**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

BRUNA SORDI CARRARA

Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC): adaptação cultural para o
Brasil

**RIBEIRÃO PRETO
2018**

BRUNA SORDI CARRARA

Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC): adaptação cultural para o Brasil

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Prof^a. Dr^a. Carla A. 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.

Carrara, Bruna Sordi

Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC):
adaptação cultural para o Brasil. Ribeirão Preto, 2018.

107 p. : 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 Arena.

1. Estigma. 2. Profissionais de saúde. 3. Pessoas com transtorno mental. 4.
Adaptação cultural. 5. Estudo metodológico.

CARRARA, Bruna

Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC): adaptação cultural para o Brasil

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde que, nos desafios diários, pessoais e institucionais, procuram fazer o melhor nos contextos de saúde; e a todas as pessoas com transtorno mental que enfrentam diferentes barreiras em busca da dignidade.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”. (Carl G. Jung)

Agradecimentos especiais

*À **profª. Drª. Carla Ventura**, que desde sempre acreditou e confiou em mim. Muito obrigada pela presença e disponibilidade, pelo incentivo e parceria, por todas as oportunidades e possibilidades de crescimento e aprendizado, por tantas vezes me compreender sem que eu precisasse verbalizar! Tenho muito respeito, admiração e carinho por você, Carla! Muito obrigada por tudo!!!*

*À **profª. Drª. Simone de Godoy Costa**, sempre disponível e acolhedora! Muito obrigada pela paciência e atenção desde o início do desafio enfrentado. Sua experiência e competência com o método utilizado foram fundamentais em todo o processo! Nunca vou me esquecer das nossas conversas, do seu senso de realidade e do seu apoio!*

*A **Raquel Fernandes**, que chegou na Escola de Enfermagem comigo em 2014, mas só em 2015 que nos conhecemos e, desde então, uma parceria foi iniciada. Caminhamos juntas nessa jornada acadêmica, cada uma com seu tempo e estilo, mas com muito respeito e muita ajuda! Compartilhamos histórias, angústias e experiências e, assim, uma amizade foi construída! Muito obrigada! Eu torço muito por você!*

*Aos meus pais, **Lúcio e Rita**, e a minha irmã **Estela**. Sem vocês eu não estaria onde estou, eu não seria quem sou. Muito obrigada por entenderem, aceitarem e apoiarem meus investimentos, meu tempo e minhas escolhas. Meu agradecimento é diário e eterno e eu amo vocês! Eu amo vocês!!!*

*A **todos** que, comigo, já compartilhavam das belezas, dores, humores e responsabilidades da vida, e a todos que chegaram e que encontrei no caminho, obrigada do fundo do meu coração! Direta ou indiretamente, vocês me ajudaram muito neste processo!*

*Agradeço a **Deus**, imenso, tão perto e em tantos!*

Agradecimentos

A Sireesha Bobbili, gestora de projetos do Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). Obrigada pelo apoio e disponibilidade!

Ao Dr. Scott Patten, autor da escala original, pelas autorizações para utilização da escala no desenvolvimento do estudo no Brasil.

A Rita, Bia e Raquel, que me ajudaram na coleta de dados. Vocês foram importantes demais! Obrigada, meninas!

À Dr^a. Miyeko Hayashida, pela colaboração e orientação na análise dos dados.

Aos tradutores brasileiros e canadenses, pelo serviço prestado com agilidade e competência.

À Universidade de São Paulo e à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), pelas oportunidades nessa trajetória.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento (GEPESADES) e da Liga de Direitos Humanos e Saúde (LiDiHuS), pelos estudos, projetos, parcerias e experiências. Aprendo muito a cada encontro!

Aos professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), por compartilharem seus conhecimentos e experiências, enriquecendo meu processo de aprendizado e formação.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), pelo apoio e atenção em tantos momentos.

À secretaria de Pós-Graduação, especialmente a Adriana – secretária do Programa Enfermagem Psiquiátrica -, disponível e paciente em todo o período do Mestrado para esclarecer quaisquer dúvidas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo fomento concedido.

À Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto e às Unidades de Saúde de Atenção Primária, pelo apoio e autorização para a realização do estudo.

Aos profissionais de saúde da Atenção Primária, que participaram deste estudo. Que vocês sejam reconhecidos e valorizados a cada dia em suas práticas de cuidado!

*“Se não puderes ser um pinheiro, no topo de uma colina,
Sê um arbusto no vale mas sê
O melhor arbusto à margem do regato.
Sê um ramo, se não puderes ser uma árvore.
Se não puderes ser um ramo, sê um pouco de relva
E dá alegria a algum caminho.
Se não puderes ser uma estrada,
Sê apenas uma senda,
Se não puderes ser o Sol, sê uma estrela.
Não é pelo tamanho que terás êxito ou fracasso...
Mas sê o melhor no que quer que sejas.”*

Douglas Malloch

CARRARA, B. S. *Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC): adaptação cultural para o Brasil*. 2018. 107f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2018.

RESUMO

Introdução: o estigma com relação aos transtornos mentais atinge pessoas de todas as idades, culturas e condições socioeconômicas, funciona como barreira de acesso aos serviços de saúde, pode afetar seriamente as chances de recuperação e reforçar atitudes e comportamentos negativos com relação às pessoas com transtorno mental. Os profissionais de saúde não são menos suscetíveis do que o público em geral quanto às crenças e comportamentos estigmatizantes com relação às pessoas com transtorno mental, pois são expostos a processos de socialização que podem levar à internalização de atitudes estigmatizantes e discriminatórias. A “*Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC)*” busca medir o estigma de profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental. **Objetivo:** adaptar culturalmente a OMS-HC para uso no Brasil em uma amostra de profissionais de saúde de Atenção Primária. **Método:** estudo metodológico aprovado pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto e pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. O processo de adaptação cultural ocorreu por meio de tradução da escala original, avaliação e síntese da tradução pelo comitê de juízes, retrotradução e pré-teste. O pré-teste foi realizado no período de julho a agosto de 2018, em sete Unidades de Saúde de Ribeirão Preto. Participaram do estudo 40 profissionais de saúde (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, auxiliares e técnicos bucal, farmacêuticos e auxiliares de farmácia). A OMS-HC é uma escala de auto-relato e consiste de uma série de itens, cada um com uma sequência equilibrada de resposta de valor: concordo totalmente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo, discordo totalmente; sendo que para cada item é atribuída pontuação de 1 a 5. A OMS-HC mede cinco dimensões relacionadas ao estigma: Recuperação; Responsabilidade Social; Distância Social; Outros conceitos (periculosidade, obscurecimento de diagnóstico); e Divulgação. **Resultados:** o processo de adaptação cultural ocorreu sem intercorrências significativas, as alterações decorrentes das traduções e avaliações foram, de forma geral, pontuais e relacionaram-se à substituição de algumas palavras por outros sinônimos para melhor adaptação. Os participantes, no pré-teste, eram 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino, com média de idade de 43,6 anos. A média do tempo de formação foi de 16,5 anos e, em relação à especialidade, dos 40 profissionais de saúde, 52,5% tinham alguma especialidade e 47,5% não tinham. A média do tempo de atuação profissional foi de 18,2 anos. Houve prevalência (65%) de profissionais da Enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem). A prevalência da ocupação dos profissionais das Unidades foi de auxiliares e técnicos de enfermagem (37.5%), seguidos de enfermeiros (15%). A média do tempo de atuação na Unidade de Saúde foi de 5,2 anos. O tempo de aplicação da escala foi, para 82.5% dos profissionais de saúde, de 04 a 10 minutos. Com relação à aplicabilidade e compreensão dos itens, os profissionais relataram que a escala é muito “generalizada”, pois o termo “transtorno mental”, sem especificação, abrange experiências diversificadas na saúde mental. O alfa de Cronbach, no pré-teste, foi de 0,74 (consistência interna satisfatória). **Considerações finais:** a versão brasileira da OMS-HC apresentou linguagem adequada ao contexto brasileiro, de fácil aplicação, com formato adequado para uso, entendimento apropriado e consistência em relação à versão original. A versão brasileira da OMS-HC encontra-se apropriada para o desenvolvimento de estudo para avaliação de suas propriedades psicométricas.

Palavras-chaves: Estigma; Profissionais de saúde; Pessoas com transtorno mental; Adaptação cultural; Estudo metodológico.

CARRARA, B. S. *Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC): cultural adaptation to Brazil*. 2018. 107f. Dissertation (Master) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2018.

ABSTRACT

Introduction: stigma towards mental illness reaches people of all ages, cultures and socioeconomic conditions, acts as a barrier of access to health services, can seriously affect the chances of recovery and reinforce attitudes and negative behaviors towards people with mental illness. Health professionals are no less susceptible than the general public to stigmatizing beliefs and behaviors toward people with mental illness, as they are exposed to socialization processes which may lead to the internalization of stigmatizing and discriminatory attitudes. The "*Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC)*" seeks to measure the stigma of health professionals towards people with mental illness. **Objective:** to culturally adapt the OMS-HC for use in Brazil in a sample of Primary health care professionals. **Method:** a methodological study approved by the Municipal Health Department of Ribeirão Preto and by the Ethics Committee of the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. The process of cultural adaptation occurred through translation of the original instrument, evaluation and synthesis of the translation by the Judges Committee, back-translation and pre-test. The pre-test was performed in the period from July to August of 2018, in seven Health Centres of the city of Ribeirão Preto. 40 health professionals (nurses, nursing assistants and technicians, doctors, dentists, oral assistants and technicians, pharmacists and pharmacy assistants) participated in the study. The OMS-HC is a self-report scale and consists of a series of items, each with a balanced sequence of value responses: I totally agree, agree, neither agree nor disagree, disagree, totally disagree; and for each item scores vary from 1 to 5. OMS-HC measures five dimensions related to stigma: Recovery; Social responsibility; Social Distance; Other concepts (dangerousness, diagnostic overshadowing); and Disclosure. **Results:** the cultural adaptation process occurred without significant interferences, the changes resulting from the translations and evaluations were, in general, specific and related to the changes of some words by other synonyms for better adaptation. The participants, in the pre-test, were 80% female and 20% male, with an average age of 43.6 years. The average training time was 16.5 years and, in relation to the specialty, of the 40 health professionals, 52.5% had some specialty and 47.5% did not. The average time of professional practice was 18.2 years. There was a prevalence (65%) of nursing professionals (nurses, nursing assistants and technicians). The prevalence of occupations within the Units was of nursing assistants and technicians (37.5%), followed by nurses (15%). The average practice time at the Health Unit was of 5.2 years. The time of application of the scale was, for 82.5% of health professionals, from 04 to 10 minutes. Regarding the applicability and understanding of the items, professionals reported that the instrument is very "general", as the term "mental illness", without specification, encompasses diverse experiences in mental health. Cronbach's alpha, in the pre-test, was 0.74 (satisfactory internal consistency). **Final considerations:** the Brazilian version of the OMS-HC presented adequate language to the Brazilian context, easy to apply, with adequate format for use, appropriate understanding and consistency in relation to the original version. The Brazilian version of OMS-HC is suitable for the development of a study to evaluate its psychometric properties.

Keywords: Stigma; Health professionals; People with mental illness; Cultural adaptation; Methodological study.

CARRARA, B. S. *Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC): adaptación cultural para o Brasil*. 2018. 107f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2018.

RESUMÉN

Introducción: el estigma con respecto a los trastornos mentales afecta a personas de todas las edades, culturas y condiciones socioeconómicas, funciona como barrera de acceso a los servicios de salud, puede afectar seriamente las posibilidades de recuperación y reforzar actitudes y comportamientos negativos con relación a las personas con trastorno mental. Los profesionales de salud no son menos susceptibles que el público en general en cuanto a las creencias y comportamientos estigmatizantes con respecto a las personas con trastorno mental, pues son expuestos a procesos de socialización que pueden llevar a la internalización de actitudes estigmatizantes y discriminatorias. La escala "*Opening Minds Scale for health care providers*" (OMS-HC)" busca medir el estigma de los profesionales de la salud con respecto a las personas con trastorno mental. **Objetivo:** adaptar culturalmente a la OMS-HC para uso en Brasil en una muestra de profesionales de salud de Atención Primaria. **Método:** estudio metodológico aprobado por la Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto y por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. El proceso de adaptación cultural ocurrió por medio de traducción del instrumento original, evaluación y síntesis de la traducción por el Comité de Jueces, retrotraducción y pre-test. El pre-test fue realizado en el período de julio a agosto de 2018, en siete Unidades de Salud de Ribeirão Preto. En el estudio participaron 40 profesionales de salud (enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería, médicos, dentistas, auxiliares y técnicos bucal, farmacéuticos y auxiliares de farmacia). La OMS-HC es una escala de auto-relato y consiste en una serie de ítems, cada uno con una secuencia equilibrada de respuesta de valor: concuerdo totalmente, estoy de acuerdo, no estoy de acuerdo ni de desacuerdo, discuerdo, discuerdo totalmente; y para cada ítem se asigna puntuación de 1 a 5. La OMS-HC mide cinco dimensiones relacionadas al estigma: Recuperación; Responsabilidad social; Distancia Social; Otros conceptos (periculosidad, oscurecimiento del diagnóstico); y Divulgación. **Resultados:** el proceso de adaptación cultural ocurrió sin intercorrelaciones significativas, las alteraciones resultantes de las traducciones y evaluaciones fueron, en general, puntuales y se relacionaron con la sustitución de algunas palabras por otros sinónimos para mejor adaptación. Los participantes, en el pre-test, eran el 80% del sexo femenino y el 20% del sexo masculino, con una media de edad de 43,6 años. La media del tiempo de formación fue de 16,5 años y, en relación a la especialidad, de los 40 profesionales de salud, el 52,5% tenían alguna especialidad y el 47,5% no tenían. El promedio del tiempo de actuación profesional fue de 18,2 años. Hubo prevalencia (65%) de profesionales de Enfermería (Enfermeros, Auxiliares y Técnicos en Enfermería). La prevalencia de ocupación de los profesionales de las Unidades fue de Auxiliares y Técnicos de Enfermería (37.5%), seguidos de Enfermeros (15%). El promedio del tiempo de actuación en la Unidad de Salud fue de 5,2 años. El tiempo de aplicación de la escala fue, para el 82.5% de los profesionales de salud, de 04 a 10 minutos. En cuanto a aplicabilidad y comprensión de los ítems, los profesionales relataron que el instrumento es muy "generalizado", pues el término "trastorno mental", sin especificación, abarca experiencias diversificadas en salud mental. El alfa de Cronbach, en el pre-test, fue de 0,74 (consistencia interna satisfactoria). **Consideraciones finales:** la versión brasileña de la OMS-HC presentó un lenguaje adecuado al contexto brasileño, de fácil aplicación, con formato adecuado para uso, entendimiento apropiado y consistencia en relación a la versión original. La versión brasileña de la OMS-HC está apropiada para el desarrollo de estudio para la evaluación de sus propiedades psicométricas.

Palabras claves: Estigma; Profesionales de salud; Personas con trastorno mental; Adaptación cultural; Estudio metodológico.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores/Subescalas identificadas na análise fatorial da Versão Original da OMS-HC	33
Quadro 2 – Modificações das versões traduzidas na etapa da Tradução para Versão Português Consenso 1	52
Quadro 3 – Modificações da Versão Consenso 1 para Versão Consenso 2 pelo Comitê de Juízes	53
Quadro 4 – Modificações das versões traduzidas na etapa da Retrotradução para Versão Inglês Final	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma que descreve o processo de tradução e adaptação cultural deste estudo	46
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica dos profissionais de saúde de Unidades de Atenção Primária	56
Tabela 2 - Caracterização sócio-demográfica e aplicação da OMS-HC em profissionais de saúde de Unidades de Atenção Primária	57

LISTA DE SIGLAS

CAMH – Centre for Addiction and Mental Health

GEPESADES – Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento

MHCC – Mental Health Commission of Canada

OMS-HC – Opening Minds Scale for health care providers

APS – Atenção Primária à Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

TAI – Teste de Associação Implícita

AB – Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VO – Versão Original

VP1 – Versão Português 1

VP2 – Versão Português 2

VPC1 – Versão Português Consenso 1

VPC2 - Versão Português Consenso 2

VI1 – Versão Inglês 1

VI2 – Versão Inglês 2

VIF – Versão Inglês Final

VPF – Versão Português Final

SPSS – Statistical Package for the Social Science

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ISMI – Internalized Stigma of Mental Illness

SUMÁRIO

1 Introdução	19
1.1 Estigma entre profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental	20
2 Referencial Teórico-Metodológico	28
2.1 Apresentação da escala	29
2.1.1 Desenvolvimento	29
2.1.2 Fase teste	31
2.2 Aspectos teóricos e metodológicos do processo de adaptação cultural e validação de escalas de medida	34
2.2.1 Adaptação Cultural	34
2.2.1.1 Tradução	35
2.2.1.2 Retrotradução (<i>back-translation</i>)	35
2.2.1.3 Revisão da tradução por comitê de juízes	35
2.2.1.4 Pré-teste	36
2.2.1.5 Ponderação dos escores	37
2.2.2 Validação	37
2.2.2.1 Validade	37
2.2.2.2 Confiabilidade	38
3 Objetivos	40
3.1 Objetivo geral	41
3.2 Objetivos específicos	41
4 Método	42
4.1 Tipo de estudo e local	43
4.2 Permissão do autor para utilização da OMS-HC	43
4.3 Proteção dos participantes	44
4.4 Participantes	44
4.5 Adaptação cultural	45
4.5.1 Tradução da OMS-HC para a língua portuguesa	47
4.5.2 Avaliação pelo comitê de juízes	47
4.5.3 Retrotradução (<i>back-translation</i>)	48
4.5.4 Pré-teste	48
4.6 Processamento e Análise dos dados	49
5 Resultados	50
5.1 Resultados relacionados ao processo de adaptação cultural da OMS-HC	51
5.1.1 Tradução da OMS-HC para o português brasileiro	51
5.1.2 Avaliação do comitê de juízes	52
5.1.3 Comparação da Versão Inglês Final com a Versão Original e envio para o autor	54
5.1.4 Aplicação da Versão Português Final nos participantes (Pré-teste)	55

6 Discussão	59
6.1 Limitação	64
7 Considerações finais	65
Referências	67
Anexos	74
Apêndices	81

APRESENTAÇÃO

“Aconteceu em uma praça, dessas de cidade pequena de interior. Ela tinha dois, no máximo três anos. Esses andarilhos, sabe!? Mendigo. Assustou a Bruna, que estava no colo de uma prima. O andarilho carregava uma cruz e chegou perto delas, falando alto, assustando. A prima saiu gritando e correndo com a Bruna no colo, com medo do andarilho. A Bruna chegou em casa chorando, aterrorizada, e à noite só dizia: ‘O hómi suzo, o hómi suzo... O hómi suzo...’. Depois deste dia, a Bruna passou a ter medo de tudo – tudo que era diferente, sujo, fora do comum. Mas a Bruna, com o tempo, ressignificou o episódio em sua vida. Alguma coisa sempre tentou sinalizar que, no viver, algumas pessoas sofrem muito mais que outras. Então, com o tempo, o olhar de Bruna se atentou para essas pessoas, para o diferente, o sujo, o fora do comum. Bruna escolheu olhar para quem fica à margem”.

