

Propriedades Psicométricas das Escalas de Avaliação do Estigma Associado ao Abuso de Álcool

**Luís Loureiro
Ana Abrantes**

O estigma associado às doenças e doentes mentais tem assumido lugar de destaque na investigação em ciências sociais e humanas ao longo das últimas décadas, quer enquanto barreira à integração dos doentes e famílias na sociedade, quer ainda como inibidor da procura de ajuda em saúde mental (Loureiro, Dias & Aragão, 2008; Loureiro, 2013a; Loureiro & Abrantes, 2014).

Das múltiplas definições que encontramos na literatura, a Organização Mundial de Saúde define-o como ‘um sinal de vergonha, infortúnio ou reprovação, que resulta em ser um indivíduo rejeitado, feito em objeto de discriminação e excluído da participação em diversas áreas diferentes da sociedade’ (OMS, 2001, 15). Contudo, a operacionalização deste conceito tem sido realizada de diferentes perspetivas, dado tratar-se de um conceito complexo e multidimensional, variando em função do tipo de perturbações e abordagens teóricas subjacentes.

Por exemplo, Corrigan e Watson (2002) falam de estigma público e estigma pessoal. O primeiro, estigma público, corresponde a crenças, atitudes e reações da sociedade para com os doentes mentais. Se os doentes são, nomeadamente, perspetivados como violentos, imprevisíveis e perigosos, as pessoas tendem a evitar ou mostram-se ambivalentes a qualquer forma de interação ou contacto social. O estigma pessoal

corresponde a apropriação, incorporação e internalização dos elementos do estigma público por parte dos doentes que podem experimentar, por exemplo, sentimentos de vergonha, medo e desesperança (Loureiro & Abrantes, 2014).

Esta partição do estigma em dois tipos tem subjacente o modelo teórico da cognição social e entende o estigma como uma estrutura assente em três elementos que se conjugam para corporizar o estigma, tal como apresentado na Figura 1.

Estigma público	
Estereótipo	Crenças negativas acerca do grupo (ex. Perigoso, incompetente /fraco de caracter
Preconceito	
Discriminação	Concordância com essas crenças e/ou reações emocionais negativas (ex. medo, angústia) Respostas comportamentais ao preconceito (ex: evitamento, negar oportunidades de trabalho, habitação, ajuda
Estigma pessoal	
Estereótipo	Crenças negativas acerca de si (ex. incompetente /fraco de caracter)
Preconceito	Concordância com essas crenças, reações emocionais negativas (ex. baixa autoestima, reduzido sentido de auto-efácia)
Discriminação	Respostas comportamentais ao preconceito (ex: não procurar emprego)

Figura 1 - Comparação das definições de estigma público e estigma pessoal. Adaptado de ‘Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness’, de P.W. Corrigan & A. C. Watson, 2002, World Journal of Psychiatry, p. 16.

Mais recentemente, a partir dos trabalhos pioneiros de Jorm (2012), o estigma tem sido perspetivado em termos de estigma pessoal e estigma percebido (Griffiths et al., 2006), surgindo como variáveis relevantes nos estudos acerca da literacia em saúde mental, dado que se acredita que têm influência nos comportamentos de procura de ajuda em saúde mental.

O estigma pessoal corresponde a uma constelação de crenças e sentimentos pessoais acerca de uma perturbação, enquanto o estigma percebido diz respeito à perceção que os indivíduos têm acerca daquilo que julgam que os outros pensam relativamente aos doentes e doenças mentais (Griffiths, Christensen, Jorm, Evand, & Groves, 2004; Griffiths et al., 2006; Loureiro, 2013a; Loureiro, 2013b). A distância

social, uma medida indireta do estigma, pode ser entendida como o grau em que o indivíduo se sente confortável e deseja partilhar relações próximas e íntimas com alguém com um problema de saúde mental (Jorm & Oh, 2009).

O estigma e a distância social podem, então, ser pensados como estando aliados à literacia em saúde mental, funcionando, quer como barreira à procura de ajuda especializada, quer ainda como estando na base dos comportamentos de discriminação e exclusão sociais. Entendemos a literacia em saúde mental como os conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que permitem o seu reconhecimento, prevenção e/ou gestão. Esta definição de literacia engloba um conjunto de componentes que nos permitem analisar o modo como o estigma pode funcionar, nomeadamente: a) capacidade de reconhecer as perturbações de modo a facilitar a procura de ajuda; b) conhecimento da ajuda profissional e tratamentos disponíveis; c) conhecimento da eficácia das estratégias de auto-ajuda; d) conhecimentos e competências para prestar primeira-ajuda e suporte aos outros; e) conhecimentos sobre como se podem prevenir as perturbações mentais (Jorm, 2012; Loureiro et al., 2012).

