortable talking to a person with a mental illness as I do talking to a person with a physical illness.		
B10. Eu me sinto tão confortável conversando com uma pessoa com um transtorno mental quanto eu me sinto conversando com uma pessoa com uma doença física.		
-1	0	+1

A11. It is important that any health/social care professional supporting a person with a mental illness also ensures that their physical health is assessed.		
B11. É importante que qualquer profissional de saúde e/ou assistência social que apoie uma pessoa com transtorno mental também se assegure que a sua saúde física seja avaliada.		
-1	0	+1

A12. The public does **not** need to be protected from people with a severe mental illness.		
B12. O público **não** necessita ser protegido de pessoas com um transtorno mental grave.		
-1	0	+1

A13. If a person with a mental illness complained of physical symptoms (such as chest pain) I would attribute it to their mental illness.		
B13. Se uma pessoa com um transtorno mental reclamasse de sintomas físicos (como dor no peito), eu atribuiria esta reclamação ao seu transtorno mental.		
-1	0	+1

A14. General practitioners should **not** be expected to complete a thorough assessment for people with psychiatric symptoms because they can be referred to a psychiatrist.		
B14. **Não** se deve esperar que clínicos gerais façam uma avaliação completa de pessoas com sintomas psiquiátricos, pois elas podem ser encaminhados para um psiquiatra.		
-1	0	+1

A15. I would use the terms ‘crazy’, ‘nutter’, ‘mad’ etc. to describe to colleagues people with a mental illness who I have seen in my work.		
B15. Eu usaria os termos “louco”, “doido”, “maluco” etc. para descrever aos meus colegas pessoas com um transtorno mental que eu tenha visto em meu trabalho.		
-1	0	+1

_____

A16. If a colleague told me they had a mental illness, I would still want to work with them.		
B16. Se algum colega me dissesse que ele tem um transtorno mental, eu ainda assim continuaria querendo trabalhar com ele.		
-1	0	+1

_____

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado aos Juízes

(Frente)

Eu, Raquel Helena Hernandez Fernandes, pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: *Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale (MICA-4): adaptação cultural e validação para brasileiros,* que tem como objetivo validar, para a cultura brasileira, a escala "MICA-4" – escala de mensuração de estigma para profissionais de saúde. Assim gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Sua participação, na etapa Comitê de Juízes, consistirá em atividades que incluem: analisar o instrumento que contém 16 itens, avaliando e comparando os itens da versão original (língua inglesa) com os da versão em português, julgando se o instrumento consegue identificar atitudes do profissional de saúde com relação às pessoas com transtorno mental. Essas atividades serão enviadas por email, por meio de um instrumento para a sua avaliação, e terão duração de, no máximo, 20 minutos. As atividades servirão apenas para análise da pesquisadora, para fins desta investigação, podendo ser divulgadas em trabalhos ou eventos científicos, mas garantindo-lhe a não identificação. Ressalto que sua recusa na participação não acarretará qualquer interferência na sua atuação profissional.

Os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o(a) senhor(a) neste momento, mas poderão contribuir para a construção de alternativas de redução de estigma com relação às pessoas com transtornos mentais. Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por sua participação. Sobre os riscos envolvidos na sua participação, informo que o(a) senhor(a) poderá sentir algum tipo de desconforto, mas receberá apoio da pesquisadora se isso acontecer. Está garantida indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas, diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa. Sendo sua participação voluntária, o(a) senhor(a) poderá a qualquer momento recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar desta pesquisa. Por fim, ao aceitar participar desta pesquisa o(a) senhor(a) receberá uma via assinada pela pesquisadora deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Comprometo-me, também, a garantir a apresentação dos resultados obtidos após término da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de

Ribeirão Preto, situado na av. Bandeirantes, n° 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone (16) 3315 9197, ou e-mail cep@eerp.usp.br (Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP - Horário de atendimento: segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 h e das 14 às 16 h).