Escolhi fazer Psicologia e, durante todo o curso, tive muitas oportunidades para estudar e trabalhar com quem “fica à margem”. Realizei vários estágios que proporcionaram ressignificar cada vez mais o episódio dos meus dois/três anos de idade. No primeiro ano do curso, em 2009, por meio das disciplinas “Fundamentos em Pesquisa”, com a prof^a. Patrícia Espírito Santo, e “Antropologia”, com a prof^a. Maria Esther Fernandes, conheci a pesquisa científica e me encantei. Em Fundamentos em Pesquisa, me interessei pelos métodos/caminhos; com a Antropologia, me apaixonei pela cultura/história/contexto do “outro”.

Em 2010 realizei a primeira Iniciação Científica com a prof^a. Carla Ventura, com projeto de revisão integrativa sobre saúde, desenvolvimento e desenvolvimento humano. Em 2011 e 2012, houve a realização de outras duas Iniciações Científicas com a prof^a. Patrícia Espírito-Santo, a primeira sobre representação social da depressão em idosos institucionalizados e a segunda sobre a percepção de idosos institucionalizados a respeito de sua identidade. O Trabalho de Conclusão de Curso, em 2013, foi uma integração das duas últimas pesquisas.

O universo acadêmico e científico causou contínuo encantamento e a percepção de que a Ciência, uma vez que coloca um pesquisador em ação, o leva ao risco de adquirir um vício: o vício de pesquisar. Portanto, as pesquisas realizadas durante a graduação proporcionaram questionamentos que conduziram ao interesse em pesquisar o fenômeno do “estigma na saúde

mental”. Porém, o interesse ficou adormecido por alguns meses devido às buscas por alguma colocação no mercado de trabalho e angústias para um primeiro emprego. Comecei a trabalhar em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, o “famoso” asilo. E lá tive experiências incrivelmente enriquecedoras e assustadoras, que me motivaram a continuar a pesquisar. No asilo, o estigma era presente e gritante.

Assim, em 2014, já Psicóloga, entrei em contato com a profa. Carla Ventura e houve identificação com seu projeto da época sobre estigma de profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental, em parceria com o *Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH) da Universidade de Toronto no Canadá. Para maior engajamento, a profa. Carla apresentou o grupo de pesquisa que coordena, Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento (GEPESADES), e sugeriu que eu participasse em disciplinas como Aluno Especial, que foram cursadas em 2015 (Diplomacia em Saúde, no 1º semestre; Direito à Saúde, no 2º semestre).

O ano de 2015 foi o ano de preparação para o processo seletivo para ingressar no Mestrado. A temática “estigma de profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental” exigiu, para a operacionalização do projeto, a validação de uma escala que busca medir o estigma em profissionais de saúde, para o Brasil. Validação de escala nunca foi interesse de estudo de quem abraçou a pesquisa qualitativa durante quatro anos na graduação. Houve, portanto, a necessidade de reconhecer e explicitar meus limites, e também, de encarar desafios, ultrapassar barreiras e ousar dentro do universo científico. Encarei, com a profa. Carla em uma forte parceria, um estudo metodológico com uma temática motivadora. Quanta descoberta e quantos desafios!!!

O estudo vem sendo construído com motivação, tendo em vista sua relevância social e perspectivas futuras de intervenção no contexto da saúde, assim como pelas descobertas em relação à pesquisa quantitativa e metodológica. Há o desejo de que a escala em processo de validação seja uma ferramenta para futuras pesquisas que provoquem (micro)transformações e reconstruções de realidades, reformulando ideias, atitudes e práticas dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental. Há o desejo de que pessoas com transtorno mental possam ter dignidade, recebendo cuidados em saúde livres de estigma (ou com redução de estigma) para, assim, terem possibilidades de ultrapassar outras tantas barreiras sociais que enfrentam diariamente.

1.1 Estigma entre profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental

Estigma é uma construção social que desvaloriza as pessoas de acordo com uma característica/marca indesejada socialmente (GOFFMAN, 1963; BIERNAT; DOVIDIO, 2000). O estigma com relação aos transtornos mentais atinge pessoas de todas as idades, culturas e condições socioeconômicas (STUART et al., 2012), funciona como barreira de acesso aos serviços de saúde (CORRIGAN; WATSON, 2002), pode afetar seriamente as chances de recuperação e reforçar atitudes e comportamentos negativos com relação às pessoas com transtorno mental (SARTORIUS, 2007).

Devido à dificuldade de definição, os modelos existentes de estigma indicam uma interrelação dinâmica de componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. O modelo de Link e Phelan (2001) caracteriza o estigma pela co-ocorrência de reações emocionais, com elementos como rotulação, estereótipos, distância social e discriminação. Neste modelo, uma característica indesejável da pessoa com transtorno mental é identificada (rotulação), associada à crenças negativas (estereótipos) e ao desejo de separação/distanciamento (distância social) e, assim, a pessoa torna-se rejeitada e excluída (discriminação). Além da interrelação desses elementos, para que o estigma exista, deve ocorrer em um contexto de diferenças de poder social, econômico e político (LINK; PHELAN, 2001).

O modelo de Corrigan (2005) contém elementos como estereótipos, preconceitos e discriminação. Uma pessoa que acredita (cognição) que uma pessoa com transtorno mental é perigosa, pode avaliá-la negativamente e adquirir medo (afeto), levando ao preconceito e, conseqüentemente, à discriminação (comportamento) (CORRIGAN, 2005). O modelo tri-partite de Thornicroft (2006) propõe o estigma como termo abrangente que inclui três elementos: conhecimento (desinformação), atitudes (preconceito) e comportamento (discriminação) (THORNICROFT, 2006).

O modelo tri-partite permite intervenções e unidades de medidas claras (THORNICROFT, 2006; HOKE; ROBBINS, 2011), além de ser comumente utilizado na educação médica, de enfermagem e de outros profissionais de saúde e, também, na promoção da saúde (THORNICROFT, 2006; KAJERMO et al., 2011; LA TORRE et al., 2011). É um

modelo adaptável na medida em que permite que as atitudes com relação às pessoas com transtorno mental sejam compostas por várias dimensões do estigma (THORNICROFT, 2006). O modelo tripartite foi o adotado neste estudo, pois permite a medição de resultados claros, como atitudes que podem ser medidas usando as várias dimensões do estigma (KASSAM et al., 2012).

O estigma é considerado, portanto, uma variável importante para as pessoas que precisam de tratamento em saúde mental, pois influencia o impacto das intervenções (CALDWELL; JORM, 2000). Para melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental e sustentar seus benefícios ao longo do tempo, é preciso compreender e reduzir o efeito do estigma (LINK et al., 1999). No entanto, há necessidade de investigar o nível de estigma do público com relação às pessoas com transtorno mental por meio de escalas de medida, a fim de embasar a elaboração e avaliação de intervenções que visem sua redução.

Embora o estigma seja frequentemente discutido como um construto unitário, há evidências de que é complexo e multidimensional, com componentes que dependem das medidas utilizadas e do tipo de transtorno investigado (GRIFFITHS et al., 2004; WATSON et al., 2005; STANSFIELD et al., 2008). Estudos variam nas dimensões do estigma examinado, mas os mais comuns são: estigma percebido (crença de pessoas que percebem um indivíduo como inaceitável socialmente), auto-estigma (percepção semelhante e internalizada de si mesmo levando ao medo de procurar ajuda ou revelar o transtorno mental devido ao estigma associado), distância social (desejo de manter distância das pessoas com transtorno mental), periculosidade (crença de que o indivíduo é perigoso), recuperação (crença de que as pessoas com transtorno mental podem ou não se recuperar), reações emocionais (falta de responsabilidade social, bem como falta de empatia ou compaixão com as pessoas com transtorno mental) (KASSAM et al., 2012).

Estudo de *scoping review* investigou avaliações das atuais medidas disponíveis relacionadas à educação em saúde mental e psicometria, identificando 65 medidas de estigma (WEI et al. 2015). Ainda, estudo de revisão narrativa identificou 47 versões de uma escala para o estigma internalizado, a escala do Estigma Internalizado da Doença Mental (BOYD et al. 2014) e uma revisão sistemática, que apresentou como objetivo avaliar criticamente a qualidade metodológica dos estudos que avaliam a psicometria das escalas de medida do

estigma, determinou o nível de evidência da qualidade geral das propriedades psicométricas das escalas incluídas (WEI et al., 2017).

Grande parte de estudos sobre estigma concentra-se nas atitudes e crenças do público em geral com relação às pessoas com transtorno mental (THORNICROFT et al., 2007), as quais são, frequentemente, percebidas como estranhas, assustadoras, imprevisíveis, agressivas e desprovidas de autocontrole (PHELAN; LINK, 1998; LINK et al., 1999; CRISP et al., 2000). A baixa adesão das pessoas com transtorno mental ao tratamento e até sua rejeição a possibilidade de buscar ajuda podem ser entendidas como tentativa de evitar a estigmatização (CORRIGAN et al., 2003; PELUSO; BLAY, 2004; CORRIGAN, 2004; RÜSCH et al., 2005).

Os profissionais de saúde não são menos suscetíveis do que o público em geral quanto às crenças e comportamentos estigmatizantes com relação às pessoas com transtorno mental (HODGES; INCH; SILVER, 2001; RÜSCH et al., 2005; KASSAM et al., 2012). Contudo, profissionais de saúde são responsáveis por possibilidades de mudança, prevenção, divulgação de informação, tratamento e são considerados, ainda, como grupo com grande potencial para reduzir o estigma na saúde mental (KASSAM et al., 2012).

Estudos sobre atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental englobam atitudes positivas ou negativas e atitudes explícitas ou implícitas (JORM et al., 1999; NORDT, LAUBER, RÖSSLER, 2006; PERIS et al., 2008; HANSSOM et al., 2013; STULL et al., 2013; CHIEN; YEUNG; CHAN, 2014; KOPERA, 2014; REAVLEY, 2014; STUBER et al., 2014). As atitudes explícitas estão no nível consciente, são deliberadamente formadas e fáceis de relatar; as atitudes implícitas estão no nível inconsciente, são involuntariamente formadas e tipicamente desconhecidas (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2005).

Atitudes positivas podem relacionar-se a fatores como idade, treinamento e experiência dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental (STUBER et al., 2014; REAVLEY, 2014). Esta relação aproxima-se do conceito de contato social, no qual níveis mais baixos de estigma resultam da experiência de interação com as pessoas com transtorno mental, levando à reformulação de crenças estereotipadas sobre o grupo estigmatizado (CORRIGAN; WATSON, 2002).

O contato com as pessoas com transtorno mental é recomendado como uma estratégia chave para reduzir o estigma, pois pode ter impacto positivo na redução de preconceitos e estereótipos (NEWTON-HOWES; WEAVER; TYRER, 2008; BJÖRKMAN et al., 2008; VIBHA et al., 2008). No entanto, alguns estudos contrariam esta ideia, revelando níveis mais altos de estigma relacionados ao contato do profissional de saúde com pessoas com transtorno mental, pois este contato ocorre, muitas vezes, em momentos críticos, quando os sintomas podem ser aparentes e estão em extrema necessidade de tratamento (JORM et al., 1999; HANSSOM et al., 2013; CHIEN; YEUNG; CHAN, 2014; KOPERA, 2014).

Profissionais de saúde que possuem atitudes positivas com relação às pessoas com transtorno mental, por serem suscetíveis ao estigma, podem revelar, também, desejo de distância social (NORDT; LAUBER; RÖSSLER, 2006; REAVLEY, 2014); STUBER et al., 2014). A distância social é um dos componentes mais importantes na estigmatização porque reflete o desejo de uma pessoa de não se envolver em atividades com pessoas com determinadas características (CORRIGAN et al., 2003). O desejo de distância social geralmente ocorre devido a percepções distorcidas sobre as pessoas com transtorno mental, classificando-as como perigosas e imprevisíveis (LINK et al., 1999).

Ainda, profissionais de saúde com atitudes positivas em relação à possibilidade de recuperação da saúde mental de usuários de serviços de saúde podem desenvolver o chamado "obscurecimento de diagnóstico", no qual os problemas físicos/orgânicos de um usuário são ofuscados pelo seu diagnóstico psiquiátrico (THORNICROFT et al., 2008). Ressalta-se que pessoas com transtorno mental têm mortalidade elevada em comparação à população em geral (WALKER et al., 2015). Estudos revelam que a carga global dos transtornos mentais reflete mais na incapacidade do que na mortalidade, demonstrando que a relação entre transtornos mentais e mortalidade é complexa, pois a maioria das pessoas morre devido à doenças cardíacas ou crônicas, e não à condição psiquiátrica (COLTON; MANDERSCHIED, 2006; WHITEFORD et al., 2013).

Com relação às atitudes implícitas e explícitas dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental, estudos obtiveram resultados comparáveis (PERIS et al., 2008; STULL et al., 2013; KOPERA, 2014). O estudo de Stull et al. (2013) utilizou o Teste de Associação Implícita (TAI) para medir atitudes implícitas em profissionais de saúde e

vinhetas que descreviam casos de esquizofrenia, a fim de identificar as atitudes explícitas dos profissionais. Os resultados mostraram que alguns profissionais de saúde tiveram atitudes mais explícitas e implícitas positivas com relação às pessoas com transtorno mental. Atitudes mais positivas foram associadas a níveis mais altos de educação, o que significa que os profissionais de saúde com treinamento avançado em saúde mental demonstraram atitudes menos estigmatizantes com relação às pessoas com transtorno mental.

Kopera (2014) identificou em seu estudo atitudes explícitas mais positivas entre os profissionais de saúde, particularmente entre os profissionais mais velhos e com formação avançada. No estudo de Peris et al. (2008), atitudes implícitas e explícitas entre os profissionais de saúde foram comparadas com as dos estudantes de medicina e os resultados revelaram que ambos os grupos tiveram atitudes positivas (menos atitudes estigmatizantes). Há um crescente reconhecimento de que medidas explícitas podem subestimar os níveis de estigma. Por outro lado, atitudes implícitas, podem ser mais sensíveis à detecção de associações que as pessoas prefeririam não revelar (HINSHAW; STIER, 2008).

É relevante que os profissionais de saúde estejam cientes do impacto adverso que atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios podem ter para os usuários dos serviços de saúde (CALDWELL; JORM, 2000). Assim, a importância de conhecer as atitudes de profissionais da saúde com relação às pessoas com transtorno mental se deve ao fato de ser um público que, também, encontra-se suscetível ao estigma e em exposição aos processos de socialização que podem levar à internalização de atitudes estigmatizantes e discriminatórias (HANSSOM, 2013).

Investir em iniciativas de educação dos profissionais de saúde sobre atitudes e práticas estigmatizantes que possam construir e na conscientização sobre danos que podem causar em relação à confiança, esperança, chance de recuperação e qualidade de vida para os usuários dos serviços de saúde é essencial para reduzir o estigma. Além do treinamento, é fundamental que os profissionais de saúde se envolvam em processos que desafiem ativamente suas próprias crenças e atitudes pessoais para ampliar seus pontos de vista e facilitar relações produtivas com pessoas com transtorno mental (HANSSOM, 2013).

As estratégias de redução de estigma tendem a ser compostas de contato, protesto (muitas vezes aplicado contra declarações públicas estigmatizantes, reportagens e

propagandas da mídia) e componentes educacionais (CORRIGAN et al., 2003; RÜSCH et al., 2005). Campanhas de conscientização pública foram identificadas como estratégias potenciais para abordar o estigma e foram implementadas em muitos países para reduzir o estigma associado às pessoas com transtorno mental (HORSFALL; CLEARY; HUNT, 2010). Porém, há o alerta em relação à escassez dessas campanhas, considerando seu alcance limitado e os desafios para medir o impacto, tanto no público em geral quanto nos profissionais de saúde (NORDT; LAUBER; ROSSLER, 2006; BJÖRKMAN et al., 2008; LOCH et al., 2013).