Naturalmente, quando a sociedade e os indivíduos perspetivam as doenças e os doentes mentais de forma estigmatizante, incluindo as pessoas com problemas de saúde mental em que o quadro de sintomas não é ainda suficientemente grave para que lhes seja diagnosticada uma doença, o mais provável é a agudização dos problemas, consequência da ausência, adiamento ou recusa da ajuda profissional (Loureiro, Barroso, et al., 2013; Loureiro, Jorm, et al., 2013).

METODOLOGIA

O presente estudo quantitativo pretende apresentar a avaliação das características psicométricas através de Análise Fatorial Confirmatória (AFC) das subescalas de estigma pessoal e percebido acerca do abuso de álcool e a escala de distância social.

Instrumentos

Na literatura, existem diversos instrumentos de avaliação do estigma e da distância social. Neste caso utilizaram-se três subescalas (estigma pessoal, estigma percebido, distância social) que fazem parte de um instrumento utilizado para avaliar a literacia em saúde mental, designado de Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental (Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012).

Este questionário é constituído por uma 1.^a parte que inclui instruções de preenchimento e questões de caracterização sociodemográfica (género, idade, residência, distrito e habilitações literárias dos pais) e por diferentes seções relativas a cada componente da literacia em saúde mental, incluindo as subescalas de estigma e distância social.

A seguir à 1.^a parte é apresentada uma vinheta relatando um caso de abuso de álcool, de acordo com os critérios de diagnóstico de abuso de álcool da DSM-IV-TR (APA, 2006) de um jovem chamado Jorge com 16 anos, tal como se apresenta de seguida:

O Jorge é um jovem de 16 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas/convívios a que foi. Os pais andam preocupados, porque o Jorge tem vindo a diminuir o seu rendimento escolar, faltando às aulas devido às ressacas, e tendo inclusive os pais sido chamados à escola por ter aparecido embriagado a uma aula. Na última festa, os amigos chamaram o 112 pois ele estava inconsciente.

Cada subescala de estigma (pessoal e percebido) é constituída por 7 itens com formato de resposta *Likert* de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente) pontos. A resposta aos itens é precedida pela vinheta já referida e posteriormente são apresentados os itens.

A subescala de estigma pessoal é constituída pelos seguintes itens:

- *Se o Jorge quisesse poderia sair desta situação por si.*
- *A situação da Jorge é um sinal de fraqueza pessoal.*
- *Esta situação não é uma doença verdadeira.*
- *O Jorge é perigos para os outros.*
- *A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a Jorge é afastar-me dele.*
- *A situação do Jorge torna-o uma pessoa imprevisível;*
- *Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Jorge.*

A subescala de estigma percebido é constituída pelos mesmos itens, sendo apenas os itens precedidos pela frase: *A maioria das pessoas acredita...*

Relativamente à escala de distância social, é baseada no trabalho pioneiro de Bogardus (1933). Os itens são precedidos pela afirmação *em que medida estarias na*

disposição de. A escala é constituída por seis itens, nomeadamente: *Passar o fim-de-semana com?*; *Trabalhar num projeto ou grupo com ...?*; *Convidar (...) para tua casa?*; *Ir a casa (...)?*; *Ser amigo pessoal (...)?*. O formato de resposta é tipo *Likert* de 1 (sem qualquer problema) a 7 (de modo nenhum) pontos.

Se neste último caso (distância social), os diversos estudos e revisões sugerem que se trata de uma medida unidimensional, no caso das escalas de avaliação do estigmas pessoal e percebido, estudos recentes recorrendo a estatísticas multivariadas mais robustas, sugerem que cada subescala apresenta estruturas bifactoriais (Yap et al., (2014). Ambas as escalas apresentam dois fatores que os autores designam de ‘*fraqueza-não doença*’ (corresponde aos três primeiros itens das subescalas) e ‘*perigosidade-imprevisibilidade*’ (últimos quatro itens da escala).