(Verso)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

Atenciosamente,

_____.

Raquel Helena Hernandez Fernandes

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP

Av. Bandeirantes, n° 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto

CEP: 14040-902

Tel: (16) 99159-7576

Eu,

_____

___, declaro estar ciente do inteiro teor deste consentimento e estou de acordo em participar da pesquisa, sabendo que dela poderei desistir a qualquer momento sem sofre quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20_____.

_____.

Assinatura

APÊNDICE F – Tradução de uma das pessoas canadenses

Tradução Versão Consenso Português	
Transtorno Mental: Escala de Atitude Clínica Para cada uma das questões de 1-16, responda colocando um “X” na opção que mais representa a sua opinião.	Mental Disorder: Clinical Attitude Scale: For each question, 1-16, answer by placing an "X" in the option that best represents your opinion.
Neste questionário, transtorno mental é considerado uma condição pela qual uma pessoa precisaria ser atendida por um psiquiatra.	In this questionnaire, mental disorder is considered to be a condition for which a person would need psychiatric help.
Concordo plenamente	I completely agree
Concordo	I agree
Concordo parcialmente	I partially agree
Discordo parcialmente	I partially disagree
Discordo	I disagree
Discordo plenamente	I totally disagree
1. Eu somente aprendo sobre saúde mental quando eu preciso, não me preocupo em ler material adicional sobre o assunto. 2. Pessoas com transtorno mental grave nunca se recuperam o suficiente para ter boa qualidade de vida. 3. Trabalhar na área de saúde mental é tão respeitável quanto trabalhar em outras áreas da saúde e assistência social. 4. Se eu tivesse transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus amigos, pois teria medo de ser tratado com diferença. 5. Pessoas com transtorno mental grave são geralmente mais perigosas do que não são. 6. Profissionais de saúde e/ou assistência social sabem mais sobre as vidas das pessoas tratadas por um transtorno mental do que seus familiares ou amigos. 7. Se eu tivesse um transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus colegas, pois teria medo de ser tratado com diferença. 8. Ser profissional de saúde e/ou da assistência social na área da saúde mental	1. I would only learn about mental health through necessity. I would not bother reading more than I need to about the subject. 2. People with serious mental disorders never recover enough to enjoy a good quality of life. 3. Working in the mental health sector is as respectable as working in other areas of health care and social welfare. 4. If I had a mental disorder, I would never admit it to my friends, as I would be afraid to be treated differently. 5. People with severe mental disorders are usually more dangerous than not. 6. Health and/or social work professionals know more about the lives of people treated for mental disorders than their own family or friends. 7. If I had a mental disorder, I would never admit it to my coworkers, as I would be afraid to be treated differently. 8. Being a health professional and/or social worker in the area of mental health is not exactly like being a true health professional and/or social

não é como ser realmente um verdadeiro profissional de saúde e/ou da assistência social. 9. Se um colega mais experiente me instruísse a tratar pessoas com um transtorno mental de maneira desrespeitosa, eu não seguiria suas instruções. 10. Eu me sinto tão confortável conversando com uma pessoa com um transtorno mental quanto eu me sinto conversando com uma pessoa com uma doença física. 11. É importante que qualquer profissional de saúde e/ou assistência social que apoie uma pessoa com transtorno mental também se assegure que a sua saúde física seja avaliada. 12. O público não necessita ser protegido de pessoas com um transtorno mental grave. 13. Se uma pessoa com um transtorno mental reclamasse de sintomas físicos (como dor no peito), eu atribuiria esta reclamação ao seu transtorno mental. 14. Não se deve esperar que clínicos gerais façam uma avaliação completa de pessoas com sintomas psiquiátricos, pois elas podem ser encaminhados para um psiquiatra. 15. Eu usaria os termos “louco”, “doido” e “maluco” etc. para descrever aos meus colegas pessoas com um transtorno mental que eu tenha visto em meu trabalho. 16. Se algum colega me dissesse que ele tem um transtorno mental, eu ainda assim continuaria querendo trabalhar com ele.	worker. 9. If a more experienced coworker instructed me to treat people with mental disorders disrespectfully, I would not follow suit. 10. I feel as comfortable talking to a person with a mental disorder as I feel talking to a person with a physical ailment. 11. It is important that any health and/or social worker who assists a person with a mental disorder must ensure that their physical health is also examined. 12. The general public does not need to be protected from people with serious mental disorders. 13. If a person with a mental disorder complained of physical symptoms (such as chest pain), I would attribute this complaint to their mental disorder. 14. General practitioners should not be expected to make a thorough assessment of people with psychiatric symptoms, as they could also be referred to a psychiatrist. 15. I would use the terms "mad", "crazy" and "loony" etc. to describe to my coworkers, people with mental disorders that I have seen at work. 16. If a coworker tells me that he/she has a mental disorder, I would still want to work with him/her.