Medidas para reduzir o estigma, como programas educacionais, campanhas anti-estigma e contato pessoal, são consideradas importantes e atendem a atitudes explícitas, mas não agem em processos não intencionais, como nas atitudes implícitas (KOPERA, 2014). Assim, essas medidas podem não ser completamente eficazes e, portanto, novas avaliações e métodos que interferem nas atitudes implícitas são necessários.

No Canadá, a *Mental Health Commission of Canada* (MHCC) criou uma iniciativa anti-estigma, chamada “*Opening Minds*”, a fim de mudar atitudes e comportamentos de diversos grupos populacionais com relação às pessoas com transtorno mental. A “*Opening Minds*” representa o maior esforço na história do Canadá para reduzir o estigma e a discriminação associados aos transtornos mentais e aborda o estigma em quatro grupos-alvo principais: profissionais de saúde, jovens, força de trabalho e meios de comunicação. A iniciativa engloba vários objetivos que vão desde melhorar a compreensão dos profissionais de saúde às necessidades das pessoas com transtorno mental, assim como a incentivar os jovens a falarem abertamente sobre o transtorno mental. Assim, busca cultivar um ambiente no qual as pessoas com transtorno mental possam se sentir confortáveis para buscar ajuda, tratamento e apoio para a recuperação (MHCC, 2015).

Para alcançar o objetivo com os profissionais de saúde, a “*Opening Minds*” necessitou de uma escala atual, confiável e válida para avaliar práticas de redução de estigma com relação às pessoas com transtorno mental, pois muitas escalas que existem hoje não são adequadas para os propósitos relacionados especificamente aos profissionais de saúde (KASSAM et al., 2012). Dessa forma, foi desenvolvida a *Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HC), uma escala de auto-relato que identifica atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental. A

escala consiste de uma série de itens, cada um com uma sequência equilibrada de resposta de valor: concordo totalmente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo, discordo totalmente; sendo que para cada item é atribuída uma pontuação de 1 a 5. Pontuações elevadas sugerem atitude mais estigmatizante. A OMS-HC completa contém 20 itens com pontuações que podem alcançar de 20 (menos estigmatizante) a 100 (mais estigmatizante). Os itens 3, 8, 9, 10, 11, 15, 19 da escala exigem codificação reversa. A OMS-HC mede cinco dimensões relacionadas ao estigma: Recuperação; Responsabilidade Social; Distância Social; Outros conceitos (periculosidade, obscurecimento de diagnóstico); e Divulgação (MHCC, 2015) (ANEXO A).

A OMS-HC foi utilizada em projeto piloto canadense liderado pelo *Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH) a fim de explorar atitudes relacionadas ao estigma entre os profissionais de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). O projeto foi implementado com sucesso em três Centros de Saúde Comunitários de Toronto e resultou na criação de uma intervenção anti-estigma abrangente. A intervenção mostrou-se eficaz em melhorar as atitudes estigmatizantes entre os profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental e com problemas de uso de substâncias.

Este projeto canadense está sendo desenvolvido no Brasil (intitulado “*Explorando Estigma, Discriminação e Perspectivas de Recuperação relacionados aos transtornos mentais e uso de substâncias junto a profissionais de Unidades Básicas de Saúde em Ribeirão Preto, Brasil: um Ensaio Controlado Randomizado*”). Em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3, 10 e 17 da Organização das Nações Unidas (ONU) e o Plano de Ação de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) 2013-2020, será o primeiro estudo brasileiro a avaliar uma abrangente intervenção anti-estigma direcionada aos profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS), especificamente Unidades de Saúde da Família (USF), com base em uma perspectiva organizacional. Isso levará a melhor compreensão do estigma entre os profissionais de atenção primária e será a primeira intervenção anti-estigma baseada em evidências, padronizada e validada, que poderá ser ampliada para outras USFs e serviços de atenção primária em todo o Brasil, incluindo, mas não se limitando à Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Centros de Saúde da Comunidade Social e Centros de Assistência Médica de Emergência nos níveis local, regional

e nacional. O projeto envolve autoridades de saúde locais e partes interessadas, o que contribuirá para a potencial disseminação e sustentabilidade da intervenção após o final do projeto, melhorando os resultados de saúde mental no país (VENTURA, 2017).

Tendo em vista que os serviços de saúde são o principal meio pelo qual as pessoas com transtorno mental são capazes de alcançar integração na sociedade, que o estigma entre os profissionais de saúde existe, é fator preocupante e torna-se barreira para a busca de tratamentos e qualidade de vida das pessoas, diferentes esforços têm sido realizados para a redução do estigma. Dessa forma, o presente estudo caracteriza-se pela adaptação cultural da OMS-HC para uso no Brasil. Se avaliada como boa escala de medida, possibilitará futuras intervenções com profissionais de saúde, proporcionando capacitação e consciência do impacto das atuações com as pessoas com transtorno mental.

2 Referencial teórico-metodológico

2.1 Apresentação da escala

Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC)

2.1.1 Desenvolvimento

O desenvolvimento da OMS-HC, no Canadá, teve início com a criação de um conjunto de itens referentes às dimensões de estigma, a partir de escalas existentes, bem como pela criação de novos itens desenvolvidos pelo pesquisador Aliya Kassam, por meio de consultas com pessoas que trabalham com programas de redução de estigma de profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental. Estas consultas resultaram em um questionário de 50 itens com cinco dimensões para medir o estigma: 1) Recuperação, 2) Responsabilidade social, 3) Distância social, 4) Outros conceitos (periculosidade, obscurecimento de diagnóstico) e 5) Divulgação. Os itens foram enviados para três pessoas que tinham algum transtorno mental e revisados por uma equipe de pesquisa composta por sociólogo, psiquiatra, coordenador de programa anti-estigma e pesquisadores associados, para darem um feedback. A partir deste feedback coletivo, alguns itens foram eliminados e alterados, resultando em uma escala de 42 itens (KASSAM et al., 2012).

A escala foi reduzida para 26 itens, após entrevista cognitiva e feedback. As entrevistas tiveram duração de 20 minutos. Entrevista cognitiva é um método de avaliação de fontes de erro de resposta em questionários de pesquisa que se concentra principalmente nos processos cognitivos que os entrevistados usam para responder (CAMPANELLI; MARTIN; ROTHGEB, 1991). Para a escala OMS-HC, as entrevistas cognitivas foram conduzidas por um dos autores (Aliya Kassam) e realizadas com seis voluntários recrutados por amostra de conveniência. Todos os voluntários trabalhavam em centros de cuidados de saúde e eram do sexo feminino. As perguntas foram conduzidas com base no que os voluntários sentiram com relação a cada item, no que o questionário estava se referindo, se eles se sentiram pressionados para responder, se os itens faziam sentido e se estavam medindo as atitudes dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental (CAMPANELLI; MARTIN; ROTHGEB, 1991).

As questões foram revisadas novamente pela equipe de pesquisa e uma pergunta foi eliminada porque consideraram que não media o estigma, o que levou a uma versão inicial da OMS-HC. A escala inicial OMS-HC teve 25 itens, bem como questões demográficas adicionais. A escala usou definições de problemas de saúde mental / doenças, recuperação e cuidados de saúde, retiradas de documento da *Mental Health Commission of Canada* (MHCC, 2015).

Sete grupos focais de profissionais de saúde foram, então, realizados para perguntar sobre a linguagem da escala, sugerir novos itens, bem como para explorar as atitudes com relação às pessoas com transtorno mental. Para esta parte do estudo, participantes voluntários, que eram profissionais de saúde ou profissionais de saúde em treinamento, em Calgary, Canadá, foram convidados para participar dos grupos focais. Os grupos focais consistiram de 6 a 10 pessoas. Para os grupos focais, foram recrutados os seguintes participantes: médicos clínicos gerais; médicos de outras especialidades, incluindo psiquiatras; cirurgiões; enfermeiros; enfermeiros psiquiátricos; estudantes de medicina; assistentes sociais / estudantes de serviço social; terapeutas ocupacionais / estudantes de terapia ocupacional; psicólogos; farmacêuticos.

Os participantes, para os grupos focais, foram selecionados por amostra de conveniência. E-mails foram enviados para organizações comunitárias de saúde mental, hospitais e clínicas locais. Estudantes de medicina e médicos foram recrutados por meio de contatos de um dos autores (Andriyka Papish). Vários conceitos foram explorados nos grupos focais, como o uso do termo “transtorno mental” em oposição a um diagnóstico específico de transtorno mental, como depressão, a definição de transtorno mental, a definição de recuperação, o viés de desejabilidade social e a relevância dos itens para os profissionais de saúde. Os grupos focais ocorreram um após o outro e a escala apresentada para cada grupo focal foi com base no *feedback* do grupo focal anterior, a fim de que a escala fosse aperfeiçoada a cada vez.

Após extensas consultas às partes interessadas, alguns itens foram incluídos na escala a fim de abranger as dimensões de recuperação, responsabilidade social e distância social. Outras dimensões do estigma, como periculosidade, tratamento de pessoas com transtorno

mental e revelação de um transtorno mental foram também considerados importantes. Assim, itens pertencentes a essas dimensões foram incluídos na escala (KASSAM et al., 2012).

Os dados dos grupos foram transcritos e analisados. O pesquisador Aliya Kassam procurou consenso em respostas qualitativas sobre o termo “transtorno mental”, definição de transtorno mental, definição de recuperação, o viés de desejabilidade social e a relevância dos itens aos profissionais de saúde (REYNOLDS, 1982). Foram realizadas mudanças para escala final, nos casos em que houve concordância de 50% pelos membros do grupo focal a respeito de algum conceito. Essas mudanças resultaram na redução de 25 para 20 itens. Portanto, a OMS-HC é uma escala de auto-relato que identifica atitudes e comportamentos com relação às pessoas com transtorno mental.

2.1.2 Fase teste

Nesta parte, os participantes foram identificados por meio de buscas de regiões de saúde, organizações profissionais e departamentos acadêmicos afiliados a profissionais de saúde ou profissionais de saúde em treinamento para participar da conclusão da pesquisa. Os participantes foram contatados localmente, provincialmente e nacionalmente, por e-mail, pois a pesquisa foi conduzida on-line. Chefes de departamento de Universidades das áreas de medicina, enfermagem, assistência social, terapia ocupacional e psicologia foram contatados para acessar os alunos em cada grupo. Associações profissionais também foram contatadas em todo o Canadá para solicitar aos membros, profissionais de saúde, que completassem a escala. A escala estava disponível on-line para os respondentes concluírem. Qualquer profissional de saúde ou estagiário era elegível para participar do estudo, caso consentissem em participar.

Procurou-se, também, determinar a relação entre os itens da escala e os itens de desejabilidade social. O viés da desejabilidade social pode ser definido como a tendência dos indivíduos de relatar impressões favoráveis sobre medidas que determinam variáveis sociológicas e psicológicas de interesse, como atitudes em relação às pessoas com transtornos mentais, minorias étnicas e gênero. Se os itens da escala se correlacionam altamente com os

escores de desejabilidade social, a escala pode ser influenciada pelo viés de desejabilidade social (REYNOLDS, 1982).

Toda a análise estatística foi realizada utilizando a versão 12.0 do STATA. O coeficiente de correlação de Spearman ou o rho (ρ) de Spearman foi usado para determinar a relação entre os escores totais e a escala de Social Desirability de Marlow-Crowne e os escores totais de 669 profissionais de saúde.

A confiabilidade teste-reteste da escala de 20 itens foi conduzida com uma sub-amostra de profissionais de saúde que consentiram em ser contatados de quatro a seis semanas após a primeira vez que participaram da pesquisa. A correlação intraclass que compara as pontuações totais nos dois períodos de tempo foi determinada.

Os itens foram analisados e o alfa de Cronbach foi calculado para determinar a consistência geral da escala. As correlações item-total foram calculadas juntamente com uma análise fatorial dos itens. Os itens que não se correlacionaram fortemente com o escore total foram eliminados para a análise fatorial (seis, dos 20 itens, tiveram correlação menor que 0,2). A análise fatorial foi conduzida usando análise de componentes principais. Os métodos utilizados para os fatores de retenção foram manter os fatores que tinham valores de Eigen acima de 1,0 e mais de quatro itens que foram carregados em um único fator.

Portanto, a análise fatorial dos dados da escala com 787 profissionais de saúde resultou em uma solução de dois fatores (fator de atitudes com relação às pessoas com transtorno mental e fator de revelação/divulgação de transtorno mental) com 12 itens (Quadro 1). A pontuação das atitudes dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental pode variar de 7 (menos estigmatizantes) a 35 (mais estigmatizantes), enquanto a pontuação para as atitudes dos profissionais de saúde com relação à divulgação de transtorno mental pode variar de 5 (menos estigmatizantes) a 25 (mais estigmatizantes).

Quadro 1. Fatores/Subescalas identificadas na análise fatorial da OMS-HC

Factor 1 – Attitudes of health care providers towards people with mental illness ($\alpha = 0,75$)
- <i>I am more comfortable helping a person who has a physical illness than I am helping a person who has a mental illness. (item 1)</i>
- Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física do que ao ajudar uma pessoa com um transtorno mental.
- <i>If a person with mental illness complains of physical symptoms (e.g. nausea, back pain or headache), I would likely attribute this to their mental illness. (item 2)</i>
- Se uma pessoa com transtorno mental reclama de sintomas físicos (ex.: náusea, dor nas costas ou dor de cabeça), eu provavelmente os atribuiria ao transtorno mental.
- <i>Despite my professionals beliefs, I have negative reactions towards people who have mental illness. (item 12)</i>
- Apesar de minhas crenças profissionais, eu tenho reações negativas com relação às pessoas que têm transtorno mental.
- <i>There is little I can do to help people with mental illness. (item 13)</i>
- Há pouco que eu possa fazer para ajudar pessoas com transtorno mental.
- <i>More than half of people with mental illness don't try hard enough to get better. (item 14)</i>
- Mais da metade das pessoas com transtorno mental não se esforça o suficiente para melhorar.
- <i>Health care providers don't need to be advocates for people with mental illness. (item 18)</i>
- Profissionais de saúde não precisam ser defensores de pessoas com transtorno mental.
- <i>I struggle to feel compassion for a person with mental illness. (item 20)</i>
- Eu tenho dificuldade em sentir compaixão por uma pessoa com transtorno mental.
Factor 2 – Attitudes of health care providers towards disclosure of a mental illness ($\alpha = 0,72$)
- <i>If I were under treatment for a mental illness, I would not disclose this to any of my colleagues. (item 4)</i>
- Se eu estivesse em tratamento para um transtorno mental, eu não revelaria a nenhum dos meus colegas.
- <i>I would be more inclined to seek help for a mental illness if my treating health care providers was not associate my workplace. (item 5)</i>
- Eu estaria mais propenso a buscar ajuda para um transtorno mental se o profissional de saúde que fosse me tratar não estivesse ligado ao meu local de trabalho.
- <i>I would see myself as weak if I had a mental illness and could not fix it myself. (item 6)</i>
- Eu me consideraria fraco se eu tivesse um transtorno mental que eu mesmo não pudesse lidar.
- <i>I would be reluctant to seek help if I had a mental illness. (item 7)</i>
- Eu relutaria em buscar ajuda se eu tivesse um transtorno mental.
- <i>If I had a mental illness I would tell my friends. (item 10)</i>
- Se eu tivesse um transtorno mental eu contaria para meus amigos.

2.2 Aspectos teóricos e metodológicos do processo de adaptação cultural e validação de escalas de medida

Para aplicação de escala psicológica, duas estratégias são possíveis. A primeira é a criação de uma nova medida, processo rigoroso que 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, processo rigoroso, mas com economia de tempo e recursos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Com o crescimento de pesquisas multinacionais e multiculturais, percebe-se a necessidade de adaptação cultural de medidas para utilização das escalas em outros países, visto que a maioria das escalas foi desenvolvida em países de língua inglesa (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Os processos metodológicos para a adaptação cultural e validação de escalas foram aperfeiçoados com o tempo, pois somente a tradução literal dos itens não garante a utilização da escala em outras culturas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). No entanto, não há um consenso sobre o melhor método a ser aplicado nos processos de adaptação cultural e validação de escalas, porém os pesquisadores devem optar sobre o que melhor se adapta ao contexto da pesquisa, garantindo que as propriedades da versão original sejam mantidas (BEATON et al., 2000).

Nesse sentido, as etapas cumpridas neste estudo são a seguir descritas.

2.2.1 Adaptação cultural

A adaptação cultural é um processo metodológico e sistemático que envolve a linguagem, por meio de tradução, e a adequação cultural. Tem a finalidade de disponibilizar escala compreensível e culturalmente relevante, preservando as características da escala original (BEATON et al., 2000). Assim, cinco passos devem ser seguidos, baseados nas recomendações padronizadas de Guillemín; Bombardier e Beaton (1993):

2.2.1.1 Tradução

Consiste 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 permite detectar erros e interpretações divergentes. Um dos tradutores deve conhecer os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos, por promover a restituição confiável da escala, e o outro será útil na obtenção de significados inesperados da escala original. O objetivo desse processo é preservar o significado de cada item entre as duas línguas e manter a integridade da escala de medida.

2.2.1.2 Retrotradução (*back-translation*)

Refere-se à tradução das versões obtidas na etapa anterior, novamente para a língua de origem. Apresenta como objetivo verificar o conteúdo da versão original e esclarecer redações confusas, aumentando a qualidade da escala final. Os tradutores de melhor qualidade devem ser nativos da língua de origem da escala, não possuem conhecimento dos objetivos e conceitos envolvidos no estudo, para proporcionar liberdade de predisposições.