População e Amostra

A colheita de dados foi realizada na região centro de Portugal Continental, a partir de uma amostra representativa de adolescentes e jovens com idades entre os 14 e os 24 anos, a frequentarem o 3.º ciclo do ensino básico e o ensino secundário, de 50 escolas que estão enquadradas na Direção Regional de Educação do Centro (DREC). Os dados foram colhidos entre os meses de Novembro de 2011 e Maio de 2012, tendo sido utilizada amostragem por etapas múltiplas estratificada em *clusters*, utilizando o *Research Randomizer Software*.

A amostra é constituída por 4938 adolescentes e jovens portugueses, 43,3% do género masculino e 56,7% do género feminino, com uma média de idade de 16,75 anos e desvio padrão de 1,62 anos.

O questionário foi administrado em espaço de sala de aula, em sessões coletivas, com supervisão de um membro da equipa e de um professor da turma. O tempo de resposta ao questionário situou-se entre 40 a 50 minutos.

O instrumento de colheita de dados foi submetido à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação do Governo Português (processo n.º 252500001) e à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (N.º: P58-12/2011). Em ambos os casos, o parecer foi positivo, tendo sido aprovada a sua utilização e autorizada a aplicação. Dadas as características da amostra (na maioria menores de idade), o instrumento era acompanhado pelo formulário de consentimento informado para assinar pelos pais/encarregados de educação, ou, nos casos em que os jovens tinham idade \geq a 18 anos, um formulário de consentimento próprio.

Os dados foram inseridos e tratados com o *software* AMOS (v. 21, SPSS Inc, Chicago). Para avaliação das características psicométricas, nomeadamente a qualidade de ajustamento dos modelos foram calculados diversos índices (*CFI*; *GFI*; *RMSEA*) e posteriormente foram calculados teste estatísticos (testes *t* para grupos independentes e emparelhados).

RESULTADOS

Os itens respeitantes à estrutura bifatorial das escalas de estigma pessoal e estigma percebido foram submetidos a uma análise (AFC) no sentido de avaliar a sua validade fatorial.

Relativamente aos itens da escala de estigma pessoal (figura 2), os pesos fatoriais estandardizados obtidos revelam que a escala apresenta validade fatorial. Relativamente aos índices de ajustamento, podemos observar que o modelo apresenta uma qualidade de ajustamento bom, dados os valores obtidos pelos (*CFI* = 0,941; *GFI* = 0,981 e *RMSEA* = 0,069). A fiabilidade compósita dos fatores revelou-se elevada, sendo para o fator '*fraco-não doente*' de 0,72 e para o fator '*perigosidade-imprevisibilidade*' de 0,75. A validade convergente, avaliada por intermédio da variância extraída média (*VEM*) pelo fator é satisfatória, sendo no fator '*fraco-não doente*' igual a 0,46 e no fator '*perigosidade-imprevisibilidade*' de 0,44.

No que respeita aos itens da escala de estigma percebido, os pesos fatoriais estandardizados revelam que a escala apresenta validade fatorial. Relativamente aos índices de ajustamento, podemos observar uma boa qualidade de ajustamento do modelo, sendo os valores dos índices bons, nomeadamente *CFI* = ,980; *GFI* = ,984 e *RMSEA* = 0,065.

A fiabilidade compósita dos fatores revelou-se elevada, sendo para o fator '*fraco-não doente*' de 0,82 e para o fator '*perigosidade-imprevisibilidade*' de 0,90. A validade convergente, avaliada por intermédio da variância extraída média (*VEM*) pelo fator é adequada, sendo no fator '*fraco-não doente*' igual a 0,82 e no fator de 0,837.