APÊNDICE G – Tradução da outra pessoa canadense

Questionnaire Portuguese Translated Version

Mental Illness: A Survey of Attitudes for Health Professionals. For each of the questions (1-16), mark an "X" in the option that most represents your opinion. In this questionnaire, "mental illness" refers to a condition in which a person would need to be treated by a psychiatrist.

	Strongly agree	Agree	Somewhat agree	Somewhat disagree	Disagree	Strongly disagree
1. I only learn about mental health when I need to. I do not worry about reading any extra material about this topic.						
2. People with serious mental health issues never recover enough to have a normal quality of life.						
3. Working in the mental health field is just as respected as working in other healthcare and social services fields.						
4. If I had a mental illness, I would never admit it to my friends because I would be treated differently.						
5. People with mental illnesses are generally more dangerous than those without.						
6. Healthcare and/or social services professionals know more about the lives of people being treated for mental illness than their own family or friends.						
7. If I had a mental illness, I would never admit it to my work colleagues because I would be afraid of being treated differently.						
8. Being a healthcare or social services professional specializing in mental health is not the same as being a true healthcare or social services professional.						
9. If a more experienced colleague instructed me to treat a person who had a mental illness disrespectfully, I would not follow their instructions.						
10. I do not feel as comfortable speaking with a person who has a mental illness as I do with someone who has a physical ailment.						
11. It is important that every healthcare or social services professional who treats a patient with a mental illness ensures that their physical health is also evaluated.						

12. The public does not need to be protected from people with serious mental illnesses.						
13. If a person with a mental illness complained of physical symptoms (such as chest pain), I would attribute the complaint to their mental illness.						
14. Health clinics should not be expected to do complete evaluations of patients with psychiatric symptoms. They can instead be referred to a psychiatrist.						
15. I would use the terms “crazy”, “nutcase”, “lunatic” etc. with my colleagues to describe the people with mental illnesses I see at work.						
16. If one of my colleagues told me they had a mental illness, I would still continue to want to work with them.						

APÊNDICE H – Instrumento de Avaliação para o autor da escala

Dr. Thornicroft,

The phrases bellow are from the original version of the Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale (MICA-4) and from the back translation done in Brazil. In view of the cultural differences between United Kingdom and Brazil, we are performing the validation of the Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale (MICA-4) to use in the health context, according to the methodology from the literature. This work has the objective of providing an instrument to identify stigmatizing attitudes of health professionals toward people with mental illness.

We request your cooperation in the evaluation of the semantic and idiomatic equivalences between the original and translated versions of this instrument, considering the following guidelines:

- The letter A corresponds to the original form and the letter B corresponds to the translated version for portuguese;
- Semantic equivalence and idiomatic equivalence refer to the correspondence in the meaning of words and the use of equivalent expressions in both languages.