2.2.1.3 Revisão da tradução por comitê de juízes

Este processo constitui na produção de uma versão final da língua-alvo, a partir das versões obtidas nas etapas anteriores, com a finalidade de preservar a replicabilidade da medida. Realizada por um comitê de juízes que faz a comparação entre a escala original 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 a serem investigados. O comitê deve revisar a apresentação da escala, as instruções, as disposições dos itens e respostas, ou seja, a escala na íntegra. Os membros podem modificar, incluir ou eliminar itens considerados irrelevantes,

inadequados e ambíguos, adequando às condições da cultura-alvo, mantendo os conceitos gerais dos itens eliminados, realizar críticas e até solicitar a repetição das etapas anteriores.

Para que a tradução seja compreendida integralmente, deve haver a preocupação do pesquisador com a equivalência cultural entre a versão original e a versão final. 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, no qual alterações gramaticais podem ser necessárias, mas com o propósito de manter o sentido. A **equivalência idiomática** avalia os significados das expressões cotidianas ou coloquiais, buscando expressões semelhantes na cultura-alvo, ou substituições. A **equivalência cultural** procura avaliar se os itens da escala expressam situações comuns de cada cultura. Na **equivalência conceitual**, a validade dos conceitos explorados é examinada, buscando a relação do que está sendo investigado com a cultura em questão.

Há uma proposta, a de Ferrer et al. (1996), que recomenda que a etapa do comitê de juízes seja aplicada antes da retrotradução, pois permite a identificação de possíveis erros e dificuldades de compreensão que não poderiam ser observados posteriormente. Tem sido utilizada por alguns pesquisadores brasileiros (ESCHEVARRIA-GUANILO et al., 2006; FERREIRA et al., 2008; DANTAS; SILVA; CIOL, 2012), e foi utilizada neste estudo.

2.2.1.4 Pré-teste

Nesta etapa há comparação entre a versão original e a adaptada, a fim de certificar equivalência, clareza, compreensão, tempo de aplicação, linguagem e aplicabilidade da escala. É realizada por pessoas bilíngues ou por amostra da população-alvo (de 30 a 40 participantes). Com a 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.

2.2.1.5 Ponderação dos escores

A última etapa refere-se à adaptação dos escores ao contexto cultural, realizada por meio do julgamento de especialistas, com procedimentos específicos de ponderação, ou por análise estatística a partir de amostra de participantes.

2.2.2 Validação

A adaptação cultural de uma escala não a torna válida, até que suas propriedades psicométricas sejam confirmadas (MORAIS, 2004; PASQUALI, 2009). Assim, a psicometria, medida das ciências psicossociais que utiliza a linguagem matemática para explicar o significado das respostas dadas pelos sujeitos, tem sido amplamente aplicada. As propriedades psicométricas das escalas de medidas são a validade (fidedignidade) e a confiabilidade (precisão/reprodutibilidade) (PASQUALI, 2009; POLIT; BECK, 2011).

2.2.2.1 Validade

Definida como a capacidade de uma escala medir o que se pretende medir, a validade evidencia se há coerência entre o aspecto da medida e a propriedade medida dos objetos (GUILLEMIN, 1995). Existem alguns critérios, medidos por meio de técnicas que possibilitam a validade de uma escala, como a validade de face ou aparente, de conteúdo, de critério e de constructo ou conceito (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; PASQUALI, 2009).

A **validade de face ou aparente** é considerada menos útil devido a 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 relacionados ao fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Assim como a validade de face, representa

juízo empírico e deve ser realizado por dois juízes, no mínimo, que avaliam a relevância de cada item (PASQUALI, 2009).

A **validade de critério** busca a comprovação da correlação que existe entre os escores da escala e algum critério externo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), ou seja, permite a avaliação da escala a respeito da associação empírica com outros critérios relacionados às medidas de outras escalas (PASQUALI, 2009).

Validade de constructo ou conceito refere-se à forma fundamental e complexa de validade das escalas psicológicas, pois avalia a relação entre a teoria e as hipóteses estabelecidas. É a mais complexa, pois pretende confirmar as hipóteses estabelecidas e, para a confirmação, os métodos de validade convergente e validade discriminante ou divergente podem ser utilizados (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009).

A **validade de constructo convergente** relaciona-se com a forte correlação entre as medidas de escalas que avaliam constructos relacionados. A **validade de constructo discriminante ou divergente** analisa se duas medidas que teoricamente avaliam constructos diferentes apresentam baixa correlação linear (FAYERS; MACHIN, 2007).

A **análise fatorial** é método que estabelece a validade de constructo a partir de testes psicométricos que analisam as dimensões da escala estudada. O objetivo é sintetizar as informações presentes em diferentes variáveis da escala e compor um conjunto menor de novas dimensões (fatores) com perda mínima de dados (FAYERS; MACHIN, 2007). É uma técnica estatística que permite ao pesquisador identificar os grupos de itens que avaliam a dimensionalidade da escala estudada (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009).

2.2.2.2 Confiabilidade

É a capacidade da escala em produzir o grau de coerência na medida de um atributo, quando aplicado em ocasiões diversas, com resultados reprodutíveis e consistentes (PASQUALI, 2009). Os aspectos relevantes que garantem a confiabilidade na coleta de dados quantitativos são estabilidade e consistência interna (POLI; BECK; HUNGLER, 2004).

A avaliação da **estabilidade** (teste-reteste) calcula a correlação entre a distribuição de escores obtidos pelo mesmo teste, mesmos sujeitos e em períodos diferentes. As aplicações

não devem ser distantes, pois com o passar do tempo, os atributos de interesse podem se modificar, sendo esta uma desvantagem (PAQUALI, 2009).

A **consistência interna** verifica se os itens da escala são homogêneos, por meio da técnica de divisão pela metade e alfa de Cronbach. Na divisão pela metade, os itens são divididos em duas partes, somados e os escores dos dois meios-testes são utilizados para computar o coeficiente de confiabilidade. Se os dois meios-testes medirem o mesmo atributo, o coeficiente é considerado alto. O alfa de Cronbach é a média de todos os coeficientes de correlação. Os índices de consistência interna variam de zero a um e, quanto mais alto o coeficiente, mais exata é a medida. Pode-se dizer que o alfa de Cronbach é o método mais sofisticado de computar a consistência interna (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.1 Objetivo Geral

Adaptar culturalmente a *Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HC) para o Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o processo de tradução e retrotradução da *Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HC);
- Avaliar a validade de face e de conteúdo da versão adaptada da *Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HC);
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada da *Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HC), por meio da consistência interna de seus itens.

4 Material e Método

4.1 Tipo de estudo e local

Trata-se de um estudo metodológico, com delineamento transversal, cuja proposta foi adaptar culturalmente, avaliar as validades de face e de conteúdo da escala e avaliar a confiabilidade da versão adaptada para o português brasileiro da OMS-HC em uma amostra de profissionais da saúde. O estudo foi realizado em serviços de APS do município de Ribeirão Preto (SP), Brasil: UBSs e USFs.

A APS, também conhecida como Atenção Básica (AB), é o caminho preferido pela população em geral para acessar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, um ótimo local para iniciar mudança relacionada ao estigma entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2015). Nas UBSs e USFs são encontrados diversos problemas, assim como a presença frequente de pessoas com transtorno mental. Nestas configurações, os profissionais de saúde são altamente suscetíveis ao estigma relacionado às pessoas com transtorno mental, e têm o potencial para melhorar suas práticas.

Portanto, neste contexto, este estudo metodológico teve início na APS (UBSs e USFs), para a realização da adaptação cultural da escala e terá continuidade em todo o processo da validação.

Os estudos metodológicos desenvolvem-se para a construção de instrumentos de coleta de dados em geral e para medir construtos subjetivos. São utilizadas a mensuração e a estatística, no que se refere à definição do construto, formulação dos itens, desenvolvimento das instruções para os participantes e avaliação da confiabilidade e da validade da escala (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 Permissão do autor para utilização da OMS-HC

A utilização da OMS-HC não é de domínio público. O autor da escala original, Dr. Scott Patten, permitiu a utilização da OMS-HC para adaptação cultural e validação no Brasil. A permissão para a pesquisadora ocorreu via email (ANEXO B) por meio de representante do CAMH, Sireesha Bobbili.

Após a conclusão das etapas de tradução, avaliação do comitê de juízes e retrotradução, a pesquisadora encaminhou a Versão Inglês Final (**VIF**) para o autor da OMS-HC, com auxílio da representante do CAMH, para comparação com a Versão Original (**VO**). Foi enviado, juntamente, o instrumento de Lino (1999) utilizado pelo comitê de juízes para a avaliação dos itens, adaptado para a comparação da **VIF** e **VO**. (APÊNDICE A).

4.3 Proteção aos participantes do estudo

Este projeto de pesquisa foi aprovado pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Ribeirão Preto (ANEXO C) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) – Protocolo CAAE: 82490918.8.0000.5393 (ANEXO D). Todos os procedimentos atenderam às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulariza as normas para realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram assegurados aos participantes o sigilo dos dados e de identificação, assim como o direito de desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento e sem qualquer prejuízo no exercício de sua profissão.

Para a etapa de avaliação do comitê de juízes, os participantes (membros representantes da população-alvo) foram convidados via email pela pesquisadora (APÊNDICE B). Caso houvesse concordância em participar, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura do participante (APÊNDICE C).

Para o pré-teste, diferentes categorias profissionais de saúde ($n = 40$) de serviços de APS foram abordados. Foram informados sobre os objetivos da pesquisa e quando houve concordância em participar, o TCLE foi entregue em duas vias para assinatura dos participantes e da pesquisadora, sendo que uma via permaneceu com o participante (APÊNDICE D).

4.4 Participantes

O estudo contou com os seguintes participantes: 1) Membros do comitê de juízes – profissionais da saúde com experiência na Saúde Mental e bilíngues, que realizaram

avaliações das equivalências cultural, conceitual, semântica e idiomática entre a Versão Português Consenso 1 (**VPC1**) e a Versão Original (**VO**) da OMS-HC; e 2) Profissionais de saúde de serviços de APS do município de Ribeirão Preto (SP), que participaram da etapa pré-teste, respondendo a Versão Português Final (**VPF**) da OMS-HC.

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 et al., 2011; KAWAR, 2015).

Os critérios de seleção dos participantes da etapa pré-teste foram: profissionais de saúde de serviços de APS do município de Ribeirão Preto (SP) que estavam disponíveis no momento de abordagem.

O estudo original da OMS-HC foi validado por diferentes categorias de profissionais de saúde, como: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, psicólogos. Para a adaptação cultural da OMS-HC no Brasil, a diversidade de profissionais foi considerada de acordo com as características das Unidades de Saúde que participaram.

4.5 Adaptação cultural da OMS-HC

O processo metodológico utilizado para a adaptação cultural da OMS-HC foi seguido de acordo com Guillemin; Bombardier; Beaton (1993) e Ferrer et al. (1996) (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma

4.5.1 Tradução da OMS-HC para a língua portuguesa

A Versão Original (**VO**) da OMS-HC foi traduzida para a língua portuguesa por uma brasileira que leciona aulas de inglês (tradutora sem conhecimento dos objetivos do estudo) e por uma das pesquisadoras do presente estudo (tradutora com conhecimento dos objetivos do estudo). As duas traduções originaram, respectivamente, a Versão Português 1 (**VP1**) (APÊNDICE E) e Versão Português 2 (**VP2**) (APÊNDICE F). Com as duas versões em português, a pesquisadora se reuniu com a equipe de pesquisa para selecionar as melhores frases e, assim, obtiveram a Versão Português Consenso 1 (**VPC1**) (APÊNDICE G).

4.5.2 Avaliação pelo comitê de juízes

Nesta etapa, sete juízes foram selecionados: 1) Enfermeira e Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2) Enfermeira e Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 3) Psicóloga e Docente do Departamento de Psicologia do Centro Universitário de Franca; 4) Médico Especialista em Saúde da Família; 5) Assistente Social e Docente do curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros; 6) Nutricionista e Docente do curso de Nutrição da Universidade Estácio de Sá; 7) Terapeuta Ocupacional de Hospital Psiquiátrico.

Os membros do comitê de juízes foram convidados, via email (APÊNDICE B) a participarem desta etapa com o intuito de avaliarem as equivalências cultural, conceitual, semântica e idiomática entre a **VPC1** e a **VO** da OMS-HC. Para a avaliação, foi enviado a cada membro do comitê de juízes um instrumento contendo os itens da **VO** e da **VPC1**, adaptado conforme modelo de Lino (1999). Este instrumento solicitava a avaliação das equivalências semânticas e idiomáticas. Junto ao instrumento foi entregue uma orientação solicitando aos juízes que assinalassem -1, caso a versão em português não fosse equivalente ao inglês, 0 se fosse indeciso e +1, caso a versão fosse equivalente ao inglês (APÊNDICE A).

Após todos os membros do comitê de juízes enviarem os instrumentos de avaliação das equivalências da OMS-HC, a pesquisadora se reuniu com a equipe de pesquisa a fim de

analisarem as avaliações. As modificações foram acatadas quando obtiveram 80% ou mais de concordância.

Ao término deste processo, foi obtida a Versão Português Consenso 2 (**VPC2**) (APÊNDICE H).

4.5.3 Retrotradução (*back-translation*)

Para realizar a retrotradução da **VPC2** da OMS-HC, dois tradutores nascidos no Canadá e com conhecimento da língua portuguesa realizaram as traduções individualmente. Um deles reside e trabalha no Brasil como professor da língua inglesa há 38 anos. O outro viveu no Brasil por três anos, trabalhando com a ONU Habitat. Assim, foram obtidas a Versão Inglês 1 (**VI1**) (APÊNDICE I) e a Versão Inglês 2 (**VI2**) (APÊNDICE J).

Posteriormente, as retrotraduções foram comparadas entre si em reunião com a equipe de pesquisa, no qual chegaram à Versão Inglês Final (**VIF**) (APÊNDICE K). Esta versão foi encaminhada, via email, para o autor da OMS-HC, Dr. Scott Patten, que a avaliou por meio de instrumento adaptado (APÊNDICE L) e concordou, manifestando sua aprovação para continuidade da pesquisa (ANEXO E).

4.5.4 Pré-teste

A Versão Português Final (**VPF**) foi aplicada a uma amostra de 40 profissionais de saúde (Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Dentistas, Auxiliares Bucal, Farmacêuticos, Auxiliares de Farmácia e Médicos) em 7 Unidades de Saúde, sendo 3 UBSs e 4 USFs. A amostra correspondeu a 20% do número estabelecido para a amostra final (200 profissionais de saúde) (PASQUALI, 2012).

O instrumento final foi desenvolvido em duas partes (APÊNDICE M). A primeira parte refere-se às características sócio-demográficas (gênero, idade, formação, tempo de formação, especialidade, tempo de atuação profissional, ocupação e tempo de atuação na Unidade de Saúde, horário de início e término de aplicação). A segunda parte consiste na versão adaptada da OMS-HC (**VPF**), com os 20 itens.

O contato com as Unidades de Saúde foi realizado por telefone, inicialmente, a fim de conversar com os gerentes para explicar a pesquisa e identificar a melhor maneira para coletar os dados com os profissionais de saúde de sua unidade. Após esse contato inicial e de acordo com a organização de cada unidade, a pesquisadora dirigiu-se às Unidades de Saúde e os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa por meio de amostra por conveniência. Aqueles que aceitavam participar, respondiam a escala no momento em que não estavam em atendimento. Os profissionais foram orientados que deveriam inserir as informações pessoais para a caracterização sócio-demográfica e, posteriormente, fazer a leitura de cada item da escala e assinalar as alternativas (concordo plenamente, concordo, não concordo e não discordo, discordo e discordo plenamente), de acordo com o que mais se identificavam. No final, a pesquisadora perguntava a respeito do instrumento de maneira geral, se os itens estavam compreensíveis e se a escala estava abordando questões relacionadas ao estigma.

4.6 Processamento e Análise dos dados

Os dados coletados no pré-teste receberam dupla digitação em planilha do Excel e inseridos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para Windows. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para as variáveis categóricas e de medidas de tendência central (média e mediana) e variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. A confiabilidade da escala na amostra do pré-teste, avaliada pela consistência interna dos itens, foi medida pelo coeficiente de alpha de Cronbach.

5.1 Resultados relacionados ao processo de adaptação cultural da OMS-HC

5.1.1 Tradução da OMS-HC para o português brasileiro

O processo de tradução da OMS-HC foi realizado de acordo com o esquematizado na Figura 1. Após as duas versões traduzidas, a equipe de pesquisa se reuniu para avaliação dos termos utilizados em cada item. As traduções tiveram algumas variações decorrentes das características dos tradutores. O tradutor 1 não conhecia os objetivos do estudo e não tinha proximidade com a Saúde Mental. O tradutor 2 conhecia os objetivos do estudo e possuía familiaridade com a temática. Assim, termos mais específicos da Saúde Mental foram analisados pela equipe, assim como a coerência dos verbos utilizados. As variações foram simples, com alteração de preposições e verbos, e a versão consenso em português foi obtida. Os itens com variações que resultaram em discussões e análises mais profundas pela equipe de pesquisa estão descritos abaixo.

No item 1, o tradutor 1 traduziu *“person who has a physical illness”* como *“pessoa portadora de deficiência física”*. Optou-se, inicialmente, pela tradução 2, *“pessoas com deficiências físicas”*, pois o termo “portador” não é recomendado, tendo em vista que a expressão pode distanciar as pessoas da inclusão social. O mais adequado é utilizar um substantivo seguido da preposição “com” mais o adjetivo referente à situação específica (*“pessoa com deficiência física”*, *“pessoa com transtorno mental”*, etc.). No entanto, na análise da equipe de pesquisa, o termo considerado mais fiel à Versão Original da OMS-HC foi *“pessoa com doença física”*, pois a expressão em inglês referia-se à doença orgânica, e não à deficiência.