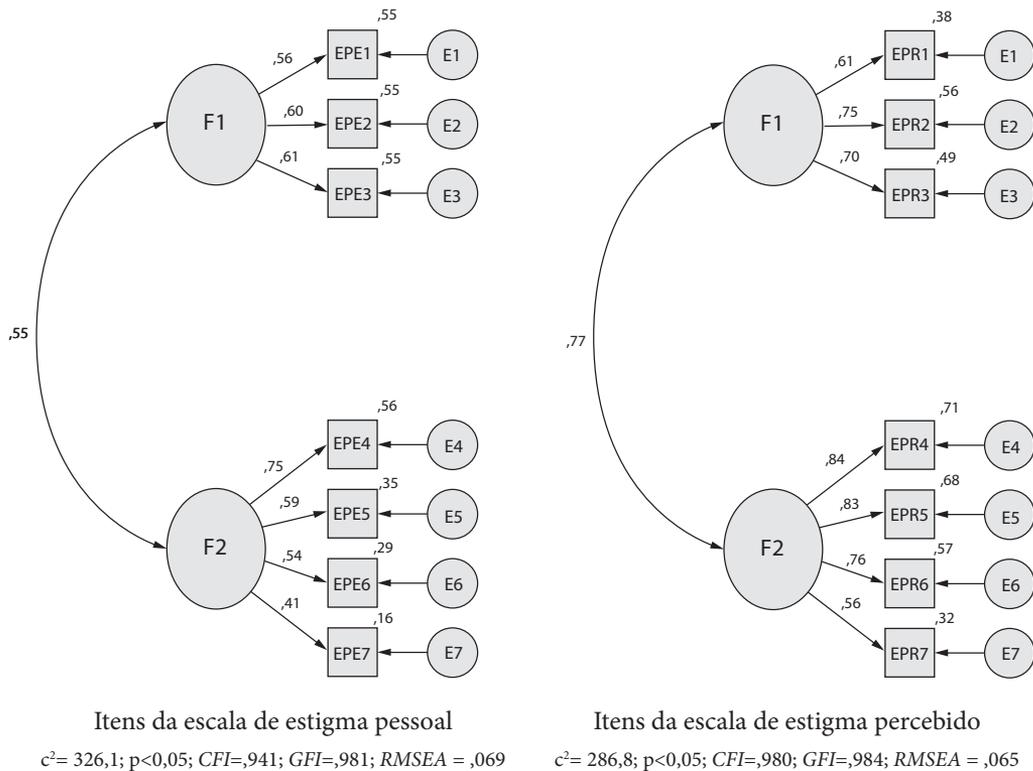
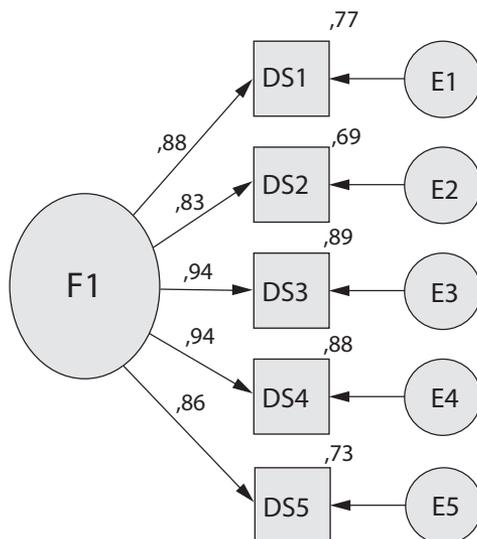


Figura 2 – Modelo bifatorial ajustado aos itens das escalas de estigma pessoal e percebido (N=4938)

Os itens da escala de distância social, foram também submetidos a uma análise fatorial confirmatória. Como se pode observar (figura 3), os pesos fatoriais estandarizados revelam que a escala apresenta validade fatorial. Relativamente aos índices de ajustamento, podemos observar que o modelo apresenta uma qualidade de ajustamento satisfatória, sendo os valores dos índices bons ($CFI = ,983$; $GFI = ,964$), exceção para o $RMSEA (= 0,10)$.

A fiabilidade compósita do fator distância social revelou-se elevada, sendo para o total da escala de 0,972. A validade convergente, avaliada por intermédio da variância extraída média é boa ($VEM = 0,88$).



Itens da escala de distância social

$\chi^2 = 440,9$; $p < 0,05$; $CFI = ,983$; $GFI = ,964$ e $RMSEA = 0,10$

Figura 3 – Modelo unifatorial ajustado aos itens da escala de distância social (N=4938)

Apresentam-se, de seguida, os valores das estatísticas resumo para cada fator em função do sexo dos adolescentes e jovens, calculados com base nos somatórios simples, das pontuações obtidas em cada item das subescalas referidas.

Como se pode observar (Tabela 1), todas as diferenças observadas nas médias apresentam significado estatístico ($p < 0,001$), sendo que no caso dos fatores do estigma pessoal, os adolescentes e jovens do sexo masculino apresentam valores médios superiores, comparativamente aos do sexo feminino, tendência que se inverte nos dois fatores do estigma percebido. Relativamente à distância social, é, em média, superior no sexo masculino.