Please, use the scale bellow to designate your equivalence assessment by ticking with an X in the corresponding field:

<u>Equivalence scale:</u>
-1 = not equivalent
0 = undecided
+1 = equivalent

If you tick -1 or 0, please, make suggestions as to the changes that you deem most relevant in the space below that exists in each of the items.

Lastly, if you have any questions, please, contact us.

Thank you!

Best regards,

Responsible researchers: Raquel Helena Hernandez Fernandes (Master Student) and Carla Aparecida Arena Ventura (Associate Professor and Master's Advisor). University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing - PAHO/WHO Collaborating Centre for Nursing Research Development-Brazil.
E-mail: raquelhhfernandes@gmail.com/caaventu@gmail.com.

A1. I just learn about mental health when I have to, and would not bother reading additional material on it.		
B1. I only learn about mental health when I need to. I do not worry about reading any extra material about this topic.		
-1	0	+1

A2. People with a severe mental illness can never recover enough to have a good quality of life.		
B2. People with serious mental disorders never recover enough to enjoy a good quality of life.		
-1	0	+1

A3. Working in the mental health field is just as respectable as other fields of health and social care.		
B3. Working in the mental health field is just as respected as working in other healthcare and social services fields.		
-1	0	+1

A4. If I had a mental illness, I would never admit this to my friends because I would fear being treated differently.		
B4. If I had a mental disorder, I would never admit it to my friends, as I would be afraid to be treated differently.		
-1	0	+1

A5. People with a severe mental illness are dangerous more often than not.		
B5. People with severe mental disorders are usually more dangerous than not.		
-1	0	+1

A6. Health/social care staff know more about the lives of people treated for a mental illness than do family members or friends.		
Health and/or social work professionals know more about the lives of people treated for mental disorders than their own family or friends.		
-1	0	+1

A7. If I had a mental illness, I would never admit this to my colleagues for fear of being treated differently		
B7. If I had a mental disorder, I would never admit it to my coworkers, as I would be afraid to be treated differently.		
-1	0	+1

A8. Being a health/social care professional in the area of mental health is not like being a real health/social care professional.		
B8. Being a health professional and/or social worker in the area of mental health is not exactly like being a true health professional and/or social worker.		
-1	0	+1

A9. If a senior colleague instructed me to treat people with a mental illness in a disrespectful manner, I would not follow their instructions.		
B9. If a more experienced colleague instructed me to treat a person who had a mental illness disrespectfully, I would not follow their instructions.		
-1	0	+1

A10. I feel as comfortable talking to a person with a mental illness as I do talking to a person with a physical illness.		
B10. I feel as comfortable talking to a person with a mental disorder as I feel talking to a person with a physical ailment.		
-1	0	+1

A11. It is important that any health/social care professional supporting a person with a mental illness also ensures that their physical health is assessed.		
B11. It is important that any health and/or social worker who assists a person with a mental disorder must ensure that their physical health is also examined.		
-1	0	+1

A12. The public does not need to be protected from people with a severe mental illness.		
B12. The public does not need to be protected from people with serious mental illnesses.		
-1	0	+1

A13. If a person with a mental illness complained of physical symptoms (such as chest pain) I would attribute it to their mental illness.		
B13. If a person with a mental illness complained of physical symptoms (such as chest pain), I would attribute the complaint to their mental illness.		
-1	0	+1

A14. General practitioners should not be expected to complete a thorough assessment for people with psychiatric symptoms because they can be referred to a psychiatrist.		
B14. General practitioners should not be expected to make a thorough assessment of people with psychiatric symptoms, as they could also be referred to a psychiatrist.		
-1	0	+1

A15. I would use the terms ‘crazy’, ‘nutter’, ‘mad’ etc. to describe to colleagues people with a mental illness who I have seen in my work.		
B15. I would use the terms "mad", "crazy" and "loony" etc. to describe to my coworkers, people with mental disorders that I have seen at work.		
-1	0	+1

A16. If a colleague told me they had a mental illness, I would still want to work with them.		
B16. If one of my colleagues told me they had a mental illness, I would still continue to want to work with them.		
-1	0	+1

APÊNDICE I – Versão Inglês alterada com as sugestões do autor

Questionnaire Portuguese Translated Version

Mental Illness: A Survey of Attitudes for Health Professionals. For each of the questions (1-16), mark an "X" in the option that most represents your opinion. In this questionnaire, "mental illness" refers to a condition in which a person would need to be treated by a psychiatrist.