O tradutor 1 realizou tradução do termo *“people with mental illness”* nos itens 11, 12, 13, 18 e 20 como *“pessoas que possuem transtornos mentais”*. Optou-se pela tradução 2, *“pessoas com transtornos mentais”*. No entanto, para atingir uma versão português consenso, a equipe de pesquisa considerou *“pessoas com transtorno mental”* nos itens acima referidos.

No item 11, o termo *“inspirar esperança”* provocou a discussão se a expressão faz parte do contexto brasileiro. A equipe optou manter o termo e aguardar as avaliações do comitê de juízes. No item 18, a tradução 2 revelou o termo *“trabalhadores de saúde”* e *“lutar*

pelos direitos”, porém a equipe de pesquisa optou por “*profissionais de saúde*” e identificou, também, que a expressão “lutar pelos direitos” foi um acréscimo sem necessidade no item.

Quadro 2. Modificações das traduções da OMS-HC

Versão Português 1 (VP1)	Versão Português 2 (VP2)	Versão Português Consenso 1 (VPC1)
1. Eu me sinto mais confortável <u>ao</u> ajudar <u>uma</u> pessoa <u>portadora de</u> <u>deficiência física</u> <u>ao invés de</u> ajudar uma <u>pessoa que possua um</u> transtorno mental.	1. Eu me sinto mais confortável <u>em</u> ajudar <u>pessoas</u> com <u>deficiências físicas</u> <u>do que</u> <u>pessoas com algum</u> transtorno mental.	1. Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física ao invés de ajudar uma pessoa com um transtorno mental.
11. É responsabilidade dos profissionais de saúde <u>inspirar</u> <u>esperança</u> naqueles <u>que possuem</u> <u>transtornos mentais</u> .	11. É responsabilidade dos profissionais de saúde <u>encorajar a</u> <u>esperança</u> em <u>pessoas com</u> <u>transtornos mentais</u> .	11. É responsabilidade dos profissionais de saúde inspirar esperança em pessoas com transtorno mental .
12. Apesar de minhas crenças profissionais, eu <u>reajo</u> <u>negativamente</u> <u>diante de</u> <u>pessoas</u> <u>que possuem</u> <u>transtornos mentais</u> .	12. Apesar de minhas crenças profissionais, eu <u>tenho</u> <u>reações</u> <u>negativas</u> <u>com relação à</u> <u>pessoas</u> <u>com</u> <u>transtornos mentais</u> .	12. Apesar de minhas crenças profissionais, eu tenho reações negativas com relação à pessoas que têm transtorno mental .
13. <u>Não há</u> <u>muito que eu possa</u> <u>fazer</u> <u>para ajudar</u> <u>pessoas que</u> <u>possuam</u> <u>transtornos mentais</u> .	13. <u>Eu posso</u> <u>fazer</u> <u>muito pouco</u> <u>para as</u> <u>pessoas com</u> <u>transtornos mentais</u> .	13. Eu posso fazer pouco para ajudar pessoas com transtorno mental .
18. <u>Profissionais da</u> <u>saúde</u> <u>não</u> <u>precisam</u> <u>ser</u> <u>defensores</u> <u>de</u> <u>pessoas</u> <u>que</u> <u>possuam</u> <u>transtornos mentais</u> .	18. <u>Trabalhadores de</u> <u>saúde</u> <u>não</u> <u>precisam</u> <u>“advogar”</u> <u>ou</u> <u>lutar</u> <u>pelos</u> <u>direitos</u> <u>de</u> <u>pessoas com</u> <u>transtornos mentais</u> .	18. Profissionais de saúde não precisam ser defensores de pessoas com transtorno mental .
20. <u>Eu</u> <u>me</u> <u>esforço</u> <u>para</u> <u>sentir</u> <u>compaixão</u> <u>por</u> <u>uma</u> <u>pessoa</u> <u>que</u> <u>possua</u> <u>algum</u> <u>transtorno</u> <u>mental</u> .	20. <u>Eu</u> <u>tenho</u> <u>dificuldade</u> <u>em</u> <u>sentir</u> <u>compaixão</u> <u>por</u> <u>pessoas</u> <u>com</u> <u>transtornos</u> <u>mentais</u> .	20. Eu tenho dificuldade em sentir compaixão por uma pessoa com transtorno mental .

5.1.2 Avaliação do comitê de juízes

Foi seguida a proposta de Ferrer et al. (1996), que recomenda que a etapa do comitê de juízes deva ser aplicada antes da retrotradução para possibilitar a identificação de alguns erros e/ou dificuldades de compreensão que ficariam limitados posteriormente. Assim, a Versão Português Consenso 1 (VPC1), encaminhada para sete profissionais de saúde bilíngues e com experiência em Saúde Mental, sofreu algumas modificações para maior fidedignidade à Versão Original (VO) da OMS-HC. As mudanças, de forma geral, foram pontuais e relacionaram-se à substituição de algumas palavras por outros sinônimos para melhor adaptação.

Dos 20 itens, oito sofreram modificações devido à concordância de 80% entre os juízes. No item 1 houve a concordância em substituir “*ao invés de ajudar*” por “*do que ajudar*”. O item 2 recebeu a sugestão de alterar “*eu geralmente os atribuo*” para “*eu provavelmente os atribuiria*”. No item 4, o termo em inglês “*colleagues*” foi compreendido como “*colegas*”, sem relacionar às pessoas do local de trabalho. O item 6 “Eu me consideraria fraco se eu tivesse um transtorno mental que eu mesmo não pudesse *curar*” recebeu a sugestão de substituir o verbo “*curar*” por “*lidar*”, pois muitos transtornos mentais não possuem cura, levando à compreensão, na Saúde Mental, de que as pessoas passam a conviver e a lidar com o transtorno mental, sem obter a cura propriamente dita.

No item 8, “*sob controle*” e “*esta*” foram substituídos por “*controlado*” e “*ele/ela*”. O item 13 foi melhor compreendido pelo juízes por “*Há pouco que eu possa fazer*” do que por “*Eu posso fazer pouco*”. Com relação ao item 15, “Pessoas com transtorno mental raramente oferecem risco *ao público*” houve o questionamento dos juízes com relação ao termo “*ao público*” não ser uma expressão adequada. Assim, foi substituído por “*à outras pessoas*”.

Quadro 3. Modificações sugeridas pelo comitê de juízes para Versão Português Consenso 2

Versão Português Consenso 1 (VPC1)	Versão Português Consenso 2 (VPC2)
1. Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física <u>ao invés de ajudar</u> uma pessoa com um transtorno mental.	1. Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física <u>do que ao ajudar</u> uma pessoa com um transtorno mental.
2. Se uma pessoa com transtorno mental reclama de sintomas físicos (ex: náusea, dor nas costas ou dor de cabeça), <u>eu geralmente os atribuo</u> ao transtorno mental	2. Se uma pessoa com transtorno mental reclama de sintomas físicos (ex: náusea, dor nas costas ou dor de cabeça), <u>eu provavelmente os atribuiria</u> ao transtorno mental.
4. Se eu estivesse em tratamento para um transtorno mental, eu não revelaria <u>aos colegas com quem eu trabalho.</u>	4. Se eu estivesse em tratamento para um transtorno mental, eu não revelaria <u>a nenhum dos meus colegas.</u>
6. Eu me consideraria fraco se eu tivesse um transtorno mental que eu mesmo não pudesse <u>curar.</u>	6. Eu me consideraria fraco se eu tivesse um transtorno mental que eu mesmo não pudesse <u>lidar.</u>
8. Empregadores deveriam contratar uma pessoa com um transtorno mental <u>sob controle</u> caso <u>esta</u> seja a melhor pessoa para o trabalho.	8. Empregadores deveriam contratar uma pessoa com um transtorno mental <u>controlado</u> caso <u>ela/ele</u> seja a melhor pessoa para o trabalho.
9. Eu iria a um médico mesmo <u>que este já tenha sido</u> tratado de um transtorno mental.	9. Eu iria a um médico mesmo <u>sabendo que ele já foi</u> tratado de um transtorno mental.
13. <u>Eu posso fazer pouco</u> para ajudar pessoas com transtorno mental.	13. <u>Há pouco que eu possa fazer</u> para ajudar pessoas com transtorno mental.
15. Pessoas com transtorno mental raramente oferecem risco <u>ao público.</u>	15. Pessoas com transtorno mental raramente oferecem risco <u>à outras pessoas.</u>

5.1.3 Comparação da Versão Inglês Final com a Versão Original e envio para o autor

O processo de retrotradução da Versão Português Consenso 2 (VPC2), realizado por dois canadenses com conhecimento da língua portuguesa, conduziu à Versão Inglês Final (VIF) com pequenas alterações. Ambos tradutores consideraram a escala compreensível e fácil de ser traduzida. A Versão Inglês 1 (VI1) utilizou o termo “*mental disorder*”, e optou-se, apenas por escolha baseada na leitura de artigos e referências da escala original, utilizar o termo “*mental illness*”, presente na Versão Inglês 2 (VI2). Da mesma forma, optou-se pelo termo “*health care provider*” ao invés de “*health professional*”.

Quadro 4. Modificações e comparações das versões na Retrotradução

Versão Inglês 1 (VI1)	Versão Inglês 2 (VI2)	Versão Inglês Final (VIF)
1. <u>I feel more</u> comfortable helping a person <u>with</u> a physical illness <u>than helping</u> a person with a <u>mental disorder</u> .	1. <u>I am more</u> comfortable helping a person <u>who has</u> a physical illness <u>than I am</u> helping a person with a <u>mental illness</u> .	1. I am more comfortable helping a person who has a physical illness than I am helping a person with a mental illness .
2. If a person with a <u>mental disorder</u> complains <u>about</u> physical symptoms (e.g. nausea, back pain or headache), <u>I will</u> likely attribute <u>them to the mental disorder</u> .	2. If a person with a <u>mental illness</u> complains <u>of</u> physical symptoms (eg, nausea, back pain or headache), <u>I would</u> likely attribute <u>this to their mental illness</u> .	2. If a person with a mental illness complains of physical symptoms (eg, nausea, back pain or headache), I would likely attribute this to their mental illness .
3. If a coworker tells me that he or she has a <u>mental disorder</u> that is <u>under control</u> , I would feel fine <u>about continuing to work with him or her</u> .	3. If a colleague with whom I <u>work</u> told me that they have a <u>managed mental illness</u> , I would be as <u>willing to work with him / her</u> .	3. If a colleague with whom I work told me that they have a managed mental illness , I would be as willing to work with him / her .
4. If I were <u>undergoing</u> treatment for a <u>mental disorder</u> , I would not <u>reveal</u> this to any of my <u>coworkers</u> .	4. If I were <u>under</u> treatment for a <u>mental illness</u> , I would not <u>disclose</u> this to any of my <u>colleagues</u> .	4. If I were under treatment for a mental illness , I would not disclose this to any of my colleagues .
5. I would be more <u>likely to</u> seek help for a <u>mental disorder</u> if <u>the health professional who was treating me</u> was not <u>connected in anyway to</u> my workplace.	5. I would be more <u>inclined to</u> seek help for a <u>mental illness</u> if <u>my treating health care provider</u> was not <u>associated with</u> my workplace.	5. I would be more inclined to seek help for a mental illness if my treating health care provider was not associated with my workplace.

A Versão Inglês Final (VIF) foi enviada por email para o autor, Dr. Scott Patten. Ao responder com a aprovação, comentou que a tradução estava fidedigna à escala original.

5.1.4 Aplicação da Versão Português Final em profissionais de saúde de APS (Pré-teste)

Para iniciar a etapa pré-teste, algumas dificuldades foram encontradas. Como o projeto foi realizado com profissionais de saúde de APS do município de Ribeirão Preto (SP), houve a necessidade de solicitar autorização da SMS do município de Ribeirão Preto para realização da pesquisa em Unidades de Saúde.

Após um mês do envio do projeto para a SMS, foram solicitados esclarecimentos sobre o projeto em reunião com a aluna/pesquisadora e a parecerista do projeto. Foi solicitado um resumo do projeto, em linguagem menos técnica para o método e um reenvio do projeto. Assim, transcorridos cinco meses, a SMS autorizou a realização da pesquisa. Posteriormente, houve espera de três meses para a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), impossibilitando o desenvolvimento do projeto neste período de oito meses, atrasando a realização da etapa pré-teste.

No entanto, com as devidas autorizações, o pré-teste foi realizado com 40 profissionais de saúde, sendo 32 (80%) do sexo feminino e 8 (20%) do sexo masculino, com média de idade de 43,6 anos (DP=9,1; variação de 27,4-61,9 anos). A média do tempo de formação foi de 16,5 anos (DP=9,2; variação de 3-35 anos) e, em relação à especialidade, dos 40 profissionais de saúde, 21 (52,5%) tinham alguma especialidade e 19 (47,5%) não tinham. A média do tempo de atuação profissional foi de 18,2 anos (DP=9,95; variação de 3-40 anos). Houve prevalência de profissionais da Enfermagem (Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos em Enfermagem) (65%).

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

Características dos Participantes do Estudo	% dos respondentes n=40
Gênero	
Feminino	80
Masculino	20
Idade	
27-39 anos	37.5
40-49 anos	32.5
50 ou mais anos	30
Formação	
Enfermagem	30
Auxiliar/Técnico em Enfermagem	35
Odontologia	5
Auxiliar/Técnico Bucal	5
Medicina	15
Farmácia	7.5
Outra	2.5
Tempo de Formação	
3-9 anos	27.5
10-19 anos	37.5
20 ou mais anos	35
Especialidade	
Sim	52.5
Não	47.5
Tempo de Atuação Profissional	
3-9 anos	20
10-19 anos	37.5
20 ou mais anos	42.5

Das Unidades de APS, as USFs foram a maioria (62.5%). Nesse sentido, a prevalência da ocupação dos profissionais das Unidades foi de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (37.5%), seguidos de Enfermeiros (15%). A média do tempo de atuação na Unidade de Saúde foi de 5,2 anos (DP=7,2; variação de 0-30 anos). O tempo de aplicação da escala foi, para 82.5% dos profissionais de saúde, de 04 a 10 minutos.

Tabela 2. Caracterização sócio-demográfica e aplicação da OMS-HC profissionais de saúde de Unidades de Atenção Primária (n=40), Ribeirão Preto, 2018.

Características dos Participantes do Estudo	% dos respondentes n=40
Unidade de Saúde	
UBS	37.5
USF	62.5
Ocupação na Unidade	
Gerente	7.5
Enfermeira	15
Auxiliar de Enfermagem	27.5
Técnico de Enfermagem	10
Médico Clínico Geral	5
Médico Ginecologista e Obstetra	2.5
Médico de Estratégia de Saúde da Família	5
Médico Pediatra	2.5
Dentista	2.5
Cirurgião Dentista	2.5
Auxiliar Bucal	5
Farmacêutico	5
Tempo de Atuação na Unidade	
Menos de 1	35
1-5	27.5
6-15	30
16 ou mais	7.5
Tempo de aplicação da Escala	
4 a 10 minutos	82.5
11 a 23 minutos	17.5

Após os profissionais de saúde responderem a escala, foram questionados a respeito da aplicabilidade e compreensão dos itens. Alguns (n=9) relataram que a escala é muito “generalizada”, pois o termo “transtorno mental”, sem especificação, abrange experiências diversificadas na saúde mental. Como exemplo, houve o relato de que as respostas seriam diferentes caso o transtorno mental fosse especificado como “depressão” ou como “esquizofrenia”.

Cinco profissionais compartilharam que este tipo de escala (Likert) às vezes provoca confusão no momento de assinalar, mas isso não estava interferindo na compreensão dos itens. Além disso, relataram que a escala proporciona reflexão sobre as próprias atitudes com relação ao transtorno mental e às pessoas com transtorno mental.

O pré-teste foi fundamental, também, para analisar a aplicação do questionário sócio-demográfico. Durante a análise dos dados, percebeu-se a necessidade de incluir itens sobre experiências dos profissionais de saúde com transtornos mentais, como: “Você tem algum amigo ou membro da família com transtorno mental?”; “Você já cuidou de alguém com transtorno mental?”. Assim, o questionário será modificado para posterior aplicação em 200 profissionais e avaliação das propriedades psicométricas para completa validação. Estes acréscimos serão importantes para futuras investigações e avaliações, devido à relevância de variáveis como experiência, nível de educação/formação e contato social para a identificação e compreensão do estigma de profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental.

Este estudo teve como finalidade adaptar culturalmente uma escala canadense que busca medir atitudes estigmatizantes de profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental para o Brasil, a OMS-HC (KASSAM et al., 2012).

Nenhuma escala específica de mensuração do estigma em profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental havia sido desenvolvida no Canadá. Assim, a OMS-HC foi desenvolvida e testada com 787 profissionais de saúde do Canadá, para avaliar intervenções anti-estigma em grupos de profissionais de saúde. O desenvolvimento da escala foi guiada pelo modelo tripartite de estigma, resultante de revisões de literatura focadas no estigma e em como as atitudes com relação às pessoas com transtorno mental poderiam ser medidas. O modelo tripartite foi adotado, pois permite a medição de resultados claros, como atitudes que podem ser medidas usando várias dimensões do estigma (KASSAM et al., 2012).