A idade parece ter influência na maioria dos fatores das subescalas, revestindo-se apenas de significado estatístico no fator ‘*fraqueza-não doença*’ de ambos os stigmas (pessoal e percebido) em que os mais novos apresentam pontuações em média mais elevadas.

Tabela 1 – Estatísticas resumo por fator das subescalas em função do sexo e idade, incluindo teste *t* de student para grupos independentes.

Subescalas	Masculino (n=2139)		Feminino (n=2799)		<i>t</i>
	s	s	s	s	
Estigma pessoal ('fraco-não doente')	8,65	2,75	7,87	2,63	10,209***
Estigma pessoal ('perigosidade-imprevisibilidade')	10,13	3,09	9,29	2,57	10,388***
Estigma percebido (fraco-não doente')	9,87	2,84	10,23	2,83	-4,495***
Estigma percebido ('perigosidade-imprevisibilidade')	12,49	3,73	12,96	3,67	-4,484***
Escala distância social	14,41	8,59	12,91	7,70	6,454***
	<18 anos (n=3436)		³ 18 anos (n=1502)		<i>t</i>
Estigma pessoal ('fraco-não doente')	8,14	2,73	8,36	2,65	-2,534***
Estigma pessoal ('perigosidade-imprevisibilidade')	9,69	2,86	9,57	2,78	1,425
Estigma percebido (fraco-não doente')	10,01	2,84	10,22	2,82	-2,395***
Estigma percebido ('perigosidade-imprevisibilidade')	12,79	3,66	12,68	3,80	,963
Escala distância social	13,49	8,13	13,73	8,14	-,985

*** p<0,001

Dadas as características do instrumento de medida e a amostra, procedemos ao cálculo do teste *t* mas agora para grupos emparelhados, comparando as médias dos mesmos fatores, tanto ao nível do estigma pessoal como do estigma público.

Como se pode observar da Tabela 2, as diferenças são significativas em ambos os testes, sendo que nos dois casos as médias do estigma percebido são superiores às do estigma pessoal. Estes resultados são consistentes com aqueles que são os dados pro-

venientes da evidência científica publicada e que apontam para que a população, incluindo os adolescentes e jovens, perspetivem a existência de elevado estigma social (percebido) associado às doenças mentais, comparativamente aquele que é o modo de perspetivar estes problemas (pessoal). Contudo, alguns referem a desejabilidade social no sentido em que as pessoas tendem a avaliar de modo correto aquele que é, no seu entendimento, o pensamento da sociedade, no entanto quando é solicitada a sua opinião pessoal sobre o assunto, tendem a adotar uma opinião mais defensiva.

Tabela 2 – Estatísticas resumo e resultados da aplicação do teste t para grupos emparelhados aos fatores de ambas as escalas de estigma (N=4938)

		s	t
Estigma pessoal - (fraco-não doente')	8,21	2,71	-40,946***
Estigma percebido (fraco-não doente')	10,08	2,84	
Estigma pessoal - ('perigosidade-imprevisibilidade')	8,65	2,75	-56,633***
Estigma percebido ('perigosidade-imprevisibilidade')	10,13	3,09	

*** p<0,001

CONCLUSÕES

A análise às características psicométricas efetuada às três escalas, a partir dos dados colhidos junto de uma amostra de 4938 adolescentes e jovens Portugueses, revela que as escalas apresentam boas qualidades psicométricas, nomeadamente pelos índices de ajustamento dos modelos analisados. Adicionalmente, observou-se que a escala discrimina com base nas variáveis sociodemográficas consideradas, nomeadamente sexo e idade dos respondentes.

Atendendo aos resultados deste estudo, estes instrumentos podem ser utilizados, no sentido de efetuar avaliações iniciais de programas desenvolvidos com intuito de promover, por exemplo, a literacia em saúde mental, ou então de reduzir o estigma público associado às doenças mentais, o que significa não só dizer não à discriminação no quotidiano, mas também potenciar a procura de ajuda quando necessário, de modo a reduzir o tempo que medeia o aparecimento dos primeiros sintomas e a prestação de cuidados de saúde adequados.

Dadas as suas características, poderão ser utilizadas em estudos posteriores como medida válidas para avaliação do estigma associado às doenças mentais. Dada a sua natureza e extensão, têm a virtude de ser de fácil e rápida administração.