	Strongly agree	Agree	Somewhat agree	Somewhat disagree	Disagree	Strongly disagree
1. I only learn about mental health when I need to, and **would not bother** about reading any extra material about this topic.						
2. People with serious mental disorders never recover enough **to have** a good quality of life.						
3. Working in the mental health field is just as respected as working in other healthcare and social services fields.						
4. If I had a mental disorder, I would never admit it to my friends, as I would be afraid to be treated differently.						
5. People with severe mental disorders are usually more dangerous than not.						
6. Health and/or social work professionals know more about the lives of people treated for mental disorders than their own family or friends.						
7. If I had a mental disorder, I would never admit it to my coworkers, as I would be						

afraid to be treated differently.						
8. Being a health professional and/or **social care professional** in the area of mental health is not like being a true health professional and/or **social care professional.**						
9. If a more experienced colleague instructed me to treat a person who had a mental illness disrespectfully, I would not follow their instructions.						
10. I feel as comfortable talking to a person with a mental disorder as I feel talking to a person with a physical ailment.						
11. It is important that any health and/or social care professional who assists a person with a mental disorder must ensure that their physical health is also examined.						
12. The public does not need to be protected from people with serious mental illnesses.						
13. If a person with a mental illness complained of physical symptoms (such as chest pain), I would attribute the complaint to their mental illness.						
14. General practitioners should not be expected to make a thorough assessment of people with psychiatric symptoms, as they could also						

be referred to a psychiatrist.						
15. I would use the terms "mad", "crazy" and "loony" etc. to describe to my coworkers, people with mental disorders that I have seen at work.						
16. If one of my colleagues told me they had a mental illness, I would still continue to want to work with them.						

APÊNDICE J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Pré-teste

(Frente)

Eu, Raquel Helena Hernandez Fernandes, pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: *Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale (MICA-4): adaptação cultural e validação para brasileiros,* que tem como objetivo validar, para a cultura brasileira, a escala "MICA-4" – escala de mensuração de estigma para profissionais de saúde. Assim gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Sua participação, na etapa Pré-teste, consistirá em atividades que incluem: responder um instrumento contendo 16 itens que buscam identificar atitudes estigmatizantes do profissional de saúde com relação à pessoas com transtorno mental e, posteriormente, participar de uma reunião com a pesquisadora para esclarecer aspectos relacionados ao instrumento. Essas atividades serão agendadas conforme sua disponibilidade de data e horário, serão desenvolvidas na unidade de saúde na qual você trabalha e terão duração de, no máximo, 20 minutos. As atividades servirão apenas para análise da pesquisadora, para fins desta investigação, podendo ser divulgadas em trabalhos ou eventos científicos, mas garantindo-lhe a não identificação. Ressalto que sua recusa na participação não acarretará qualquer interferência na sua atuação profissional.

Os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o(a) senhor(a) neste momento, mas poderão contribuir para a construção de alternativas de redução de estigma com relação às pessoas com transtornos mentais. Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por sua participação. Sobre os riscos envolvidos na sua participação, informo que o(a) senhor(a) poderá sentir algum tipo de desconforto, mas receberá apoio da pesquisadora se isso acontecer. Está garantida indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas, diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa. Sendo sua participação voluntária, o(a) senhor(a) poderá a qualquer momento recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar desta pesquisa. Por fim, ao aceitar participar desta pesquisa o(a) senhor(a) receberá uma via assinada pela pesquisadora deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Comprometo-me, também, a garantir a apresentação dos resultados obtidos após término da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de

Ribeirão Preto, situado na av. Bandeirantes, n° 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone (16) 3315 9197, ou e-mail cep@eerp.usp.br. (Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP - Horário de atendimento: segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 h e das 14 às 16 h).