Nos grupos focais para o desenvolvimento da OMS-HC original, os principais tópicos de discussão circulavam em torno de usar ou não e definir ou não o termo “transtorno mental”, assim como incluir ou não um diagnóstico específico ou especificar a gravidade do transtorno mental. Como não houve consenso, a escala foi mantida com o termo “transtorno mental” sem definições e especificações (KASSAM et al., 2012).

Outra questão que surgiu no grupo focal com pessoas com transtorno mental (OMS-HC original) foi a inclusão de um item que abordasse a medicação como o melhor tratamento para as pessoas com transtorno mental na perspectiva dos profissionais de saúde. Tal sugestão ocorreu porque os membros do grupo focal relataram sentirem-se estigmatizados pelos profissionais de saúde, pois os viam mais propensos a medicarem os pacientes em excesso e menos propensos a ouvirem ou fornecerem outras formas de terapia. O uso de medicamentos também foi percebido como meio de aumentar a distância social (KASSAM et al., 2012).

Na OMS-HC original, a análise fatorial identificou duas subescalas que mediam as atitudes com relação às pessoas com transtorno mental, utilizando várias dimensões do estigma e atitudes com relação à revelação de um transtorno mental e/ou busca por ajuda. Adotou-se a ideia de que atitudes estigmatizantes podem ser medidas sob a forma de divulgar se alguém tem um transtorno mental e/ou se procura ajuda, pois essa reação pode, também, ser um indicador de estigma relacionado ao transtorno mental (HOCKING, 2003; KASSAM et al., 2010). Por outro lado, a revelação de um transtorno mental pode não ser associada a

algo vergonhoso e, portanto, as atitudes podem ser menos estigmatizantes com relação a outras pessoas. Assim, a análise fatorial resultou em subescala de 7 itens para medir atitudes com relação às pessoas com transtorno mental e outra de 5 itens para medir atitudes de divulgação/revelação de um transtorno mental (KASSAM et al., 2012).

Para a OMS-HC original, a pontuação média total para a escala de 20 itens para todos os profissionais de saúde foi de 57,5 (IC 95% 57,2 a 57,9). As pontuações variaram de 41,0 a 96,0 e o desvio padrão foi de 4,8. O escore total médio para a escala de 12 itens foi de 27,0 (IC 95%: 26,7 - 27,4), os escores variaram de 16,0 a 67,0 e o desvio padrão foi de 5,0. A média da pontuação total das atitudes dos profissionais de saúde em relação à subescala de transtornos mentais foi de 12,1 (IC 95%: 11,9 a 12,4) e para a divulgação foi de 15,0 (IC 95%: 14,8 a 15,2). As pontuações variaram de 7,0 a 35,0 (DP = 3,6) para as atitudes dos profissionais de saúde em relação às pessoas com transtorno mental e de 8,0 a 23,0 (DP = 2,5) para as atitudes em relação à revelação de um transtorno mental.

A escala inicial OMS-HC demonstrou boa consistência interna, alfa de Cronbach = 0,82 e confiabilidade teste-reteste satisfatória, correlação intraclass = 0,66 (IC 95% 0,54 a 0,75). A OMC-HC foi apenas fracamente correlacionada com a desejabilidade social, indicando que o viés de desejabilidade social provavelmente não seria um dos principais determinantes dos escores da OMS-HC. A análise fatorial favoreceu uma estrutura de dois fatores que respondeu por 45% da variância, utilizando 12 dos 20 itens testados.

A OMS-HC foi validada na Itália por Destrebecque et al. (2017), a fim de obter uma versão italiana da escala e de investigar o estigma entre estudantes da área da saúde. Portanto, um estudo multicêntrico, observacional e transversal foi realizado com uma amostra de estudantes dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Nutrição, da Universidade de Milão. Participaram do estudo 561 estudantes (80,6% do número total de alunos de todos os cursos), 191 estudantes de enfermagem (97,9%), 260 estudantes de Fisioterapia (75,4%), 55 estudantes de Terapia Ocupacional (83%) e 55 estudantes de Nutrição (61,%).

A OMS-HC original foi traduzida para o italiano por duas enfermeiras com conhecimento da língua inglesa e uma versão consenso foi obtida. Seis enfermeiros com cinco anos ou mais de experiência em Psiquiatria e estigma avaliaram a escala e o índice de

validade de conteúdo foi calculado ($IVC = 0,96$). Assim, a escala foi traduzida para o inglês (Retrotradução) por um professor de línguas e a versão final foi enviada para o autor, com sua aprovação. A versão italiana foi impressa e distribuída, com autorização, para todos os alunos de duas escolas de Enfermagem, quatro de Fisioterapia, uma de Nutrição e uma de Terapia Ocupacional. Os estudantes devolviam a escala em uma caixa lacrada presente em cada uma das escolas durante os anos de 2015 e 2016 (DESTREBECQUE et al., 2017).

Os dados da versão italiana foram analisados por meio de estatística descritiva, com média e desvio padrão, se distribuídos normalmente, ou faixa mediana e interquartil, se não distribuídos normalmente. A normalidade foi avaliada com o teste de Kolmogorov-Smirnov. Quanto à validação, foi realizada análise fatorial; adequação da amostra foi avaliada com o critério de Kaiser-Mayer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett. O critério de Kaiser foi aplicado para reter fatores, que foram girados com o algoritmo Varimax. O coeficiente alfa de Cronbach foi usado para avaliar a consistência interna e, para estudar o relacionamento entre os escores dos estigmas e as características dos entrevistados, a análise de covariância (ANCOVA) foi utilizada (DESTREBECQUE et al., 2017).

Os valores do alfa de Cronbach para a OMS-HC (versão italiana), nas duas subescalas da versão de 12 itens foram 0,74 e 0,86 respectivamente. No geral, a escala mostrou boa consistência interna com valores semelhantes ou até melhores que os obtidos pelo autores. A versão italiana da OMS-HC revelou boas características psicométricas. A estrutura da escala original foi mantida na tradução italiana, com consistência interna satisfatória. A versão italiana sustentou a versão original composta por duas subescalas (atitudes dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental e atitudes dos profissionais de saúde para a revelação/divulgação de um transtorno mental) para um total de 12 itens. A escala foi testada em amostra de 561 estudantes da área da saúde e a taxa de resposta foi alta, fatores importantes para avaliação das características da OMS-HC italiana em pessoas com formação educacional e experiências diferentes (DESTREBECQUE et al., 2017).

No presente estudo, o processo de adaptação cultural da OMS-HC foi desenvolvido com base na metodologia proposta por Guillemín; Bombardier; Beaton (1993) e Ferrer et al. (1996). A etapa da avaliação do comitê de juízes realizada antes da retrotradução, por recomendação de Ferrer et al. (1996), foi importante para uma análise criteriosa das traduções

de cada item, a fim de obter as modificações necessárias e a manutenção das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a versão original da OMS-HC e a versão adaptada. Este método foi utilizado, também, no processo de validação da versão italiana da OMS-HC e tem sido seguido em outras validações no Brasil (ESCHEVARRIA-GUANILO et al., 2006; FERREIRA et al., 2008; DANTAS; SILVA; CIOL, 2012).

O processo de tradução e adaptação cultural de escalas é importante para comparação entre estudos de diferentes países pois possibilita melhor entendimento e compreensão da dimensão dos fenômenos avaliados (FALCÃO; CICINELLI; FERRAZ, 2003). No entanto, a qualidade da escala não é garantida apenas pela tradução linguística dos itens, sendo necessária a adaptação cultural para preservar o significado conceitual da escala. A tradução e a adaptação cultural de uma escala necessitam de metodologia específica, mantendo o sentido e qualidade da escala original, reduzindo as chances de ocorrência de traduções tendenciosas (BEATON et al., 2000).

Na etapa pré-teste da versão adaptada da OMS-HC para uso no Brasil, os profissionais de saúde, após responderem a escala, abordaram a mesma questão relacionada à especificação e/ou gravidade do transtorno mental que foi discutida nos grupos focais durante o desenvolvimento da escala original. O relato de que o termo “transtorno mental” é muito amplo e, até, subjetivo, nos faz entender que a diferenciação dos transtornos mentais em uma escala que busca medir o estigma dos profissionais de saúde pode ser uma maneira de não lidar diretamente com a presença de atitudes estigmatizantes, ou ainda, atitudes estigmatizantes agravadas com relação a determinados transtornos mentais.

Compreende-se o estigma como um fenômeno complexo e considera-se que os profissionais de saúde possuem atuação chave em sua redução com relação às pessoas com transtorno mental. Os enfermeiros, categoria profissional que possui grande e próximo contato com as pessoas com transtorno mental em diferentes serviços de saúde, mas especialmente na APS, foram a maioria dos participantes deste estudo. Além disso, os enfermeiros são reconhecidos pela capacidade de compreenderem as necessidades e expectativas dos usuários que buscam atendimento nos serviços de saúde. Nesse sentido, foram fundamentais no processo de adaptação cultural da OMS-HC para uso no Brasil e serão importantes em todo o processo de validação.

O pré-teste do presente estudo foi realizado seguindo a recomendação de Guillemin; Bombardier; Beaton (1993), de que a população-alvo, opção mais utilizada metodologicamente, responde a escala e, posteriormente, é questionada a respeito dos itens e da medida em geral. Portanto, para os 40 profissionais de saúde que responderam a versão adaptada da OMS-HC para uso no Brasil, a escala foi considerada compreensível e aplicável. Com esta amostra, os valores do alfa de Cronbach foram calculados pelas duas subescalas apresentadas (atitudes dos profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental e atitudes dos profissionais de saúde para a revelação/divulgação de um transtorno mental), seguindo as versões original e italiana, e os resultados obtidos no pré-teste foram 0,57 e 0,71 respectivamente. O valor total do alfa foi 0,74, revelando consistência interna satisfatória para esta amostra da população-alvo.

No entanto, ressalva-se que o objetivo do presente estudo foi adaptar culturalmente a OMS-HC para uso no Brasil e, portanto, os valores correspondentes ao pré-teste do estudo não foram analisados e comparados, profundamente, com os valores das versões original e italiana. Assim, considerando que o processo de adaptação cultural não é suficiente para que uma escala seja utilizada em um determinado contexto (PASQUALI, 2009), a validação completa, com a avaliação das propriedades psicométricas da OMS-HC brasileira, será realizada com 200 profissionais de saúde de APS do município de Ribeirão Preto, em futura, e próxima, investigação.

6.1 Limitação

O estudo apresenta como limitação a adaptação cultural ter sido realizada localmente, sem abranger outras regiões do Brasil.

7 Considerações Finais

Estudos sobre estigma em profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental são pouco desenvolvidos no Brasil, sobretudo estudos metodológicos, de construção/validação de escalas. Há, apenas, o estudo de Ronzani et al. (2009) que realizou a validação da Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI), que busca medir o estigma internalizado.

A versão da OMS-HC, desenvolvida originalmente no Canadá, foi adaptada culturalmente com uma amostra de profissionais de saúde brasileiros de serviços de APS e seguiu as recomendações metodológicas da literatura internacional e nacional.

De acordo com os objetivos deste estudo, considera-se que a versão brasileira da OMS-HC manteve as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual por meio do processo de tradução, da validade de face e de conteúdo realizada por um comitê de juízes e pelo processo de retrotradução. Além disso, a versão adaptada foi aplicada em uma amostra de 40 profissionais de saúde de APS (Pré-teste), apresentando linguagem adequada ao contexto brasileiro, de fácil aplicação, com formato adequado para uso, entendimento apropriado e consistência em relação à versão original. A versão brasileira da OMS-HC encontra-se, portanto, apropriada para o desenvolvimento de estudo para avaliação das propriedades psicométricas e validação.

Espera-se que, após a validação completa, a OMS-HC brasileira seja uma escala que avalie a eficácia da prevista intervenção anti-estigma no contexto da APS, que estimule a reflexão dos profissionais de saúde sobre suas atitudes estigmatizantes com relação às pessoas com transtorno mental, ou mesmo que identifique que os profissionais de saúde não conhecem ou reconhecem o estigma em suas práticas de cuidado.

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.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self report measures. **Spine**, v. 25, p. 815-824, 2000.
- BERGER, M.; WAGNER, T. H.; BAKER, L. C. Internet use and stigmatized illness. **Social Science & Medicine**, v. 61, n. 8, p.1821-27, 2005.
- BIERNAT, M.; DOVIDIO, J. F. **Stigma and stereotypes**. In: The Social Psychology of Stigma (eds Heatherton, T.F., Kleck, R.E. & Hebl, M.R.), 88–125. Guilford Press, New York, 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.
- BOYD, J. E. et al. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. **Comprehensive Psychiatry**, v. 55, n. 1, p. 221-31, 2014.
- BRASIL. Ministério de Saúde. **Resolução nº 466/2012**: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
- BRASIL. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 02 de Agosto de 2018.
- 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.
- CAMPANELLI, P.; MARTIN, E.; ROTHGEB, J. M. The use of respondent and interviewer debriefing studies as a way to study response error in survey data. **The Statistician**, v. 40, p. 253–264, 1991.
- CHIEN, W. T.; YEUNG, F. K. K.; CHAN, A. H. L. Perceived Stigma of Patients with Severe Mental Illness in Hong Kong: Relationships with Patients' Psychosocial Conditions and Attitudes of Family Caregivers and Health Professionals. **Administration and Policy in Mental Health**, v. 41, n. 2, p. 237–251, 2014.

COLTON, C. W.; MANDERSCHIED, R. W. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. **Preventing Chronic Disease**, v. 3, n. 2: A42, 2006.

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. **On the Stigma of Mental Illness**. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2005.

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.

CRISP, A. H. et al. Stigmatisation of people with mental illnesses. **British Journal Psychiatry**, v. 177, n. 1, p. 4–7, 2000.

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 cardiac patients. **Journal of Clinical Nursing**, 2012.

DESTREBECQ, A. et al. The Italian Version of the Opening Minds Stigma Scale for Healthcare Providers: Validation and Study on a Sample of Bachelor Students. **Community Mental Health Journal**, v. 54, n. 1, p. 66-72, 2018.

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.

FALCÃO, D. da M.; CICONELLI, R. M.; & FERRAZ, M. B. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology. **Journal of Rheumatology**, v. 30, n. 2, p. 379-85, 2003.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life – the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes**. 2nd. ed. Chichester: England John Wiley and Sons; 2007, p. 3-30.

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 George'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.

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

GRIFFITHS, K. M. et al. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. **British Journal of Psychiatry**, v. 185, p. 342–349, 2004.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health measures. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, v. 24, n. 2, p. 61-3, 1995.

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. 1417-32, 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.

HOCKING, B. Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business. **Medical Journal**, v. 178, n. 9, p.S47–S48, 2003.

HODGES, B.; INCH, C.; SILVER, I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950–2000: a review. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, p. 1579–86, 2001.

HOKE, M. M.; ROBBINS, L. K. Continuing the cultural competency journey through exploration of knowledge, attitudes, and skills with advanced practice psychiatric nursing students: an exemplar. **Nursing Clinics of North America**, v. 46, n. 2, p. 201–205, 2011.

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.

JORM, A. F. et al. 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.

KAJERMO, K. N. et al. Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 2, p.198–209, 2011.

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.

LA TORRE, G.; SEMYONOV, L.; MANNOCCI, A.; et al. Knowledge, attitude, and behaviour of public health doctors towards pandemic influenza compared to the general population in Italy. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 40, n. 1, p. 1–7, 2011.

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.

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.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabra-Koogan, 2001.

LOCH, A. A. et al. 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.

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.

MORAIS, J. F. Validade e confiabilidade de escalas multi itens. **Estima**, São Paulo, v. 2, n. 3,

p. 42-45, 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.

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

PASQUALI, L. **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: Laboratório de Pesquisa em avaliação e medida, LabPAM/UNB, 1ª Edição, 2012, 302 p.

PELUSO, E.; BLAY, S. L. Community perception of mental disorders - a systematic review of Latin American and Caribbean studies. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 39, n. 12, p. 955–961, 2004.

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.

PHELAN, J. C.; LINK, B. G. The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiological**, v. 33 Suppl 1, p. 7–12, 1998.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática em enfermagem**. São Paulo: Artmed, 2011. 670p.

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. **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice** (9th ed.). Philadelphia, PA: Walters Kluwer Health/Lippincott, Williams, & Wilkins, 2012.

REAVLEY, N. J. 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. 433–441, 2014.

REYNOLDS, R. W. Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. **Journal of Clinical Psychology**, v. 38, p. 119–125, 1982.

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.

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.

SARTORIUS, N. Stigma and mental health. **The Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 810 – 11, 2007.

STANSFIELD, S. A. et al. Work characteristics and social phobia in a nationally representative employed sample. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 53, n. 6, p. 371–376, 2008.

STUART et al. *Paradigms Lost: Fighting stigma and the lessons learned*. New York: Oxford University Press Inc.; 2012.

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.

THORNICROFT, G. **Shunned: Discrimination against people with mental illness**. Oxford University Press: Oxford, 2006.

THORNICROFT, G. et al. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? **British Journal Psychiatry**, v. 190, p. 192-3, 2007.

THORNICROFT, G.; BROHAN, E.; KASSAM, A.; LEWIS-HOLMES, E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 2, n. 3, 2008.

VENTURA, C. A. A. et al. (2017). *Explorando Estigma, Discriminação e Perspectivas de Recuperação relacionados aos transtornos mentais e uso de substâncias junto a profissionais de Unidades Básicas de Saúde em Ribeirão Preto, Brasil: um Ensaio Controlado Randomizado*. Projeto FAPESP/GACD, 2017.

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.

WALKER, E. R. et al. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. **Jama Psychiatry**, v. 72, n. 4, p. 334–341, 2015.