REFERÊNCIAS

- Associação Americana de Psiquiatria. (2006). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Journal of Psychiatry, 1*, 16–20.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 185*, 342-349.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry, 6*(21), 1-12. doi:10.1186/1471-244X-6-21.
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist, 67*(3), 231-243. doi:10.1037/a0025957.
- Jorm, A. F., & Oh, E. (2009). Desire for social distance from people with mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(3), 183-200.
- Loureiro, L. (2013a). Barreiras e determinantes da intenção de procura de ajuda informal na depressão. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(1), 733-746.
- Loureiro, L. (2013b). Estigma pessoal e percebido acerca do abuso de álcool e intenção de procura de ajuda. *Revista de Enfermagem Referência, III*(11), 59-66. doi:10.12707/RIII1360.
- Loureiro, L., Barroso, T., Mendes, A., Rodrigues, M., Oliveira, R., & Oliveira, N. (2013). Literacia em saúde mental dos adolescentes e jovens portugueses sobre

- abuso de álcool. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(3), 474-481.
- Loureiro, L., Jorm, A. F., Mendes, A., Santos, J. C., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13, 129-129. doi:10.1186/1471-244X-13-129.
- Loureiro, L. M., & Abrantes, A. R. (2014). Estigma e Procura de Ajuda em Saúde Mental. In *Literacia em Saúde Mental - Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir* (Vol. 8, pp. 41-61). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
- Loureiro, L., Dias, C., & Aragão, R. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Referência*, II (8), 33-44.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J. C., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens: Conceitos e Desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 157-166.
- Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia, S. (2012). Tradução, adaptação e validação de um Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) para Adolescentes e Jovens Portugueses a partir de um focus group. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança: relatório sobre a saúde no mundo*. Geneve: OMS.
- Yap, M. B. H., Mackinnon, A., Reavley, N. and Jorm, A. F. (2014), The measurement properties of stigmatizing attitudes towards mental disorders: results from two community surveys. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 23, 49-61. doi: 10.1002/mpr.1433

Luís Loureiro.

PhD. Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (EEnfC).

Ana Abrantes.

Licenciada em Enfermagem.

Resumo / Abstract

Propriedades Psicométricas das Escalas de Avaliação do Estigma Associado ao Abuso de Álcool

Enquadramento: os estigmas, pessoal e percebido, assim como a distância social são referidos na literatura como entraves e barreiras à procura de ajuda em saúde mental, e áreas de intervenção prioritárias. **Objetivo:** efetuar a avaliação psicométrica, através de análise fatorial confirmatória, das escalas de avaliação do estigma pessoal, percebido e distância social acerca do abuso de álcool. **Metodologia:** estudo de natureza quantitativa, realizado a partir de uma amostra a partir de uma amostra de 4938 adolescentes e jovens Portugueses residentes da Região Centro de Portugal Continental, selecionada em multi-etapas por clusters, tendo sido administrado o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental - QuALiSMental. **Resultados:** As escalas apresentam bons índices de ajustamento que atestam da sua validade, nomeadamente, validade fatorial, validade convergente e validade discriminante. Emerge uma estrutura ajustada entre a derivação racional subjacente à escala e os resultados obtidos após análise fatorial. **Conclusões:** dadas as suas características, as escalas poderão ser utilizadas como medidas de avaliação do estigma. **Palavras-Chave:** Estigma, distância social, jovens, psicometria.

Psychometric Properties of Scales for Assessing the Stigma Associated with Alcohol Abuse

Background: Personal and perceived stigmas, as well as social distance are referred to in the literature as barriers to those seeking help in mental health and as priority areas of intervention. **Aim:** To perform psychometric assessment through confirmatory factor analysis, of the scales for the assessment of personal and perceived stigma and social distance about alcohol abuse. **Methodology:** a quantitative study, conducted with a sample of 4938 adolescents and young Portuguese residents of the Central Region of Portugal, selected by multi-stage clusters, with the administration of the Questionnaire of Mental Health Literacy Assessment – QuALiSMental. **Results:** The scales have good indices of fit that attest to their validity, namely, factorial validity, convergent validity and discriminant validity. An adjusted structure emerges between the underlying theoretical rationale for the scale and the results obtained by factor analysis. **Conclusions:** Given its features, the scales may be used as evaluation measures of stigma.

Keywords: Stigma, social distance, youth, psychometrics.