(Verso)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

Atenciosamente,

_____.

Raquel Helena Hernandez Fernandes

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP

Av. Bandeirantes, n° 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto

CEP: 14040-902

Tel: (16) 99159-7576

Eu,

_____

___, declaro estar ciente do inteiro teor deste consentimento e estou de acordo em participar da pesquisa, sabendo que dela poderei desistir a qualquer momento sem sofre quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20_____.

_____.

Assinatura

APÊNDICE K - Questionário para caracterização sóciodemográfica da escala "Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale (MICA-4)"

Data: ___/___/___ Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Serviço de Saúde: _____

Nome/Iniciais: .....

Gênero: .....

Data de Nascimento: ...../...../.....

Formação: ..... Mês: ..... Ano: .....

Especialidade: .....

Tempo de atuação profissional: .....

Unidade de Saúde: .....

Ocupação na Unidade: .....

Tempo de atuação na Unidade: .....

APÊNDICE L - Versão Português 4 com formatação modificada para que coubesse em uma única página e facilitasse para os participantes o manuseio dos papeis

Transtorno Mental: Escala de Atitude Clínica (Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale – MICA-4)

Para cada uma das questões de 1-16, responda colocando um "X" na opção que mais representa a sua opinião. Neste questionário, transtorno mental é considerado uma condição pela qual uma pessoa precisaria ser atendida por um psiquiatra.

	Concordo plenamente	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo plenamente
1. Eu somente aprendo sobre saúde mental quando eu preciso, não me preocupo em ler material adicional sobre o assunto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Pessoas com transtorno mental grave nunca se recuperam o suficiente para ter boa qualidade de vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Trabalhar na área de saúde mental é tão respeitável quanto trabalhar em outras áreas da saúde e assistência social.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Se eu tivesse transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus **amigos**, pois teria medo de ser tratado com diferença.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Pessoas com transtorno mental grave são geralmente mais perigosas do que não são.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Profissionais de saúde e/ou assistência social sabem mais sobre as vidas das pessoas tratadas por um transtorno mental do que seus familiares ou amigos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Se eu tivesse um transtorno mental, eu jamais admitiria aos meus **colegas**, pois teria medo de ser tratado com diferença.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ser profissional de saúde e/ou da assistência social na área da saúde mental não é como ser realmente um verdadeiro profissional de saúde e/ou da assistência social.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Se um colega mais experiente me instruísse a tratar pessoas com um transtorno mental de maneira desrespeitosa, eu **não** seguiria suas instruções.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eu me sinto tão confortável conversando com uma pessoa com um transtorno mental quanto eu me sinto conversando com uma pessoa com uma doença física.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. É importante que qualquer profissional de saúde e/ou assistência social que apoie uma pessoa com transtorno mental também se assegure que a sua saúde física seja avaliada.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. O público **não** necessita ser protegido de pessoas com um transtorno mental grave.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Se uma pessoa com um transtorno mental reclamasse de sintomas físicos (como dor no peito), eu atribuiria esta reclamação ao seu transtorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. **Não** se deve esperar que clínicos gerais façam uma avaliação completa de pessoas com sintomas psiquiátricos, pois elas podem ser encaminhadas para um psiquiatra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Eu usaria os termos "louco", "doido", "maluco" etc. para descrever aos meus colegas pessoas com um transtorno mental que eu tenha visto em meu trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Se algum colega me dissesse que ele tem um transtorno mental, eu ainda assim continuaria querendo trabalhar com ele.	☐	☐	☐	☐	☐	☐