WATSON, A. C.; MILLER, F. E.; LYONS, J. S. Adolescent attitudes toward serious mental illness. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 193, n. 11, p. 769–772, 2005.

WEI, Y. et al. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. **BMC Psychiatry**, v. 15, p. 291, 2015.

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.

WHITEFORD, H. A.; DEGENHARDT, L.; REHM, J. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 382, n. 9904, p. 1575–1586, 2013.

ANEXO A – Escala Original

Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)

	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree nor Disagree	Agree	Strongly Agree
1. I am more comfortable helping a person who has a physical illness than I am helping a person who has a mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
2. If a person with a mental illness complains of physical symptoms (e.g., nausea, back pain or headache), I would likely attribute this to their mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
3. If a colleague with whom I work told me they had a managed mental illness, I would be just as willing to work with him/her.	☐	☐	☐	☐	☐
4. If I were under treatment for a mental illness I would not disclose this to any of my colleagues.	☐	☐	☐	☐	☐
5. I would be more inclined to seek help for a mental illness if my treating healthcare provider was not associated with my workplace.	☐	☐	☐	☐	☐
6. I would see myself as weak if I had a mental illness and could not fix it myself.	☐	☐	☐	☐	☐
7. I would be reluctant to seek help if I had a mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Employers should hire a person with a managed mental illness if he/she is the best person for the job.	☐	☐	☐	☐	☐
9. I would still go to a physician if I knew that the physician had been treated for a mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
10. If I had a mental illness, I would tell my friends.	☐	☐	☐	☐	☐
11. It is the responsibility of health care providers to inspire hope in people with mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Despite my professional beliefs, I have negative reactions towards people who have mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
13. There is little I can do to help people with mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
14. More than half of people with mental illness don't try hard enough to get better.	☐	☐	☐	☐	☐
15. People with mental illness seldom pose a risk to the public.	☐	☐	☐	☐	☐
16. The best treatment for mental illness is medication.	☐	☐	☐	☐	☐
17. I would not want a person with a mental illness, even if it were appropriately managed, to work with children.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Healthcare providers do not need to be advocates for people with mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐
19. I would not mind if a person with a mental illness lived next door to me.	☐	☐	☐	☐	☐
20. I struggle to feel compassion for a person with mental illness.	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO B – Permissão do autor para utilização do instrumento

The screenshot displays the Outlook.com web interface. The top navigation bar includes the Outlook logo, a search icon, and menu items: 'Novo', 'Responder', 'Excluir', 'Arquivar', 'Lixo Eletrônico', 'Limpar', 'Mover para', 'Categorias', and a three-dot menu. Below the navigation bar is a search bar labeled 'Pesquisar no email' and a sidebar on the left titled 'Pastas' (Folders) containing 'Caixa de Entrada 1' (Inbox 1), 'Lixo' (Trash), 'Rascunhos' (Drafts), 'Enviados' (Sent), 'Excluídos' (Deleted), 'Caixa de saída' (Outbox), 'Enviados' (Sent), 'Lixeira' (Deleted Items), 'Pesquisa' (Search), 'Rascunhos' (Drafts), and 'Nova pasta' (New folder). The main content area shows an email titled 'Fwd: Updates' with a 'Mark' button. The email header includes: 'From: Scott B. Patten [mailto:patten@ucalgary.ca]', 'Sent: Monday, July 06, 2015 2:54 PM', 'To: Mark van der Maas', 'Cc: Sireesha Bobbili; Stephanie Knaak (sknaak@mentalhealthcommission.ca); Aliya Kassam', and 'Subject: RE: Opening Minds scale for Peru'. The email body contains two paragraphs: 'No concerns, I am glad that it has been useful.' and 'Copying this to some of my colleagues, who are keeping track.' The email is signed 'Scott'.

Outlook.com

Pesquisar no email

Pastas

Caixa de Entrada 1

Lixo

Rascunhos

Enviados

Excluídos

Caixa de saída

Enviados

Lixeira

Pesquisa

Rascunhos

Nova pasta

Fwd: Updates

Mark

From: Scott B. Patten [mailto:patten@ucalgary.ca]
Sent: Monday, July 06, 2015 2:54 PM
To: Mark van der Maas
Cc: Sireesha Bobbili; Stephanie Knaak (sknaak@mentalhealthcommission.ca); Aliya Kassam
Subject: RE: Opening Minds scale for Peru

No concerns, I am glad that it has been useful.

Copying this to some of my colleagues, who are keeping track.

Scott

ANEXO C – Autorização Instituição Coparticipante

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF4920/2017-- CAPP

ALS/2017

Ribeirão Preto 13 de dezembro de 2017.

Prezada Senhora,

Informo que a Diretora do Departamento de Atenção Saúde 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: **"OPENING MINDS SCALE FOR HEALTH CARE PROVIDERES (OMS-HC0: ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO"** sob a responsabilidade da Dra. **CARLA APARECIDA ARENA VENTURA** e da pesquisadora **BRUNA SORDI CARRARA**.

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

**ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto (CEP – EERP/USP)**

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 081/2018, 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: 82490918.8.0000.5393

Projeto: Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC): adaptação cultural e validação para o português brasileiro

Pesquisadores: Bruna Sordi Carrara

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

ANEXO E – Aprovação do autor do instrumento após retrotradução

Baixar Salvar no OneDrive - Pessoal

Dear Scott,

Thank you for your quick response and feedback. We truly appreciate it!

Have a great day,
Sireesha

From: Scott B. Patten [mailto:patten@ucalgary.ca]
Sent: May-28-18 12:04 PM
To: Sireesha Bobbili
Subject: RE: Evaluation of translated OMS-HC scale

You must have good translators – because there are nearly identical, see attached.

Scott

From: Sireesha Bobbili <Sireesha.Bobbili@camh.ca>
Sent: Saturday, May 26, 2018 4:36 PM
To: Scott B. Patten <patten@ucalgary.ca>
Cc: Carla Ventura (caaventu@gmail.com) <caaventu@gmail.com>; 'brunasordi.c@hotmail.com' <brunasordi.c@hotmail.com>; 'raquelhhfernandes@gmail.com' <raquelhhfernandes@gmail.com>
Subject: Evaluation of translated OMS-HC scale

**APÊNDICE A - 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 Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC), instrumento de medida do estigma em pessoas com transtorno mental entre profissionais de saúde, desenvolvido por Scott, psicólogo canadense. Em virtude das diferenças culturais existentes entre a realidade canadense 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 abaixo 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: Bruna Sordi Carrara (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 am more comfortable helping a person who has a physical illness than I am helping a person who has a mental illness.		
B1. Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física ao invés de ajudar uma pessoa com um transtorno mental.		
-1	0	+1

A2. If a person with a mental illness complains of physical symptoms (e.g., nausea, back pain or headache), I would likely attribute this to their mental illness.		
B2. Se uma pessoa com transtorno mental reclama de sintomas físicos (ex: náusea, dor nas costas ou dor de cabeça), eu geralmente os atribuo ao transtorno mental.		
-1	0	+1

A3. If a colleague with whom I work told me they had a managed mental illness, I would be just as willing to work with him/her.		
B3. Se um colega com quem eu trabalho me dissesse que possui um transtorno mental sob controle, eu me sentiria disposto a trabalhar com ele/ela da mesma forma.		
-1	0	+1

A4. If I were under treatment for a mental illness I would not disclose this to any of my colleagues.		
B4. Se eu estivesse em tratamento para um transtorno mental, eu não revelaria aos colegas com quem eu trabalho.		
-1	0	+1

A5. I would be more inclined to seek help for a mental illness if my treating healthcare provider was not associated with my workplace.		
B5. Eu estaria mais propenso a buscar ajuda para um transtorno mental se o profissional de saúde que fosse me tratar não estivesse ligado ao meu local de trabalho.		
-1	0	+1

A6. I would see myself as weak if I had a mental illness and could not fix it myself.		
B6. Eu me consideraria fraco se eu tivesse um transtorno mental que eu mesmo não pudesse curar.		
-1	0	+1

A7. I would be reluctant to seek help if I had a mental illness.		
B7. Eu relutaria em buscar ajuda se eu tivesse um transtorno mental.		
-1	0	+1

A8. Employers should hire a person with a managed mental illness if he/she is the best person for the job.		
B8. Empregadores deveriam contratar uma pessoa com um transtorno mental sob controle caso esta seja a melhor pessoa para o trabalho.		
-1	0	+1

A9. I would still go to a physician if I knew that the physician had been treated for a mental illness.		
B9. Eu iria a um médico mesmo que este já tenha sido tratado de um transtorno mental.		
-1	0	+1

A10. If I had a mental illness, I would tell my friends.		
B10. Se eu tivesse um transtorno mental eu contaria para meus amigos.		
-1	0	+1

A11. It is the responsibility of health care providers to inspire hope in people with mental illness.		
B11. É responsabilidade dos profissionais de saúde inspirar esperança em pessoas com transtorno mental.		
-1	0	+1

A12. Despite my professional beliefs, I have negative reactions towards people who have mental illness.		
B12. Apesar de minhas crenças profissionais, eu tenho reações negativas com relação à pessoas que têm transtorno mental.		
-1	0	+1

A13. There is little I can do to help people with mental illness.		
B13. Eu posso fazer pouco para ajudar pessoas com transtorno mental.		
-1	0	+1

A14. More than half of people with mental illness don't try hard enough to get better.		
B14. Mais da metade das pessoas com transtorno mental não se esforça o suficiente para melhorar.		
-1	0	+1

A15. People with mental illness seldom pose a risk to the public.		
B15. Pessoas com transtorno mental raramente oferecem risco ao público.		
-1	0	+1

A16. The best treatment for mental illness is medication.		
B16. O melhor tratamento para transtorno mental é a medicação.		
-1	0	+1

A17. I would not want a person with a mental illness, even if it were appropriately managed, to work with children.		
B17. Eu não gostaria que uma pessoa com um transtorno mental trabalhasse com crianças, mesmo que o transtorno estivesse apropriadamente controlado.		

-1	0	+1
----	---	----

A18. Healthcare providers do not need to be advocates for people with mental illness.		
B18. Profissionais de saúde não precisam ser defensores de pessoas com transtorno mental.		
-1	0	+1

A19. I would not mind if a person with a mental illness lived next door to me.		
B19. Eu não me importaria se uma pessoa com um transtorno mental morasse ao lado da minha casa.		
-1	0	+1

A20. I struggle to feel compassion for a person with mental illness.		
B20. Eu tenho dificuldade em sentir compaixão por uma pessoa com transtorno mental.		
-1	0	+1

APÊNDICE B - CONVITE AO COMITÊ DE JUÍZES

Estou desenvolvendo projeto de Mestrado, sob orientação da profª. Carla Ventura, sobre validação de instrumentos. O título do projeto é:

- *“Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC): adaptação cultural e validação para o português brasileiro”*

O instrumento busca medir o estigma de profissionais de saúde com relação às pessoas com transtornos mentais.

Existem várias etapas no processo de validação, entre elas, **COMITÊ DE JUÍZES**. Esta etapa tem como **objetivo** *identificar se o sentido do instrumento original foi mantido na versão em português* (obtida na etapa TRADUÇÃO). E essa identificação acontece por meio da *análise dos significados das palavras, do conteúdo, da relação com a cultura brasileira*.

Gostaria, portanto, de convidá-la para participar como membro da etapa **COMITÊ DE JUÍZES**, por ser representante do público-alvo da pesquisa e, supostamente, ter algum domínio do inglês.

Caso aceite participar, estamos enviando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento em modelo de um questionário, desenvolvido para facilitar a sua avaliação dos itens.

Se preferir, nos disponibilizamos para realizar a aplicação pessoalmente. Fique à vontade para qualquer escolha!

Estou à disposição para maiores esclarecimentos!

Desde já, muito obrigada!

Aguardo retorno!

Contatos das pesquisadoras:

Carla Ventura (email: caaventu@gmail.com ; telefone: (16) 3315-3422)

Bruna Sordi (email: brunasordi.c@hotmail.com ; telefone: (16) 99452-5665)

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Comitê de Juízes
(Frente)

Eu, Bruna Sordi Carrara, pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: *Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC): adaptação cultural e validação para o português brasileiro*, que tem como objetivo validar, para a cultura brasileira, a escala “OMS-HC” – 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 20 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 você 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 senhor 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.)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(verso)

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

Atenciosamente,

Bruna Sordi Carrara

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP
Av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto
CEP: 14040-902
Tel: (16) 994525665

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 sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20____.

Assinatura

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

(Frente)

Eu, Bruna Sordi Carrara, pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: *Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC): adaptação cultural e validação para o português brasileiro*, que tem como objetivo validar, para a cultura brasileira, a escala “OMS-HC” – 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 20 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 você 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 senhor 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, nº 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.)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(verso)

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

Atenciosamente,

Bruna Sordi Carrara
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP
Av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto
CEP: 14040-902
Tel: (16) 994525665

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 sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20____.

Assinatura

APÊNDICE E – Versão Português 1

Comissão de Saúde
Mental do Canadá

Escala Opening Minds para Profissionais da Saúde

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo ou discordo	Concordo	Concordo plenamente
1. Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa portadora de deficiência física ao invés de ajudar uma pessoa que possua um transtorno mental.					
2. Se uma pessoa com transtorno mental se queixar de sintomas físicos (náusea, dor nas costas ou dor de cabeça) eu provavelmente os considerariam causas do transtorno mental.					
3. Se um colega de trabalho me dissesse que possui um transtorno mental sob controle, eu me sentiria disposto a trabalhar com ele/ela da mesma forma.					
4. Se eu estivesse em tratamento para um transtorno mental, eu não iria revelar aos meus colegas de trabalho.					
5. Eu estaria mais propenso a buscar ajuda para o meu transtorno mental caso o profissional de saúde envolvido não possuísse relação com meu local de trabalho.					
6. Eu me consideraria fraco se eu possuísse um transtorno mental que eu próprio não pudesse curá-lo.					
7. Eu seria resistente para buscar ajuda caso possuísse um transtorno mental.					
8. Empregadores deveriam contratar uma pessoa que possua um transtorno mental sob controle caso esta seja a melhor pessoa para executar o trabalho.					
9. Eu iria a um médico mesmo que este já tenha passado por um tratamento de transtorno mental.					
10. Se eu tivesse algum transtorno mental eu revelaria aos meus amigos.					
11. É responsabilidade dos profissionais de saúde inspirar esperança naqueles que possuem transtornos mentais.					
12. Apesar de minhas crenças profissionais, eu reajo negativamente diante de pessoas que possuem transtornos mentais.					
13. Não há muito que eu possa fazer para ajudar pessoas que possuam transtornos mentais.					
14. Mais da metade das pessoas com transtornos mentais não se esforçam o suficiente para melhorar.					
15. Pessoas com transtornos mentais raramente oferecem risco ao público.					
16. O melhor tratamento para transtornos mentais é a medicação.					
17. Eu não gostaria que uma pessoa com um transtorno mental trabalhasse com crianças, mesmo que a doença esteja apropriadamente controlada.					
18. Profissionais da saúde não precisam ser defensores de pessoas que possuam transtornos mentais.					
19. Eu não me importaria se uma pessoa com transtorno mental morasse ao lado de minha casa.					
20. Eu me esforço para sentir compaixão por uma pessoa que possua algum transtorno mental.					

APÊNDICE F – Versão Português 2

Escala de resposta: Discordo plenamente / Discordo / Não concordo ou discordo / Concordo / Concordo plenamente

1. Eu me sinto mais confortável em ajudar pessoas com deficiências físicas do que pessoas com algum transtorno mental.
2. Se uma pessoa com transtorno mental reclama de sintomas físicos (ex: náusea, dor nas costas ou dor de cabeça), eu geralmente os atribuo ao transtorno mental.
3. Se um colega de trabalho me conta que já foi acometido por um transtorno mental, eu continuaria trabalhando com ele da mesma forma que antes.
4. Se eu estivesse fazendo algum tratamento para um transtorno mental, eu não contaria a nenhum dos meus colegas.
5. Eu estaria mais aberto a buscar tratamento para um transtorno mental se o profissional de saúde com o qual tratasse não estivesse ligado ao meu local de trabalho.
6. Eu me acharia fraco se tivesse um transtorno mental e não conseguisse lidar com ele sozinho.
7. Eu relutaria em buscar ajuda se tivesse um transtorno mental.
8. Empregadores deveriam empregar uma pessoa que tivesse lidado com um transtorno mental se ele/ela forem os melhores/mais indicados para o trabalho.
9. Eu continuaria indo a um médico mesmo que soubesse que este médico já se tratou de um transtorno mental.
10. Se eu tivesse um transtorno mental, eu contaria para meus amigos.
11. É responsabilidade dos profissionais de saúde encorajar a esperança em pessoas com transtornos mentais.
12. Apesar de minhas crenças profissionais, eu tenho reações negativas com relação às pessoas com transtornos mentais.
13. Eu posso fazer muito pouco para as pessoas com transtornos mentais.
14. Mais de metade das pessoas com transtornos mentais não fazem o melhor que podem para melhorarem.
15. As pessoas com transtornos mentais são um risco para os outros.
16. O melhor tratamento para o transtorno mental é a medicação.
17. Eu não gostaria que uma pessoa com transtorno mental, mesmo que fosse liderada apropriadamente, trabalhasse com crianças.
18. Trabalhadores de saúde não precisam “advogar” ou lutar pelos direitos de pessoas com transtornos mentais.
19. Eu não me importaria se uma pessoa com transtorno mental morasse ao lado da minha casa.
20. Eu tenho dificuldade em sentir compaixão por pessoas com transtornos mentais.

APÊNDICE G - Versão Português Consenso 1 (VPC1)

1. Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física ao invés de ajudar uma pessoa com um transtorno mental.
2. Se uma pessoa com transtorno mental reclama de sintomas físicos (ex: náusea, dor nas costas ou dor de cabeça), eu geralmente os atribuo ao transtorno mental
3. Se um colega com quem eu trabalho me dissesse que possui um transtorno mental sob controle, eu me sentiria disposto a trabalhar com ele/ela da mesma forma.
4. Se eu estivesse em tratamento para um transtorno mental, eu não revelaria aos colegas com quem eu trabalho.
5. Eu estaria mais propenso a buscar ajuda para um transtorno mental, se o profissional de saúde que fosse me tratar não estivesse ligado ao meu local de trabalho.
6. Eu me consideraria fraco se eu tivesse um transtorno mental que eu mesmo não pudesse curar.
7. Eu relutaria em buscar ajuda se eu tivesse um transtorno mental.
8. Empregadores deveriam contratar uma pessoa com um transtorno mental sob controle caso esta seja a melhor pessoa para o trabalho.
9. Eu iria a um médico mesmo que este já tenha sido tratado de um transtorno mental.
10. Se eu tivesse um transtorno mental eu contaria para meus amigos.
11. É responsabilidade dos profissionais de saúde inspirar esperança em pessoas com transtorno mental.
12. Apesar de minhas crenças profissionais, eu tenho reações negativas com relação à pessoas que têm transtorno mental.
13. Eu posso fazer pouco para ajudar pessoas com transtorno mental.
14. Mais da metade das pessoas com transtorno mental não se esforça o suficiente para melhorar.
15. Pessoas com transtorno mental raramente oferecem risco ao público.
16. O melhor tratamento para transtorno mental é a medicação.
17. Eu não gostaria que uma pessoa com um transtorno mental trabalhasse com crianças, mesmo que o transtorno estivesse apropriadamente controlado.
18. Profissionais de saúde não precisam ser defensores de pessoas com transtorno mental.
19. Eu não me importaria se uma pessoa com um transtorno mental morasse ao lado da minha casa.
20. Eu tenho dificuldade em sentir compaixão por uma pessoa com transtorno mental.

APÊNDICE H - Versão Português Consenso 2 (Comitê de Juízes)

1. Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física do que ao ajudar uma pessoa com um transtorno mental.
2. Se uma pessoa com transtorno mental reclama de sintomas físicos (ex: náusea, dor nas costas ou dor de cabeça), eu provavelmente os atribuiria ao transtorno mental.
3. Se um colega com quem eu trabalho me dissesse que possui um transtorno mental sob controle, eu me sentiria disposto a trabalhar com ele/ela da mesma forma.
4. Se eu estivesse em tratamento para um transtorno mental, eu não revelaria a nenhum dos meus colegas.
5. Eu estaria mais propenso a buscar ajuda para um transtorno mental se o profissional de saúde que fosse me tratar não estivesse ligado ao meu local de trabalho.
6. Eu me consideraria fraco se eu tivesse um transtorno mental que eu mesmo não pudesse lidar.
7. Eu relutaria em buscar ajuda se eu tivesse um transtorno mental.
8. Empregadores deveriam contratar uma pessoa com um transtorno mental controlado caso ela/ele seja a melhor pessoa para o trabalho.
9. Eu iria a um médico mesmo sabendo que ele já foi tratado de um transtorno mental.
10. Se eu tivesse um transtorno mental eu contaria para meus amigos.
11. É responsabilidade dos profissionais de saúde inspirar esperança em pessoas com transtorno mental.
12. Apesar de minhas crenças profissionais, eu tenho reações negativas com relação às pessoas que têm transtorno mental.
13. Há pouco que eu possa fazer para ajudar pessoas com transtorno mental.
14. Mais da metade das pessoas com transtorno mental não se esforça o suficiente para melhorar.
15. Pessoas com transtorno mental raramente oferecem risco à outras pessoas.
16. O melhor tratamento para transtorno mental é a medicação.
17. Eu não gostaria que uma pessoa com um transtorno mental trabalhasse com crianças, mesmo que o transtorno estivesse apropriadamente controlado.
18. Profissionais de saúde não precisam ser defensores de pessoas com transtorno mental.
19. Eu não me importaria se uma pessoa com um transtorno mental morasse ao lado da minha casa.
20. Eu tenho dificuldade em sentir compaixão por uma pessoa com transtorno mental.

APÊNDICE I – Versão Inglês 1 (VI1)

Comissão de Saúde Escala	Health Commission Scale
<p>Opening Minds para Profissionais da Saúde</p> <p>Discordo plenamente Discordo Não concordo ou discordo Concordo Concordo plenamente</p> <p>1. Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física do que ao ajudar uma pessoa com um transtorno mental.</p> <p>2. Se uma pessoa com transtorno mental reclama de sintomas físicos (ex: náusea, dor nas costas ou dor de cabeça), eu provavelmente os atribuiria ao transtorno mental.</p> <p>3. Se um colega com quem eu trabalho me dissesse que possui um transtorno mental sob controle, eu me sentiria disposto a trabalhar com ele/ela da mesma forma.</p> <p>4. Se eu estivesse em tratamento para um transtorno mental, eu não revelaria a nenhum dos meus colegas.</p> <p>5. Eu estaria mais propenso a buscar ajuda para um transtorno mental se o profissional de saúde que fosse me tratar não estivesse ligado ao meu local de trabalho.</p> <p>6. Eu me consideraria fraco se eu tivesse um transtorno mental que eu mesmo não pudesse lidar.</p> <p>7. Eu relutaria em buscar ajuda se eu tivesse um transtorno mental.</p> <p>8. Empregadores deveriam contratar uma pessoa com um transtorno mental controlado caso ela/ele seja a melhor</p>	<p>Opening Minds for Health Professionals</p> <p>I totally disagree I disagree I do not agree or I disagree I agree I completely agree</p> <p>1. I feel more comfortable helping a person with a physical illness than helping a person with a mental disorder.</p> <p>2. If a person with a mental disorder complains about physical symptoms (e.g. nausea, back pain or headache), I will likely attribute them to the mental disorder.</p> <p>3. If a coworker tells me that he or she has a mental disorder that is under control, I would feel fine about continuing to work with him or her.</p> <p>4. If I were undergoing treatment for a mental disorder, I would not reveal this to any of my coworkers.</p> <p>5. I would be more likely to seek help for a mental disorder if the health professional who was treating me was not connected in anyway to my workplace.</p> <p>6. I would consider myself weak if I had a mental disorder that I myself could not cope with.</p> <p>7. I would be reluctant to seek help if I had a mental disorder.</p> <p>8. Employers should hire a person with a controlled mental disorder if he or she are the best person for the job.</p>

<p> pessoa para o trabalho. 9. Eu iria a um médico mesmo sabendo que ele já foi tratado de um transtorno mental. 10. Se eu tivesse um transtorno mental eu contaria para meus amigos. 11. É responsabilidade dos profissionais de saúde inspirar esperança em pessoas com transtorno mental. 12. Apesar de minhas crenças profissionais, eu tenho reações negativas com relação às pessoas que têm transtorno mental. 13. Há pouco que eu possa fazer para ajudar pessoas com transtorno mental. 14. Mais da metade das pessoas com transtorno mental não se esforça o suficiente para melhorar. 15. Pessoas com transtorno mental raramente oferecem risco à outras pessoas. 16. O melhor tratamento para transtorno mental é a medicação. 17. Eu não gostaria que uma pessoa com um transtorno mental trabalhasse com crianças, mesmo que o transtorno estivesse apropriadamente controlado. 18. Profissionais de saúde não precisam ser defensores de pessoas com transtorno mental. 19. Eu não me importaria se uma pessoa com um transtorno mental morasse ao lado da minha casa. 20. Eu tenho dificuldade em sentir compaixão por uma pessoa com transtorno mental. </p>	<p> 9. I would go to a doctor even though I knew that he or she had already been treated for a mental disorder. 10. If I had a mental disorder, I would tell my friends. 11. It is the responsibility of health professionals to inspire hope in people with mental disorders. 12. Despite my professional beliefs, I react negatively to people who have mental disorders. 13. There is little I can do to help people with mental disorders. 14. More than half the people with mental disorders do not make enough effort to improve. 15. People with mental disorders seldom pose a risk to other people. 16. The best treatment for mental disorders is medication. 17. I would not like a person with a mental disorder working with children, even if the disorder was appropriately controlled. 18. Health professionals do not need to be defenders of people with mental disorders. 19. I would not mind at all, if a person with a mental disorder lived next door. 20. I have difficulty in feeling compassion for a person with a mental disorder. </p>
---	---

APÊNDICE J – Versão Inglês 2 (VI2)

Opening Minds Scale for Health Care Providers

	I strongly disagree	I disagree	I do not agree or disagree	I agree	I strongly agree
1. I am more comfortable helping a person who has a physical illness than I am helping a person with a mental illness.					
2. If a person with a mental illness complains of physical symptoms (eg, nausea, back pain or headache), I would likely attribute this to their mental illness.					
3. If a colleague with whom I work told me that they have a managed mental illness, I would be as willing to work with him / her.					
4. If I were under treatment for a mental illness, I would not disclose this to any of my colleagues.					
5. I would be more inclined to seek help for a mental illness if my treating health care provider was not associated with my workplace.					
6. I would see myself as weak if I had a mental illness and could not fix it myself.					
7. I would be reluctant to seek help if I had a mental illness.					
8. Employers should hire a person with a managed mental illness if he / she is the best person for the job.					
9. I would still go to a physician if I knew that the physician					

had been treated for a mental illness.					
10. If I had a mental illness, I would tell my friends.					
11. It is the responsibility of health care providers to inspire hope in people with mental illness.					
12. Despite my professional beliefs, I have negative reactions towards people who have mental illness.					
13. There is little I can do to help people with mental illnesses.					
14. More than half of people with mental illness do not try hard enough to get better.					
15. People with mental illness seldom pose a risk to the public.					
16. The best treatment for mental illness is medication.					
17. I would not want a person with a mental illness, even if it were appropriately managed, to work with children.					
18. Health care providers do not need to be advocates for people with mental illness.					
19. I would not mind if a person with a mental illness lived next door to me.					
20. I struggle to feel compassion for a person with a mental illness.					

APÊNDICE K – Versão Inglês Final (VIF)

1. I am more comfortable helping a person who has a physical illness than I am helping a person with a mental illness.
2. If a person with a mental illness complains of physical symptoms (eg, nausea, back pain or headache), I would likely attribute this to their mental illness.
3. If a colleague with whom I work told me that they have a managed mental illness, I would be as willing to work with him / her.
4. If I were under treatment for a mental illness, I would not disclose this to any of my colleagues.
5. I would be more inclined to seek help for a mental illness if my treating health care provider was not associated with my workplace.
6. I would see myself as weak if I had a mental illness and could not fix it myself.
7. I would be reluctant to seek help if I had a mental illness.
8. Employers should hire a person with a managed mental illness if he / she is the best person for the job.
9. I would still go to a physician if I knew that the physician had been treated for a mental illness.
10. If I had a mental illness, I would tell my friends.
11. It is the responsibility of health care providers to inspire hope in people with mental illness.
12. Despite my professional beliefs, I have negative reactions towards people who have mental illness.
13. There is little I can do to help people with mental illness.
14. More than half of people with mental illness do not try hard enough to get better.
15. People with mental illness seldom pose a risk to the public.
16. The best treatment for mental illness is medication.
17. I would not want a person with a mental illness, even if it were appropriately managed, to work with children.
18. Health care providers do not need to be advocates for people with mental illness.
19. I would not mind if a person with a mental illness lived next door to me.
20. I struggle to feel compassion for a person with a mental illness.

APÊNDICE L - Instrument of evaluation of the author of the scale

Dr. Scott,

The phrases bellow are from the original version of the Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC) and from the back translation done in Brazil. In view of the cultural differences between Canada and Brazil, we are performing the validation of the Opening Minds Scale for health care providers (OMS-HC) 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:

Equivalence scale:

-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: Bruna Sordi Carrara (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: brunasordi.c@hotmail.com/caaventu@gmail.com.

A1. I am more comfortable helping a person who has a physical illness than I am helping a person who has a mental illness.		
B1. I am more comfortable helping a person who has a physical illness than I am helping a person with a mental illness.		
-1	0	+1

A2. If a person with a mental illness complains of physical symptoms (e.g., nausea, back pain or headache), I would likely attribute this to their mental illness.		
B2. If a person with a mental illness complains of physical symptoms (eg, nausea, back pain or headache), I would likely attribute this to their mental illness.		
-1	0	+1

A3. If a colleague with whom I work told me they had a managed mental illness, I would be just as willing to work with him/her.		
B3. If a colleague with whom I work told me that they have a managed mental illness, I would be as willing to work with him / her.		
-1	0	+1

A4. If I were under treatment for a mental illness I would not disclose this to any of my colleagues.		
B4. If I were under treatment for a mental illness, I would not disclose this to any of my colleagues.		
-1	0	+1

A5. I would be more inclined to seek help for a mental illness if my treating healthcare provider was not associated with my workplace.		
B5. I would be more inclined to seek help for a mental illness if my treating health care provider was not associated with my workplace.		
-1	0	+1

A6. I would see myself as weak if I had a mental illness and could not fix it myself.		
B6. I would see myself as weak if I had a mental illness and could not fix it myself.		
-1	0	+1

A7. I would be reluctant to seek help if I had a mental illness.		
B7. I would be reluctant to seek help if I had a mental illness.		
-1	0	+1

A8. Employers should hire a person with a managed mental illness if he/she is the best person for the job.		
B8. Employers should hire a person with a managed mental illness if he / she is the best person for the job.		
-1	0	+1

A9. I would still go to a physician if I knew that the physician had been treated for a mental illness.		
B9. I would still go to a physician if I knew that the physician had been treated for a mental illness.		
-1	0	+1

A10. If I had a mental illness, I would tell my friends.		
B10. If I had a mental illness, I would tell my friends.		
-1	0	+1

A11. It is the responsibility of health care providers to inspire hope in people with mental illness.		
B11. It is the responsibility of health care providers to inspire hope in people with mental illness.		
-1	0	+1

A12. Despite my professional beliefs, I have negative reactions towards people who have mental illness.		
B12. Despite my professional beliefs, I have negative reactions towards people who have mental illness.		
-1	0	+1

A13. There is little I can do to help people with mental illness.		
B13. There is little I can do to help people with mental illness.		
-1	0	+1

A14. More than half of people with mental illness don't try hard enough to get better.		
B14. More than half of people with mental illness do not try hard enough to get better.		
-1	0	+1

A15. People with mental illness seldom pose a risk to the public.		
B15. People with mental illness seldom pose a risk to the public.		
-1	0	+1

A16. The best treatment for mental illness is medication.		
B16. The best treatment for mental illness is medication.		

-1	0	+1
----	---	----

A17. I would not want a person with a mental illness, even if it were appropriately managed, to work with children.		
B17. I would not want a person with a mental illness, even if it were appropriately managed, to work with children.		
-1	0	+1

A18. Healthcare providers do not need to be advocates for people with mental illness.		
B18. Health care providers do not need to be advocates for people with mental illness.		
-1	0	+1

A19. I would not mind if a person with a mental illness lived next door to me.		
B19. I would not mind if a person with a mental illness lived next door to me.		
-1	0	+1

A20. I struggle to feel compassion for a person with mental illness.		
B20. I struggle to feel compassion for a person with a mental illness.		
-1	0	+1

APÊNDICE M – Versão português final (VPF)**Questionário para caracterização sócio-demográfica**

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:

Escala Opening Minds para Profissionais da Saúde

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1. Eu me sinto mais confortável ao ajudar uma pessoa com doença física do que ao ajudar uma pessoa com um transtorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Se uma pessoa com transtorno mental reclama de sintomas físicos (ex.: náusea, dor nas costas ou dor de cabeça), eu provavelmente os atribuiria ao transtorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Se um colega com quem eu trabalho me dissesse que possui um transtorno mental sob controle, eu me sentiria disposto a trabalhar com ele/ ela da mesma forma.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Se eu estivesse em tratamento para um transtorno mental, eu não revelaria a nenhum dos meus colegas.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Eu estaria mais propenso a buscar ajuda para um transtorno mental se o profissional de saúde que fosse me tratar não estivesse ligado ao meu local de trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eu me consideraria fraco se eu tivesse um transtorno mental que eu mesmo não pudesse lidar.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eu relutaria em buscar ajuda se eu tivesse um transtorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Empregadores deveriam contratar uma pessoa com um transtorno mental controlado caso ela/ ele seja a melhor pessoa para o trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eu iria a um médico mesmo sabendo que ele já foi tratado de um transtorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Se eu tivesse um transtorno mental eu contaria para meus amigos.	☐	☐	☐	☐	☐
11. É responsabilidade dos profissionais de saúde inspirar esperança em pessoas com transtorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Apesar de minhas crenças profissionais, eu tenho reações negativas com relação às pessoas que têm transtorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Há pouco que eu possa fazer para ajudar pessoas com transtorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Mais da metade das pessoas com transtorno mental não se esforça o suficiente para melhorar.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Pessoas com transtorno mental raramente oferecem risco à outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
16. O melhor tratamento para transtorno mental é a medicação.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eu não gostaria que uma pessoa com um transtorno mental trabalhasse com crianças, mesmo que o transtorno estivesse apropriadamente controlado.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Profissionais de saúde não precisam ser defensores de pessoas com transtorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eu não me importaria se uma pessoa com um transtorno mental morasse ao lado da minha casa.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eu tenho dificuldade em sentir compaixão por uma pessoa com transtorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